

HISTORIA UROLÓGICA HISPÁNICA

100 años de la publicación del libro *Operatoria Urológica* del Dr. Manuel Serés Ibars (1888-1928).

Francisco M. Sánchez-Martín^{1,2,*}, María Montlleó², Pedro Hernández-Peñalver², Andrés K. Kanashiro², Oriol Angerri², Joan Palou²

¹ Oficina de Historia. Asociación Española de Urología (AEU).

² Servicio de Urología, Fundació Puigvert, Barcelona.

* Autor para correspondencia: fsanchez@fundacio-puigvert.es

Resumen: Este 2015 se cumplen 100 años de la publicación del libro “Operatoria Urológica” del Dr. Manuel Serés Ibars (1888–1928). El libro sistematiza la cirugía urológica del primer tercio del siglo XX. El objetivo de este trabajo es revisar el contenido de la obra y reivindicar a su autor. Se ha realizado la revisión del libro original, propiedad de la biblioteca de la Fundación Puigvert (Barcelona). Se ha analizado el contenido de la obra (capítulos, secciones, texto, ilustraciones, referencias). Recopilación de datos biográficos del Dr. Serés. “Operatoria Urológica” fue publicado en 1925, por “Juan Bta. Aragonés, editor. Barcelona” e impreso por “La Polígrafa”. El prólogo fue realizado por el Dr. D. Sebastián Recasens (catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid). El libro tiene 766 páginas (772 con índice y fe de erratas, 782 con prólogo, 784 con portada), con 6 partes: 1) riñón, 2) pelvis renal, 3) uréter, 4) vejiga, 5) próstata y 6) uretra, periné y pene, distribuidos en 87 capítulos, con 455 figuras (96, 23, 43, 125, 60 y 108, respectivamente) más 13 láminas. No se incluye escroto y su contenido. Manuel Serés fue catedrático de Anatomía Humana en Granada (1914), Sevilla (1918) y Barcelona (1923), y académico de la Real Academia Nacional de Medicina. Se dedicó por entero a la urología, con autorización real (1926) para impartirla en la Universidad. En 1923, fundó su propia clínica privada en Barcelona, que heredó su discípulo, el Dr. Antonio Puigvert. El centenario de “Operatoria Urológica”, otorga al libro la categoría de clásico de la docencia quirúrgica urológica española en la primera mitad del siglo XX y sitúa al Dr. Manuel Serés como pionero de la urología moderna.

Palabras Clave: Operatoria Urológica. Manuel Seres Ibars. Antonio Puigvert.

Abstract: This year 2015 marks the 100th anniversary of the publication of the book "Urological Surgery" by Dr. Manuel Serés Ibars (1888–1928). The book systematizes urological surgery in the first third of the 20th century. Our purpose is to review the content of the text and revindicate its author. We have reviewed the original text owned by the library of the Puigvert Foundation (Barcelona). We have analyzed the work's content (chapters, sections, text, illustrations, references). Compilation of biographical data of Dr. Serés. “Operatoria Urológica” was published in 1925 by “Juan Bta. Aragonés, editor, Barcelona” and printed by “La Polígrafa”. Foreword was written by Dr. D. Sebastián Recasens (Professor at the School of Medicine of Madrid). The book has 766 pages (772 with index and errata, 782 with prologue, 784 with cover), with 6 parts: 1) kidney, 2) renal pelvis, 3) ureter, 4) bladder, 5) prostate and 6) urethra, perineum and penis, distributed in 87 chapters, with 455 figures (96, 23, 43, 125, 60 and 108, respectively) plus 13 plates. Scrotum and its contents are not included. Manuel Serés was a professor of Human Anatomy in Granada

Cita del Artículo: Sánchez Martín, F.M.; Montlleó, M.; Hernández-Peñalver, P.; Kanashiro, A.K.; Angerri, O.; Palou, J. 100 años de la publicación del libro *Operatoria Urológica* del Dr. Manuel Serés Ibars (1888–1928). *Historia Urológica Hispánica*. 2025, Vol. 4; Art. 10.

Revisores del Artículo: Javier Angulo, Juliusz Szczesniwski

ISSN 2951-9292

Copyright: © Asociación Española de Urología (AEU), Oficina de Historia.

(1914), Seville (1918) and Barcelona (1923), and an academician of the Royal National Academy of Medicine. He devoted himself entirely to urology, with royal authorization (1926) to teach it at the University. In 1923, he founded his own private clinic in Barcelona – which was inherited by his disciple, Dr. Antonio Puigvert. The centenary of "Urological Surgery" gives the book the category of classic of Spanish urological surgical teaching in the first half of the twentieth century and places Dr. Manuel Serés as a pioneer of modern urology.

Keywords: Operatoria Urológica. Manuel Seres Ibars. Antonio Puigvert.

1. Introducción

En 2025 se cumple el centenario de la publicación del libro *Operatoria Urológica* (Figura 1), escrito por Manuel Serés Ibars, urólogo y catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona (UB). Se trata de un amplio tratado de técnica quirúrgica de riñón, vías urinarias y pene que aporta una detallada descripción de las técnicas más avanzadas vigentes en el primer tercio del siglo XX. En sus más de setecientas páginas destaca la calidad descriptiva de los territorios anatómicos y de las distintas técnicas quirúrgicas organizadas por órganos y patologías, ilustradas profusamente [1].

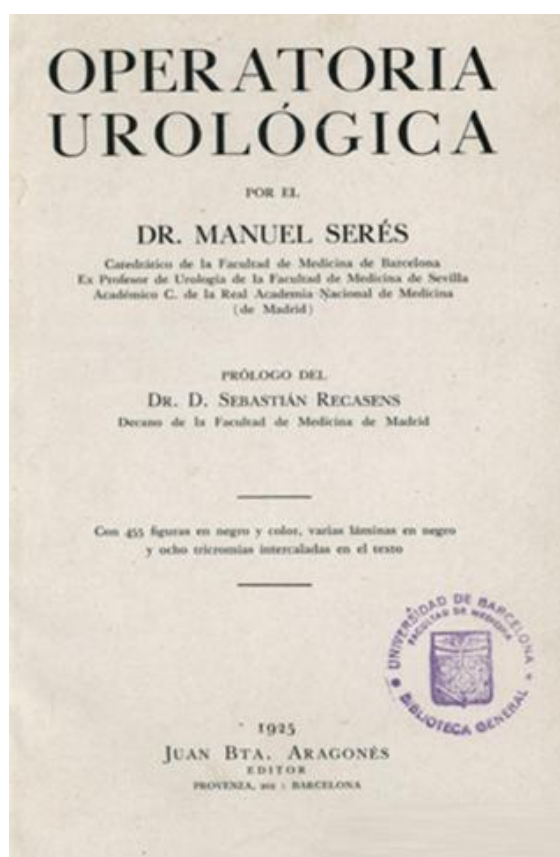


Figura 1. Portadilla original del Libro *Operatoria Urológica* de Manuel Serés (copia de la Biblioteca de UB)

Manuel Serés nació en Vilanova d'Alpicat (Lleida) en 1888 y se licenció en medicina en 1911 con premio extraordinario en la UB. Obtuvo el doctorado en la Universidad de Madrid en 1914 con una tesis sobre prostatectomía transvesical y pronto destacó como urólogo. Desde estudiante, estuvo vinculado a la docencia de la Anatomía Humana y en 1922 (con 34 años) ganó la Cátedra de Preparaciones Anatómicas de la UB (Figura 2), con un periplo previo por las cátedras de Granada y Sevilla. Su formación como cirujano y urólogo la realizó con el Dr. Emilio Sacanella Vidal (1860-1931) [2], ampliando estudios en Francia sobre anatomía, cirugía, urología de guerra y fisiopatología renal [3]. Fue un anatomista nato, con descripciones pioneras de las conexiones nerviosas reno-vesicales. Como cirujano dominaba todas las técnicas quirúrgicas urológicas, contribuyendo a introducir en España la innovadora prostatectomía transversal de Freyer. Fue jefe de Servicio del y Provincial de Barcelona (HCPB) [4] y fundó su propia clínica privada en el centro de la ciudad, demostrando no sólo interés por innovar en cirugía sino por formar especialistas, siendo el Dr. Antonio Puigvert Gorro (1905-1989) el más destacado. Serés fue un personaje muy respetado por la sociedad de su época, ostentando los cargos de concejal del Ayuntamiento de Barcelona y miembro de la Real Academia Nacional de Medicina [5], aunque “a su figura no se le dio el merecido valor por las circunstancias políticas del momento” [6]. Publicó distintos trabajos en opúsculos y revistas científicas, siendo su *Operatoria Urológica* la obra más importante.



Figura 1. Manuel Serés Ibars como catedrático de Anatomía (1914 o 1922 ?).

El objetivo del presente trabajo es celebrar el centenario de la publicación del libro *Operatoria Urológica* del Dr. Manuel Serés, revisando los contenidos con objeto de destacar los aspectos más relevantes, así como reivindicar al autor como uno de los pioneros de la urología moderna en España.

2. Material y Métodos

Estudio histórico-documental del libro original “*Operatoria Urológica*”, publicado en 1925, propiedad de la biblioteca de la Fundación Puigvert (Barcelona), y de la copia electrónica del original accesible en la Biblioteca Nacional de España [1]. Revisión y análisis del contenido de la obra (capítulos, secciones, texto, ilustraciones, referencias), obteniendo datos de bibliometría, organización de la obra y selección subjetiva de contenidos, en sus dos vertientes: anatomía y cirugía, con transcripción literal de 2-5 párrafos de los capítulos correspondientes a las principales técnicas. Los Resultados y algunos aspectos de la Discusión van en el mismo bloque. Los datos biográficos y de contexto histórico se han obtenido de fuentes accesibles electrónicamente (hemerotecas, hagiografías en web) y de libros originales del catálogo de la Biblioteca de Fundació Puigvert (Barcelona).

3. Resultados

El libro “*Operatoria Urológica*” está firmado en solitario por Manuel Serés. Bajo su nombre consta: “Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona, Ex Profesor de Urología de la Facultad de Medicina de Sevilla, Académico C. de la Real Academia Nacional de Medicina (de Madrid). La obra fue publicada en Barcelona en 1925 por “Juan Bta. Aragonés, editor” e impreso por “La Polígrafa”. El libro tiene 766 páginas (772 con índice y fe de erratas, 482 con prólogo, 484 con portada) (Tabla 1), y describe la cirugía urológica del momento (en 6 partes y 87 capítulos). La distribución de contenidos es ordenada por órganos en sentido cráneo-caudal, lo cual queda perfectamente reflejado en el ÍNDICE DE MATERIAS (al final del libro I-VI). Resultan las siguientes partes (Tabla 1): Primera: Operaciones sobre el riñón. Segunda: Operaciones sobre la pelvis renal. Tercera: Operaciones sobre el uréter. Cuarta: Operaciones sobre la vejiga urinaria. Quinta: Operaciones sobre la próstata. Sexta: Operaciones sobre la uretra, periné y pene. Cada parte corresponde a un solo órgano, excepto la número 6 que agrupa uretra, periné y pene. No se incluye el escroto y su contenido. Cada una de las 6 partes comienza por un extenso CAPÍTULO I sobre ANATOMÍA QUIRÚRGICA (del órgano correspondiente) que sigue el esquema: morfología, topografía, constitución, relaciones, circulación, inervación (no distribuido así en algunas parte); al que siguen dos capítulos sobre cirugía, un CAPÍTULO II llamado TÉCNICA OPERATORIA PARA ABORDAR (el órgano correspondiente), y un CAPÍTULO III de OPERACIONES (listado de técnicas para dicho órgano) que sigue el esquema (variable según

órgano y patología): indicaciones, instrumental, posición del enfermo, manual operatorio (con las distintas técnicas), accidentes operatorios, cuidados y complicaciones post-operatorios (en cada una de ellas).

Tabla 1: Datos de bibliometría de Operatoria Urológica (1925).

Título	Operatoria Urológica
Autor	Manuel Serés Ibars
Publicación	1925
Edición	Juan Bta. Aragonés, editor (c/ Provenza, 202, Barcelona)
Impresión	La Polígrafa (c/ Balmes, 54, Barcelona)
Prólogo	Prof. Sebastián Recasens
Páginas	766
Composición	6 partes, 19 capítulos, 87 subcapítulos
Primera parte	Operaciones sobre el riñón
Segunda parte	Operaciones sobre la pelvis renal
Tercera parte	Operaciones sobre el uréter
Cuarta parte	Operaciones sobre la vejiga urinaria
Quinta parte	Operaciones sobre la próstata
Sexta parte	Operaciones sobre la uretra, periné y pene
Figuras	455 negro y color + 13 LÁMINAS

La obra describe un total de 57 técnicas quirúrgicas, distribuidas por órganos (8 Riñón, 2 Pelvis renal, 7 Ureter, 17 Vejiga, 5 Próstata, 10 Uretra, 4 Periné, 4 Pene), aunque hay variantes en algunas intervenciones que elevan el cómputo.

El libro contiene 455 figuras de distinto estilo artístico (dibujos y esquemas a tiralíneas, temperas o acuarelas, fotografías) impresas algunas en color, siendo todas de gran calidad. La distribución es homogénea a lo largo de la obra: 96 en renal, 23 en pelvis, 43 en uréter, 125 en vejiga, 60 en próstata y 108 en uretra-pene. Los artistas firman muchas de las figuras, quedando otras anónimas. La iconografía se enriquece con 13 LAMINAS, numeradas en romanos del I al XIII, que predominan en las partes de riñón (piezas de nefrectomía en color, con técnica de tricromía), pelvis renal, vejiga (cálculos) y próstata: 7, 2, 3 y 1 respectivamente.

El prólogo, de 4 páginas corrió a cargo del Dr. Sebastián Recasens Girol (1863-1933), entonces catedrático de Ginecología y Decano de la Universidad Central de Madrid (Figura 3).

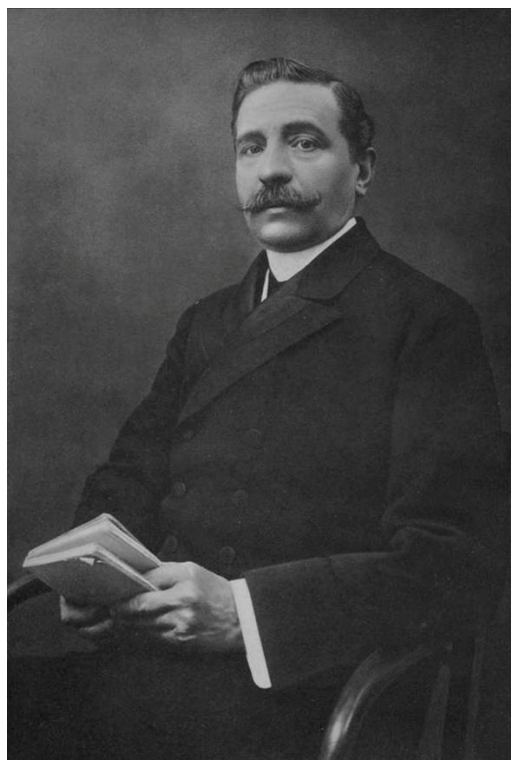


Figura 3. Sebastián Recasens, autor del prólogo.

Recasens destaca en primer lugar el valor de las descripciones anatómicas donde “luce el doctor Serés sus vastos conocimientos en esta materia, que le colocan entre los primeros anatómicos de nuestro país, aportando, en capítulos de una gran originalidad, los especiales y nuevos trabajos sobre la circulación venosa y arterial del riñón, la innervación renal, la descripción de las diferentes variedades de la pelvis renal y cálices, con su aplicación a las indicaciones y técnica de la pielotomía, haciendo atinadas observaciones de orden quirúrgico aplicables a la práctica de la nefrotomía”. Más adelante se refiere a descripciones originales como la disposición de la aponeurosis pubo-próstato-rectal y del fondo de saco del peritoneo-pre-vesical, la innervación de la vejiga y las conexiones nerviosas con el riñón, y afirma la utilidad de tales hallazgos en el tratamiento de la anuria. A continuación describe el contenido de la obra y destaca algunas técnicas originales como “la reno-plicatura (completamente personal), la utilización de la aponeurosis fascia lata para la suspensión del riñón, el drenaje de la cavidad de Retzius por el periné, una técnica especial para abordar el uréter y practicar la urétero-litotomía, la nefrectomía subcapsular en los casos de fístula lumbar, la enervación renal, la prostatectomía perineal subcapsular, a la que predice una gran generalización y muchas otras técnicas...que dan al libro un carácter de extraordinaria novedad y de alto valor científico”. Reconoce obras precedentes de otros autores como el «Manual de Urología

y Cirugía génito-urinaria» del profesor Mollá, de Madrid, y las de autores extranjeros como “Israel, Albarrán, Hartmann, Marion y Legueu... que constituían hasta hace poco tiempo el vademécum de consulta a que acudían los especialistas cuando debían informarse de asuntos que a la técnica urológica”, señalando que, “a las descripciones técnicas, le faltaban datos sobre investigación y observación clínica, que Serés aporta de forma suficiente”, siendo “muy personales” y con “datos técnicos peculiarísimos”, dando al libro un carácter científico de gran valor. Recasens destaca el relato de casos raros como “un tumor dermoide renal” y “una leucoplasia de la pelvis renal”. Concluye con un elogio al joven catedrático afirmando que su obra constituye “un legítimo timbre de orgullo para el profesorado español”.

3.1. Operaciones sobre el Riñón

En la parte anatómica (páginas 1-52), describe con sumo detalle la anatomía renal, señalando que el riñón presenta una organización anatómica compleja en la que destacan las estructuras fundamentales y clásicas (hilio, seno renal, papilas renales, cálices, sustancia cortical y sustancia medular, pirámides de Malpighi y columnas de Bertin) que describe en detalle. La descripción de las cubiertas renales es muy precisa y adaptada a los conceptos actuales (aunque sin precisar los espacios peri y paranefríticos), nombrando explícitamente a Gerota y Zuckerkandl. Respecto a la vascularización hace una magna descripción de la circulación venosa perirrenal describiendo las anastomosis, parietales, diagramáticas, mesentéricas y cava, y se refiere al sistema reno-cápsulo-diafragmático de Albarrán y Cathelin. En lo referente al flujo arterial destacan varias fotografías de arteriografías de su propia colección, derivadas de su celo como investigador (Figura 4).

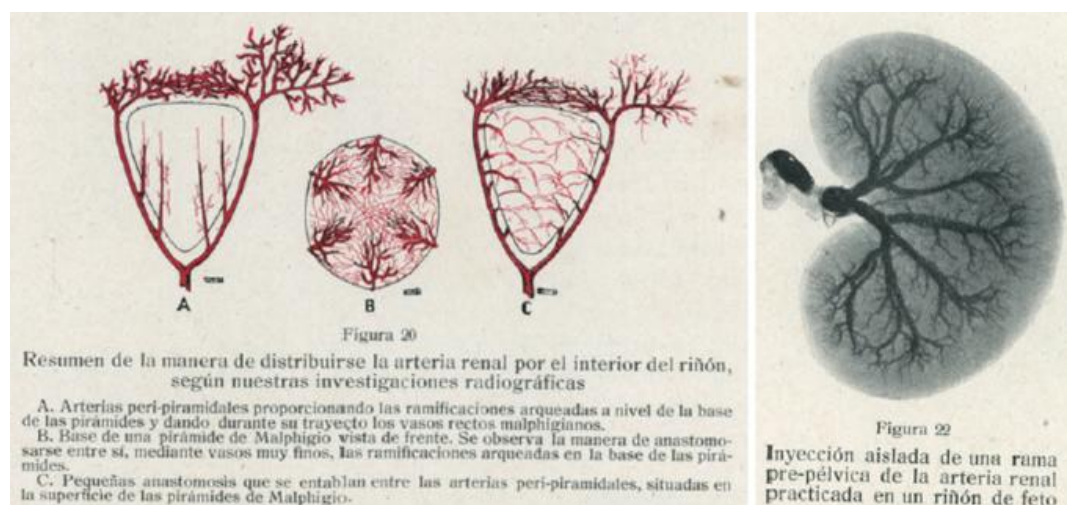


Figura 4. Esquemas originales de Serés sobre vascularización intrarrenal (izquierda) a partir de estudios arteriográficos (derecha).

En la descripción nerviosa afirma que “Nosotros hemos observado, por fin, que el ganglio mesentérico inferior, conocido por nosotros, por sus relaciones, con el nombre de ganglio vésico-renal, proveniente del plexo mesentérico superior, emite algunos filetes ascendentes que van a distribuirse por los plexos renales de ambos lados; algunos de estos filetes van a terminar en los nervios o ganglios del pedículo renal y otros penetran directamente en el interior del seno renal” (Figura 5). Mas adelante, en los comentarios sobre técnica quirúrgica vuelve a referirse a esta estructura descrita en su laboratorio: “nuestras investigaciones han demostrado, hace ya tiempo, las íntimas conexiones que tiene el plexo de inervación renal con el sistema de inervación de la vejiga, por intermedio del ganglio mesentérico inferior, conocido por nosotros, por la importante función que desempeña en la correlación nerviosa vésico-renal, con el nombre de ganglio-vésico-renal... constituyen un sistema de correlación funcional entre la vejiga y los riñones, conocido por nosotros con el nombre de sistema de correlación nerviosa vésico-renal”.

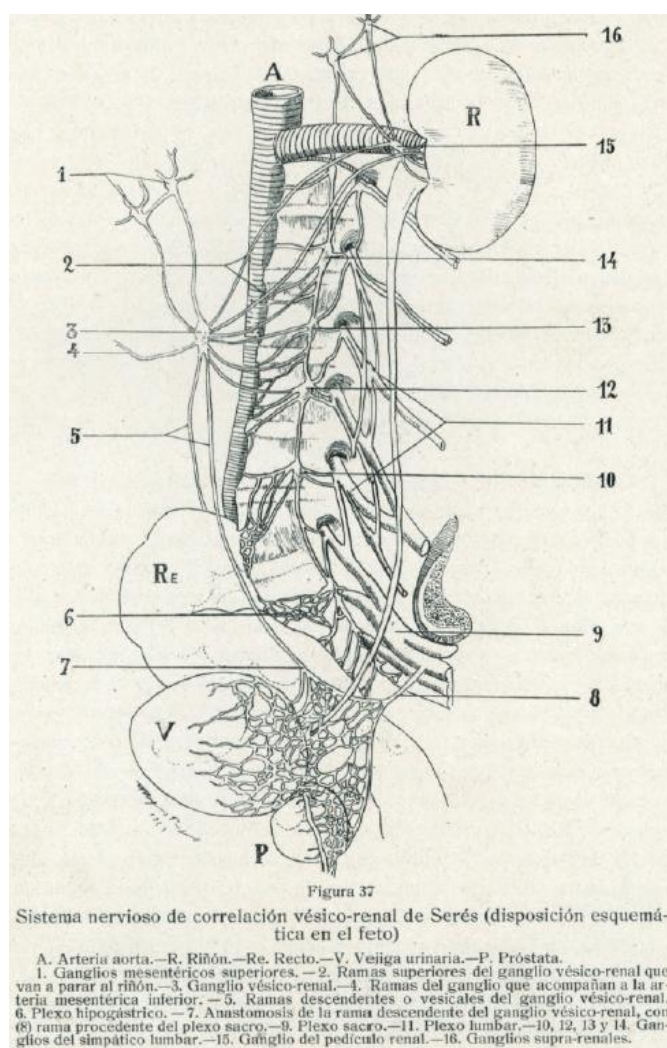


Figura 5. Distribución del plexo vegetativo renal y vésico-prostático según la descripción original de Serés a partir de una disección fetal.

Así mismo establece la comunicación de estos plexos entre los dos riñones “Algunos de estos filetes anastomóticos, procedentes de un plexo renal, parecen ir más lejos, hacia la línea media, del origen del plexo mesentérico superior, llegando a penetrar en el plexo renal del lado opuesto” y “darían la explicación, en parte, de los trastornos funcionales reflejos que las alteraciones de un riñón producen sobre el otro”.

Fruto de esta capacidad descriptiva se desprende un conocimiento profundo no sólo de la anatomía y embriología renal sino de su fisiología, con afirmaciones tan interesantes como esta: “Las investigaciones que hemos realizado con Bellido han demostrado claramente que los trastornos funcionales de la vejiga influyen sobre el funcionalismo del riñón, aumentando o disminuyendo la secreción de orina según la forma de la excitación procedente de la vejiga”.

El capítulo quirúrgico de la cirugía del riñón, comprende las siguientes técnicas:

- Nefrectomía total.
- Nefrectomía parcial.
- Nefrotomía.
- Nefrostomía.
- Renoplicatura.
- Decapsulación renal.
- Nefropexia.
- Enervación del riñón.
- Abertura de los abscesos perinefríticos.

El capítulo quirúrgico comienza con la vía de abordaje común para todas las técnicas que para Serés es posterior o lumbar (y por lo tanto) extraperitoneal, desaconsejando el abordaje transperitoneal o anterior, sólo justificable en grandes tumores renales. La descripción del material necesario es proverbial: “Dos escalpelos, uno de filo recto y otro convexo; dos tijeras, recta y curva; dos pinzas de disección de diente de ratón, cortas; una pinza de disección larga, de diente de ratón; una pinza de disección larga, ordinaria; sonda acanalada; doce pinzas de Kocher, largas; seis pinzas de campo; seis pinzas acodadas de Legueu para la cápsula adiposa del riñón; dos separadores pequeños; dos separadores medianos; dos valvas, mediana y larga; porta-agujas; seis agujas de sutura; aguja de Doyen muy grande; aguja de Doyen muy curvada; aguja de Reverdin; cuatro pinzas clamps para el pedículo, rectas, curvas y acodadas; sonda de bocio de Kocher; costotomo, legtras y periostiotomo”.

De las distintas técnicas quirúrgicas, las variantes de la nefrectomía son las más extensas y detalladas, reflejándose la técnica clásica y las complicaciones y eventos negativos como hemorragia, infección y lesión de estructuras vecinas, así como complicaciones respiratorias y circulatorias. La posición anatómica del paciente es decúbito lateral, con descripción de

detalles como evitar el estiramiento del nervio circunflejo y la secuela de parálisis del nervio recurrente. Para abordar el riñón elige la vía posterior y recomienda una incisión curvilínea debajo de la 12 costilla (preservando el nervio subcostal) mejor que la rectilínea de Albarrán o la recto-curvilínea de Guyon.

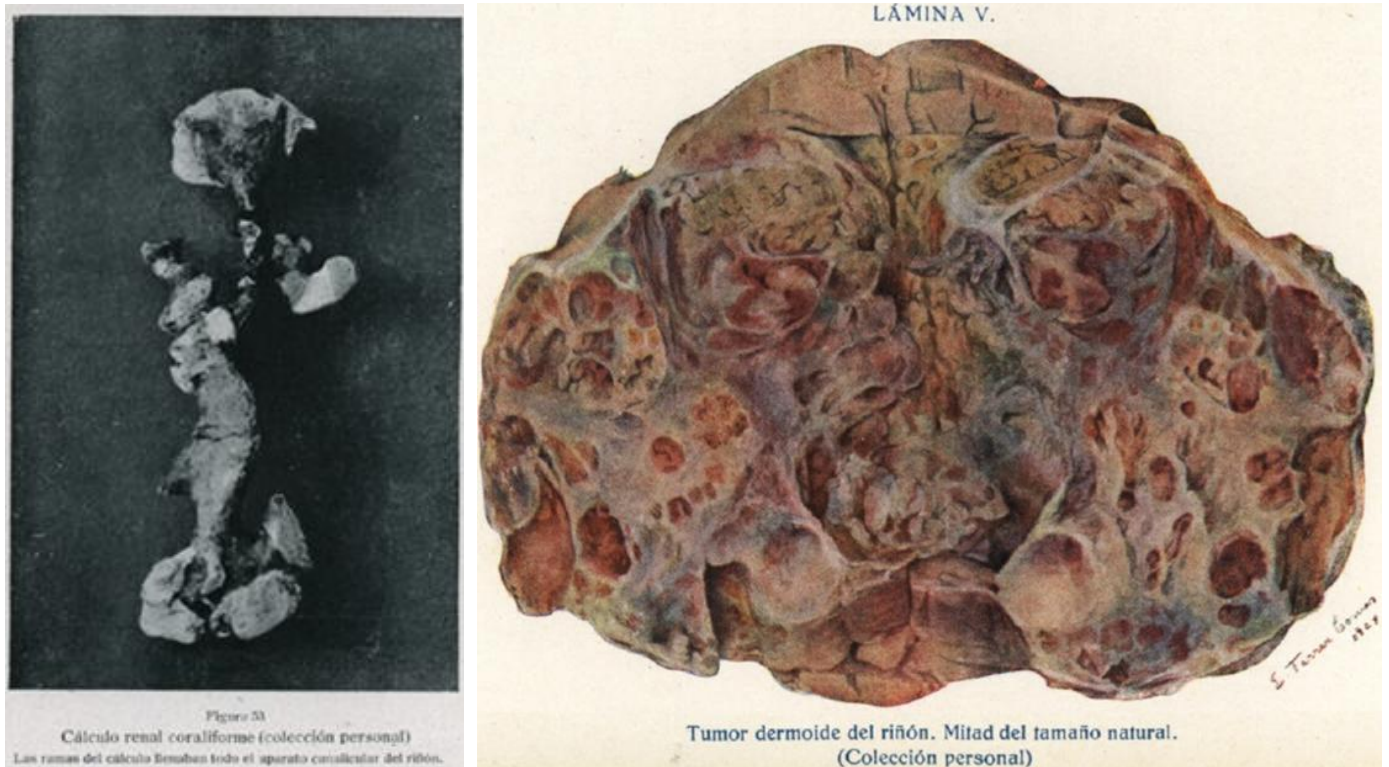


Figura 6. Fotografía de un cálculo coraliforme obtenido de una pieza de nefrectomía (izquierda), Tricromía de pieza de nefrectomía por tumor dermoide (derecha).

La tuberculosis es una de las principales indicaciones de nefrectomía con intención de sanar al paciente de su dolencia y evitar la extensión. Otras situaciones que implican nefrectomía son los traumatismos, pionefrosis, litiasis complejas (no susceptibles de nefrotomía), malformaciones y tumores (Figura 6). Destaca la detallada descripción de técnicas de drenaje en riñones pionefróticos. Sin extenderse en las múltiples indicaciones, sobre la tuberculosis afirma: “se encuentra indicada la nefrectomía total, sea cualquiera la forma de la misma, el período en que se encuentre y la localización que tenga”.

Sobre la técnica extracapsular señala los pasos a seguir, con incisión amplia que permita exponer y aislar el riñón tras la denudación de la grasa perirrenal. El primer paso consiste en seccionar y ligar el uréter para facilitar la movilidad del órgano y prevenir fístulas. Luego se diseña el pedículo vascular, separándolo de la grasa circundante y ligando los vasos de forma segura antes de seccionarlos. Tras liberar los mesos que fijan los polos renales, el riñón puede exteriorizarse y extirparse. Después se cierra por

planos la pared lumbar, dejando eventualmente drenaje. En lo referente al control del pedículo dice: “colocaremos una pinza clamp, muy potente (Figura 7), en el pedículo, seccionando luego los vasos entre dicha pinza y el borde interno del riñón, procurando que la sección no se haga al ras de la pinza, con el fin de que en el borde cóncavo de ésta podamos reconocer los vasos aisladamente y ligarlos si es preciso”. A continuación, describe una serie de maniobras según esté el pedículo más o menos aislado para pasar ligadura global o hacerlo a pasos con “aguja de Deschamps”.

Aun habiendo realizado las correspondientes ligaduras advierte que “es preferible añadir a las ligaduras parciales, una ligadura en masa del pedículo y, además, pinzar y ligar las boquillas seccionadas más acá del clamp, practicándose en este caso la ligadura llamada ideal”. Sobre la ligadura aconseja practicarlas con “con catgut muy resistente, del número 6, dejándose los cabos sueltos, sin cortar hasta que retirado el clamp y retraído el pedículo a la profundidad de la herida, tengamos la completa seguridad de que nada rezuma.” En cuanto a la retirada final del clamp advierte: “debe hacerse con mucha cautela, encontrándose el campo operatorio muy expedito y abierto, con el fin de corregir rápidamente todas las contingencias posibles. Los cabos sueltos de las ligaduras del pedículo nos servirán, en caso de hemorragia, para encontrarlo rápidamente”.

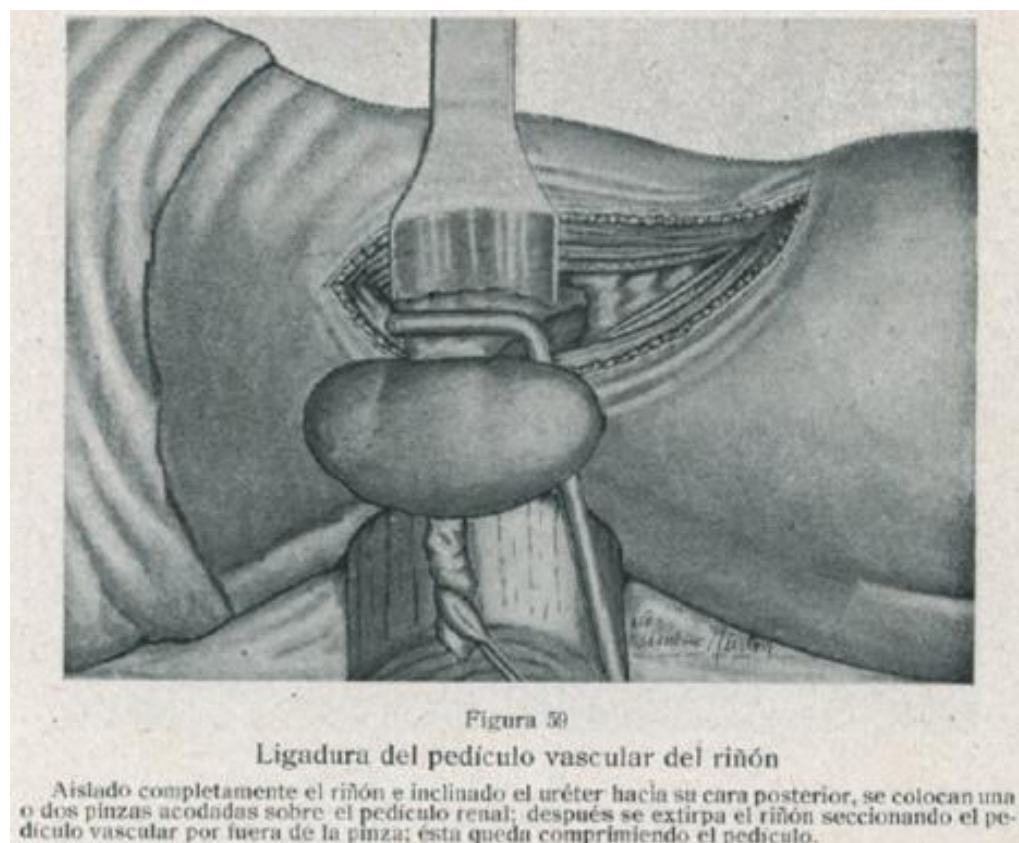


Figura 7. Colocación de un clamp para control “en bloque” del pedículo renal.

Respecto a la nefrectomía subcapsular, remarca la opción a realizarla gracias a que la cápsula propia presenta un magnífico plano de clivaje con el parénquima que permite aislar el órgano con disección roma en pocos minutos (Figura 8). Dice: "Por fortuna, dicha cápsula fibrosa permanece sin contraer adherencias con el tejido propio riñón) ... En estos casos, para aislar y extirpar el riñón, se puede seguir el camino que separa la cápsula propia del tejido renal". Serés destaca el principal problema de esta técnica que afecta al control vascular: "La ligadura del pedículo es imposible, pues dicha cápsula fibrosa impide la compresión de los vasos por medio de la ligadura. Por lo mismo, se colocará una pinza clamp, más allá del borde interno del riñón, en la forma que se pueda, pues el pedículo es muy corto. Colocada ésta, seccionaremos por fuera de la pinza, aunque sea a través de la substancia renal... Esta pinza comprende, al mismo tiempo que los vasos, la extremidad superior del uréter o cavidad de la pelvis renal. Aunque es un poco incómodo para el enfermo; sin embargo, lo más práctico es dejar dicha pinza a permanencia durante cinco o seis días, después de los cuales es extraída, quedando la hemostasia perfectamente asegurada. Nosotros, con este objeto, hemos ideado una pinza que, una vez colocadas sus ramas sobre el pedículo, queda inclinado su mango hacia el vientre del enfermo, mediante un codo muy pronunciado que tiene la parte media de la pinza. En esta forma el enfermo puede guardar la posición supina". De dicha pinza no aporta iconografía.

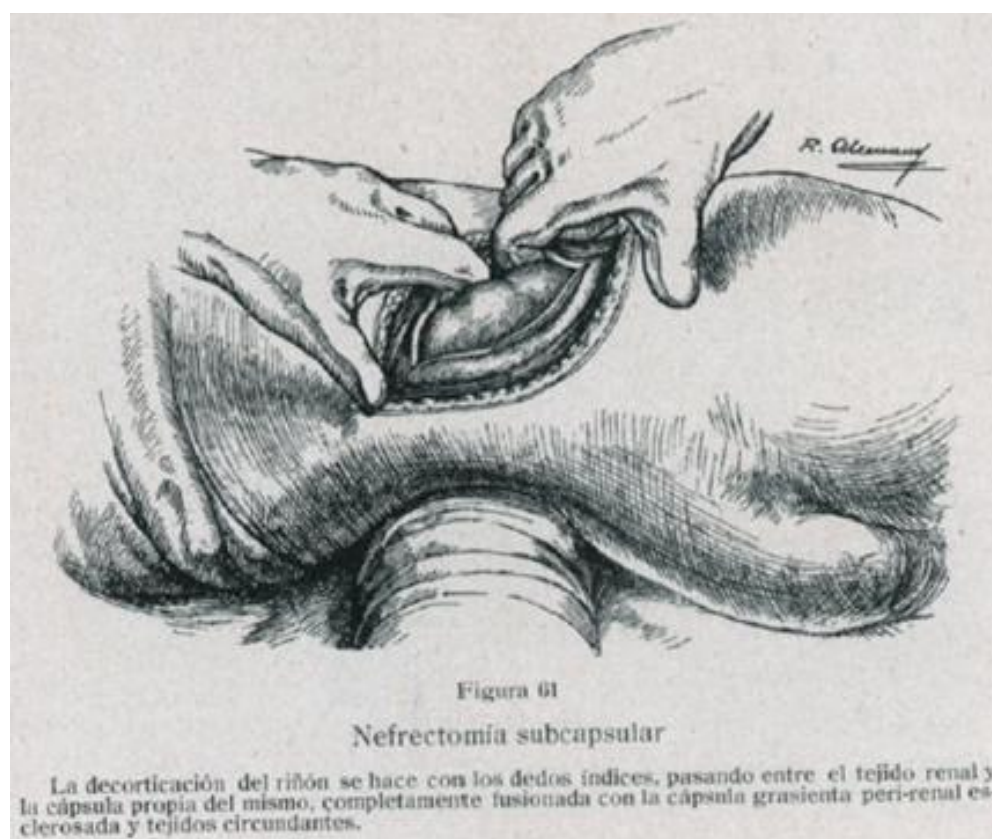


Figura 8. Maniobra para denudar el riñón con los dedos por el espacio subcapsular.

El capítulo de nefrectomía total por fragmentación explica la forma de extraer el órgano en distintas partes, comenzando por el polo inferior que suele ser más accesible, técnica aplicable a casos excepcionales de fibrosis. En cuanto a la nefrectomía parcial, la describe, pero le dedica apenas 30 líneas. En “faltas operatorias más frecuentes” advierte sobre la sobrexposición de la incisión. Si es demasiado anterior puede afectar nervios y órganos como hígado, bazo o colon; una posterior atraviesa músculos lumbares y puede lesionar nervios; una inferior dificulta la sutura y provoca hematomas; y una superior aumenta el riesgo de abrir pleura y lesionar arterias intercostales. Es interesante la forma de resolver una hemorragia intraoperatoria severa: “Consiste en taponar fuertemente todo el hueco operatorio, llenándolo completamente de compresas muy apretadas contra el fondo del mismo; se espera entonces 5 o 10 minutos con el taponamiento colocado, pasados los cuales se retira con cuidado y por completo dicho taponamiento. La hemorragia habrá cesado, entonces por completo o bien se verá que en el fondo del campo sangra un vaso aislado que parece de menor calibre que la arteria renal y al cual se podrá pinzar con facilidad” y en caso de desgarro de la vena cava lo divide en varios tipos según su extensión y localización por encima o debajo de la bifurcación venosa renal. En los casos más graves afirma que “puede realizarse una ligadura total de la vena cava, pues la experimentación y algunos resultados satisfactorios en el hombre abonan dicha conducta”.

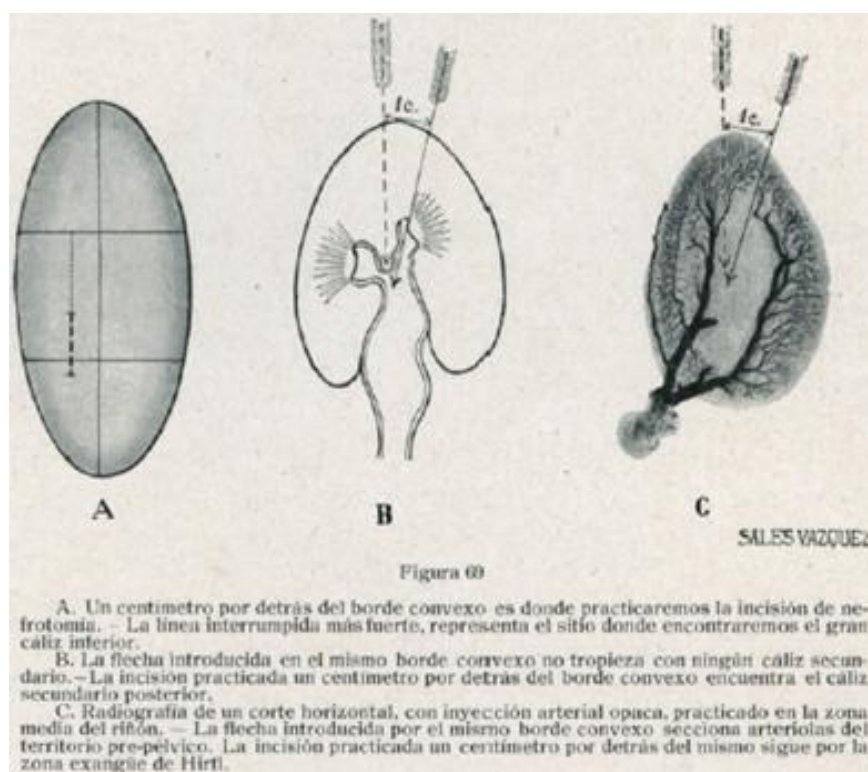


Figura 9. Dibujos y fotografía arteriográfica de corte transverso de la línea media renal mostrando la línea avascular externa y ligeramente posterior a la que llama de “Hirtl”.

En el capítulo de nefrotomía se muestra la vía de abordaje al seno renal (Figura 9), con una acertada descripción del espacio vascular externo y ligeramente posterior entre los territorios de las arterias segmentarias anterior y posterior denominado de “Hirtl”, y no de Brodel como ha quedado establecido posteriormente.

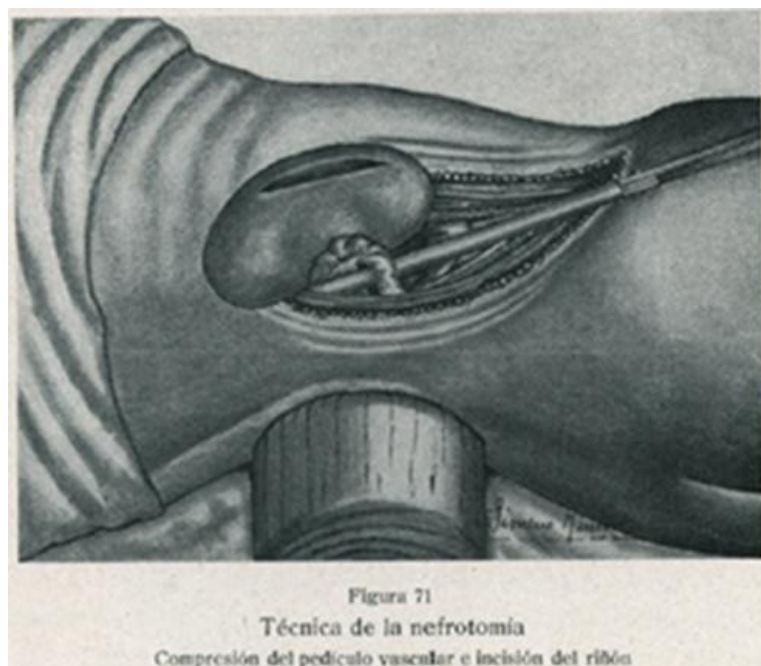


Figura 10. Nefrotomía (izquierda) y pinza-cuchara de diseño propio (derecha).

Establece diversas incisiones sobre los cálices, sin referirse en ningún momento a una nefrotomía bivalva, aunque en el dibujo portado muestra una amplia incisión sobre la convexidad del riñón (Figura 10). Añade además una incisión independiente en la pelvis renal: “Así tendremos abiertos la pelvis y los tres grandes cálices, pudiéndose extraer los cálculos alojados en su interior. Introduciendo el dedo índice en la pelvis, podremos explorar este conducto y la desembocadura de los grandes cálices, especialmente el medio e inferior” y sigue diciendo “Desde el interior de la pelvis y con el dedo índice dirigido hacia el polo superior, podremos realizar la exploración interior del cáliz superior, combinando la palpación interior con este dedo y los de la otra mano, que comprimen por fuera el riñón. Todavía podremos introducir hacia arriba, si el dedo índice no puede penetrar, nuestra pinza-cuchara y ver si en su interior se encuentra alojado algún calculito. En caso afirmativo, procuraremos que éste penetre en la cavidad que limitan las dos cucharas, pudiendo así ser extraído con facilidad”.

Para el cierre del parénquima recomienda puntos sueltos en masa para afrontar las dos zonas cruentas y “...caso de dificultad en la hemostasia, puede obtenerse una lámina de tejido muscular...e intercalarla, comprendiéndola con la sutura entre las dos valvas renales” y cita a su colega “L.

Cardenal” como referencia para este truco. Respecto a la renoplicatura explica que es en cierre (sin exéresis) de una cavidad renal previamente drenada (Figura 11). En cuanto a “la decapsulación total tiene indicación en el tratamiento de los riñones poliquísticos bilaterales, en las nefritis dolorosas y en las nefritis agudas y crónicas (mal de Bright)”.

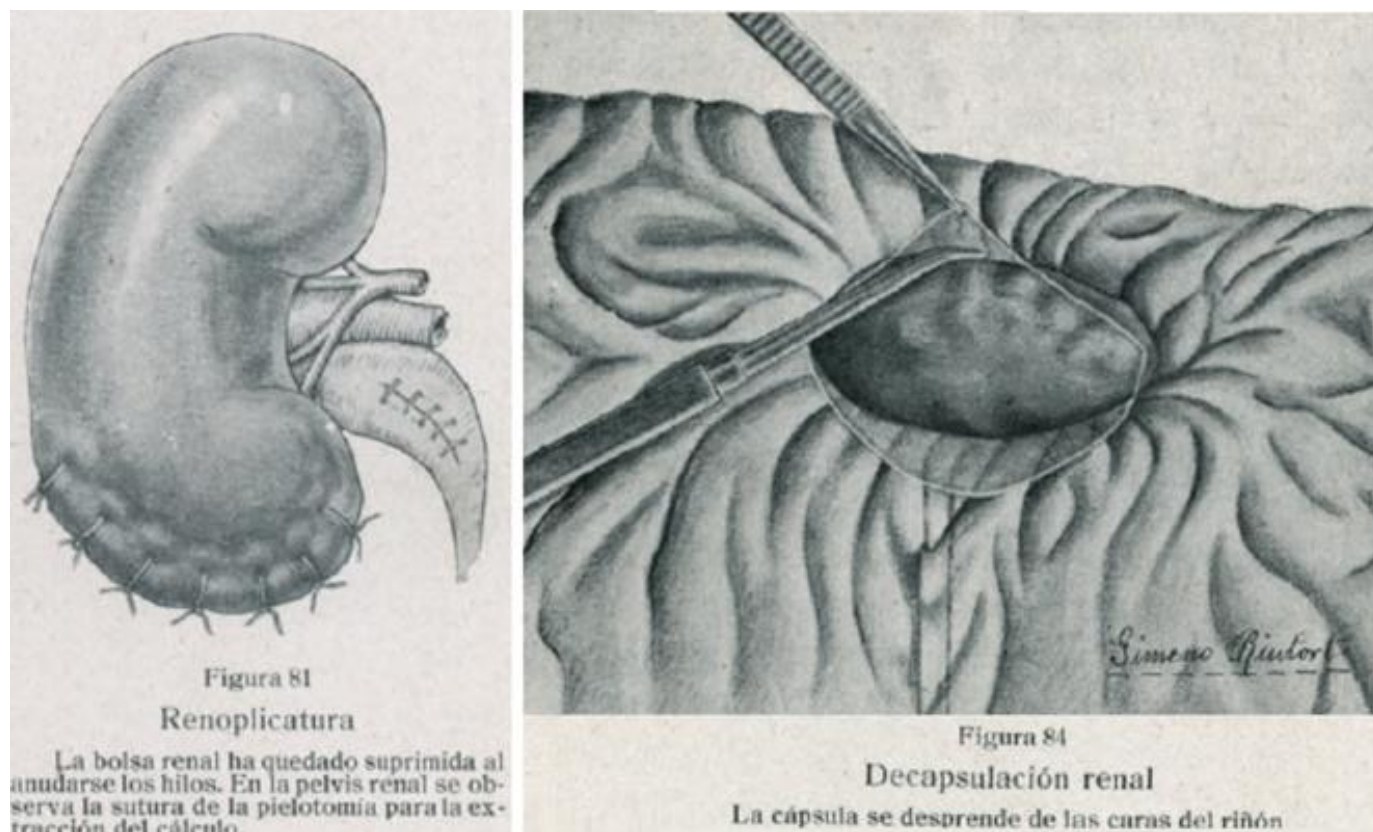


Figura 11. Renoplicatura (izquierda) una vez aislada la cavidad en grupo inferior. Decapsulación renal (derecha).

A continuación, describe las técnicas de decapsulación renal, nefropexia y enervación renal. La decapsulación consiste en extraer por completo o parcialmente la cápsula propia del riñón (Figura 11), indicada en casos de riñones poliquísticos bilaterales..., las nefritis dolorosas y las nefritis agudas y crónicas (mal de Bright)". La decapsulación parcial está indicada en "los dolores congestivos que acompañan a la nefroptosis". En cuanto a la nefropexia la indica en casos de "riñón flotante" o "nefroptosis", que producen dolor renal (por dilatación de la vía urinaria, congestión vascular o neuralgia) o dolor digestivo (por compresión sobre el duodeno, sobre todo), y señala que "No todos los riñones flotantes encuentran beneficio con la operación de la nefropexia. En general, no se recomienda... cuando el riñón flotante no ocasiona trastornos secundarios... Sin embargo, creemos nosotros que cuando el riñón flotante es único, por haberse extirpado el otro riñón, debe ser inevitablemente fijado, pues en tal caso las acodaduras que traza el uréter representan un peligro real para el enfermo...

Cuando el riñón flotante se encuentra complicado por crisis de hematuria, hidronefrosis intermitente o bien de crisis de estrangulación renal, debe ser también fijado". Siendo una nefroptosis fue una de las patologías renales más prevalente durante la primera mitad del siglo XX, afirma que "...es una de las afecciones que ha ofrecido mayor campo al ingenio de los cirujanos para idear múltiples procedimientos de fijación renal, detalle que indica, aquí como en otros órganos, la inseguridad de los mismos".

Clasifica los procedimientos de fijación en directos, sobre la cápsula e indirectos, realizando un análisis comparativo en que cita de forma insistente a Joaquín Albarrán Domínguez (1860-1912), defensor de la técnica capsular: "Los procedimientos capsulares, entre los que merecen citarse los de Edebolhs, Albarrán y Guiteras, tienen la ventaja de no herir la sustancia renal, evitando las cicatrices producidas por los hilos perforantes. Pero el resultado, desde el punto de vista de la fijación, es menor, pues la cápsula es muy débil y, por otra parte, el riñón desciende por su propio peso, girando alrededor de su pedículo". En este contexto, describe su técnica personal obteniendo un parche de fascia lata para pexiar el riñón de forma consistente (Figura 12).

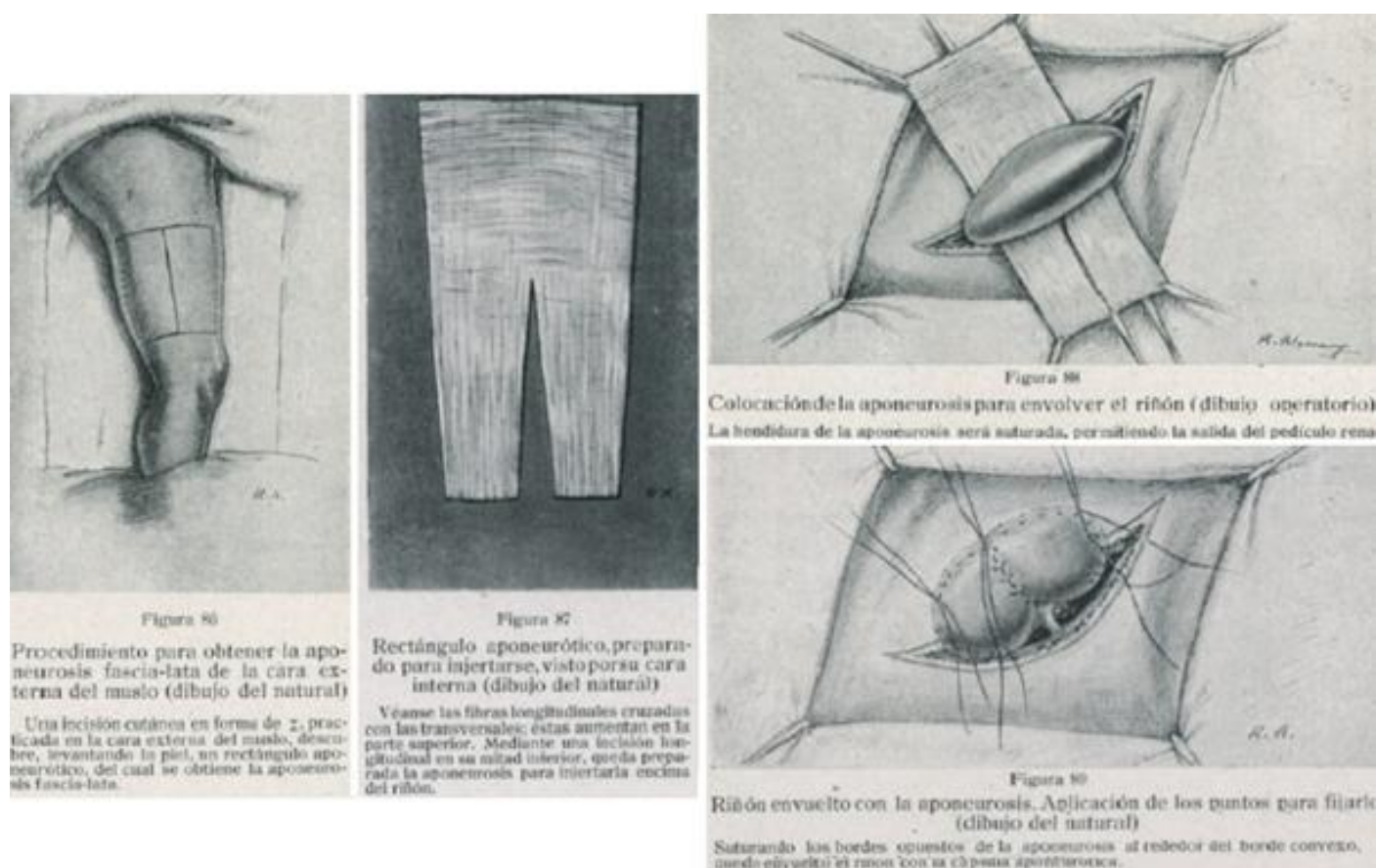


Figura 12. Técnica personal de Serés para la nefropexia utilizando fascia lata.

Por su parte, la enervación consiste en eliminar los ramos nerviosos que rodean la arteria renal por su cara anterior y posterior, en casos de hidronefrosis, riñón flotante (refractario a la decapsulación o la nefropexia), nefritis dolorosas y nefritis hematóricas. Sobre esta técnica puntualiza que “Legueu recomienda conservar algunos filetes nerviosos, es decir, no realizar la enervación completa del pedículo”.

En cuanto a la iconografía, el capítulo del riñón incluye 96 figuras, 22 de las cuales son fotos, y 7 láminas a color (tricromías), que combinan dibujos, algunos muy esquemáticos, otros artísticos de copias de piezas anatómicas o planos anatómicos, sí como de técnicas quirúrgicas. Las figuras 38 a 40 muestran una especie de cojín lumbar diseñado por Serés que describe como “Nuestro soporte fijador para operaciones renales” (Figura 13), cuya presentación permite argüir el carácter publicitario de sus propios diseños en el libro.

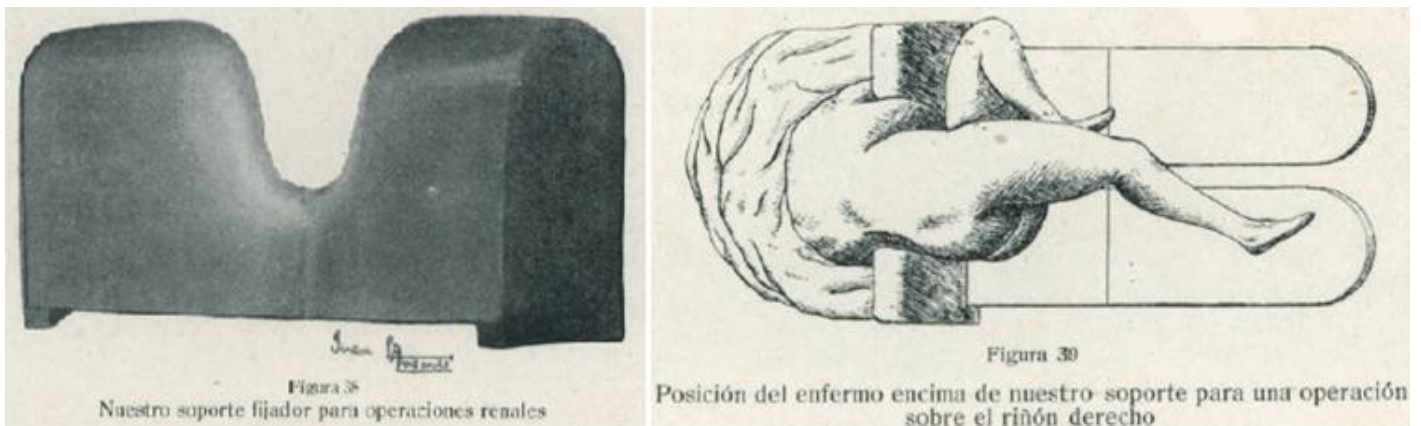


Figura 13. Soporte lumbar de Serés para asegurar la posición de lumbotomía.

Dentro de la parte titulada “— Estudio quirúrgico de la circulación arterial y venosa del riñón. CIRCULACIÓN ARTERIAL”, aparecen 16 fotografías que corresponden en su mayoría a arteriografías sobre piezas de disección anatómica, mostrando la distribución segmentaria arterial renal en la que Serés remarca el carácter terminal (y no compensatorio), con la correspondiente explicación de las tinciones. Las demás fotografías muestran piezas quirúrgicas y una litiasis coraliforme, así como radiografías simples y urografías (2 en total). La urografía era en aquel momento una prueba novedosa. Las LÁMINAS a color intercaladas al texto (y no numeradas) sobre papel satinado, van firmadas casi todas por Ferrer Comas, aunque una de ellas, lleva la rúbrica de un tal “Angulo” (Figura 14), que no alcanza la calidad de las demás. Por el contrario, otras figuras, en especial las pintadas por R. Alemany, tienen gran valor artístico, pero se han impreso en blanco y negro, quizás por ajustes finales (Figura 14).

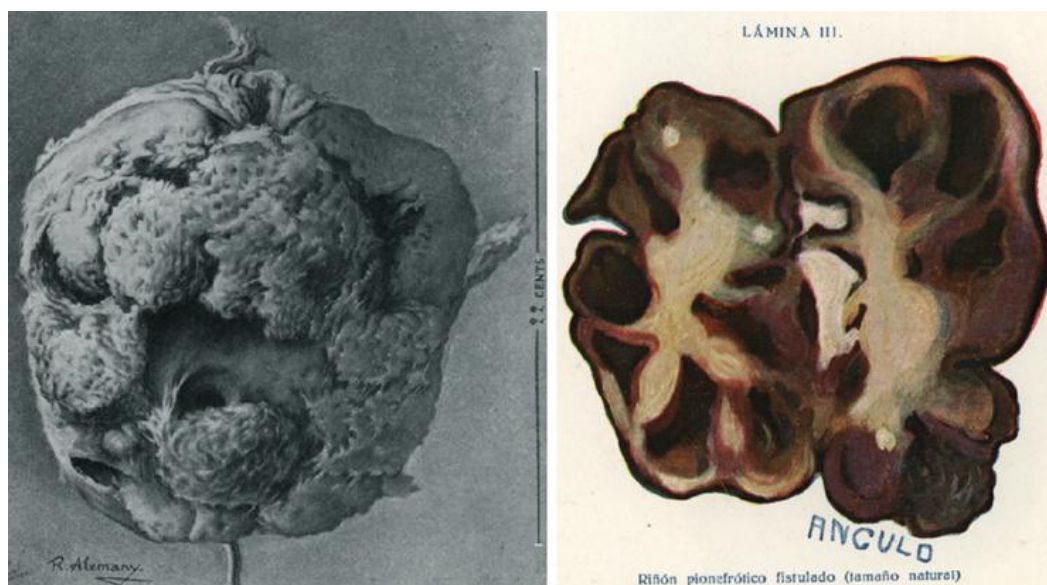


Figura 14. Dibujo blanco y negro de R. Alemany y en color de Angulo.

3.2. Operaciones sobre el la Pelvis Renal

En la parte anatómica incluye una clasificación personal en 9 tipos de las disposiciones de la pelvis renal más frecuentes, ilustradas con imágenes montadas a partir de pielografías de preparaciones anatómicas renales (Figura 15).

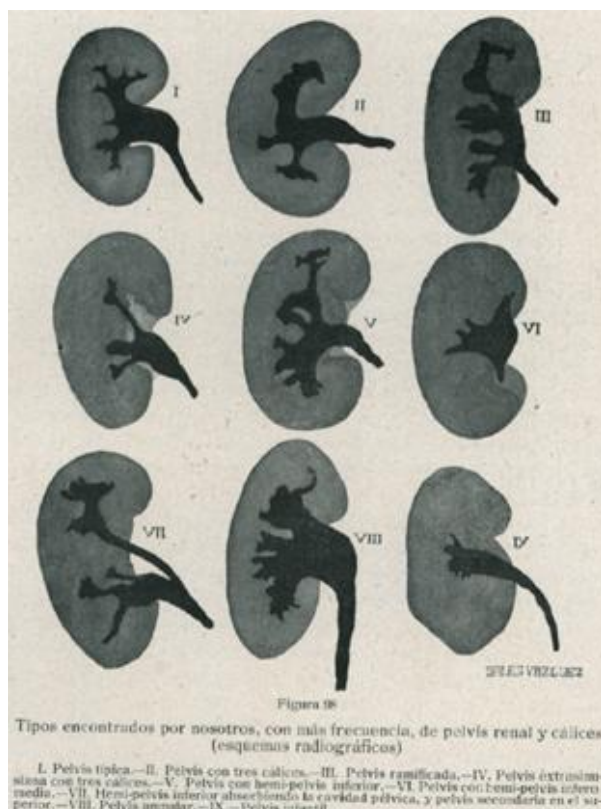


Figura 15. Pielografías con distintas configuraciones de la pelvis renal.

Se trata de un estudio personal en el que Serés se reafirma como anatomista: "...apoyándome principalmente en los resultados de mis investigaciones anatómicas, admitiré seis tipos" y respecto a uno de ellos dice: "De la pelvis infero-media que yo describo, se pasa a la pelvis ampular..." y "Pelvis infantil...Con este nombre describo un tipo de pelvis muy raro, que he encontrado muy pocas veces". El número medio de cálices menores los establece en 8.

De sus observaciones sobre el tamaño de la pelvis renal establece que "las dimensiones que encontramos en los moldes o radiografías son, como término medio, las siguientes: Altura 22 centímetros, Anchura 25, Espesor 16 centímetros...capacidad anatómica...15 centímetros cúbicos". Más adelante define qué el fórnix y las configuraciones calicilares: "a estos cálices terminales, cuyo diámetro es mucho mayor que los secundarios, se les llama fórnix. Cuando desembocan dos papilas en un mismo fórnix, se altera la disposición típica de disco cóncavo-convexo... para adquirir la forma de 8; y cuando son tres o cuatro las papilas que se fusionan, toman entonces una forma trifoliada o cuatrifoliada".

En la última sección Serés completa su estudio sobre la orientación anterior o posterior de los cálices para elegir el mejor lugar de la nefrotomía (anteriormente lo demostró con arteriografías) y concluye: "Estas razones, aparte de los datos que nos proporcionan las investigaciones sobre la circulación arterial, indican que la nefrotomía no debe practicarse a nivel del borde convexo y que, por detrás del mismo, se encuentran en seguida los cálices secundarios posteriores". Respecto al abordaje de la pelvis deja claro mejor vertiente: "la pelvis renal raras veces queda oculta por completo dentro del riñón, y si no en totalidad, como sucede en algunos casos, en una extensión mayor o menor se hace abordable para ser incindida por su cara posterior". Sobre el/la pelvis renal se describen las siguientes operaciones:

- Pielotomía.
- Operaciones conservadoras en las retenciones pielorrenales.

Describe paso a paso la pielotomía clásica para extracción de cálculos (nunca la llama pielolitotomía), una técnica vigente hasta finales del siglo XX (Figura 16). Para el cierre de la pelvis recomienda cierre en 2 planos (mucosa y muscular) con catgut de 00.

Dentro del capítulo "Manual Operatorio", correspondiente a la cirugía reconstructiva de la región pieloureteral (las llama "Operaciones conservadoras") incluye las siguientes técnicas: Urétero-pielo-plastia, pieloplicatura, sección del espolón pielorrenal, anastomosis uréteropielica terminal y lateral. Expone las distintas situaciones y su solución anastomótica incluida la posible resección de tejido piélico excesivo, plastia de la unión pieloureteral con sin intubar (Figura 17).

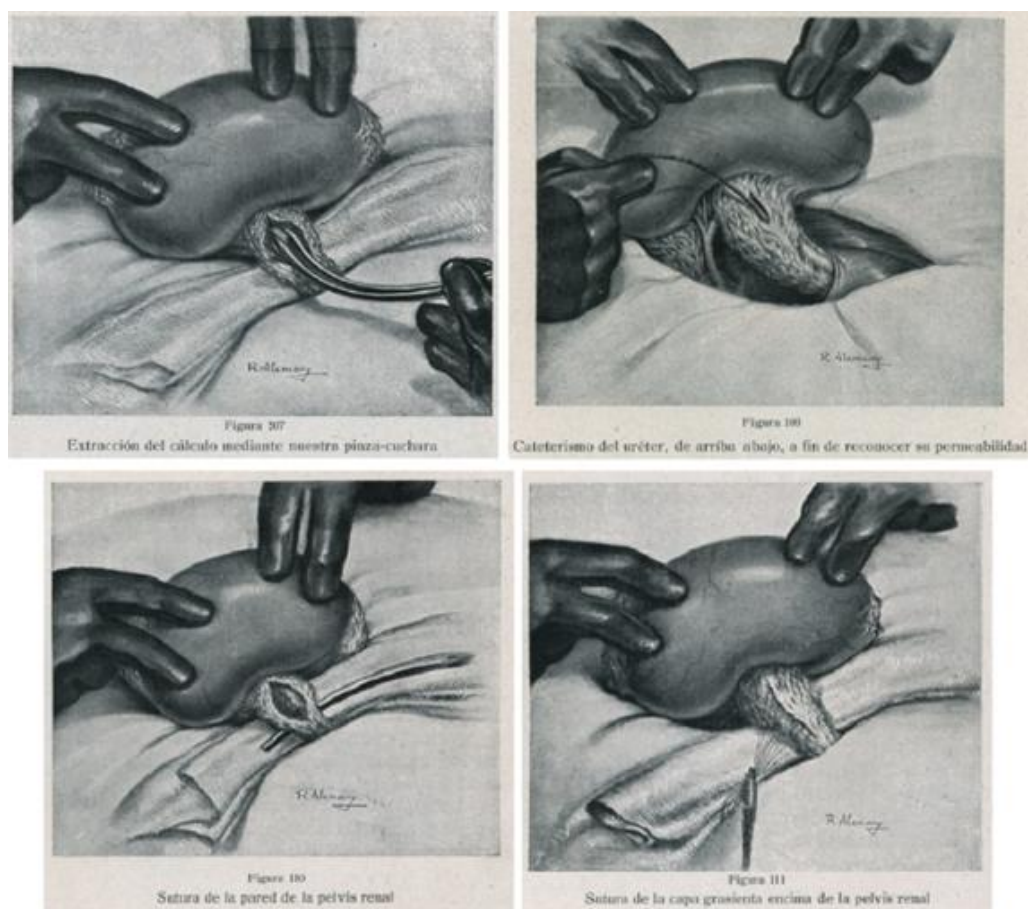


Figura 16. Selección de dibujos sobre la técnica para extracción de cálculos por pielotomía.

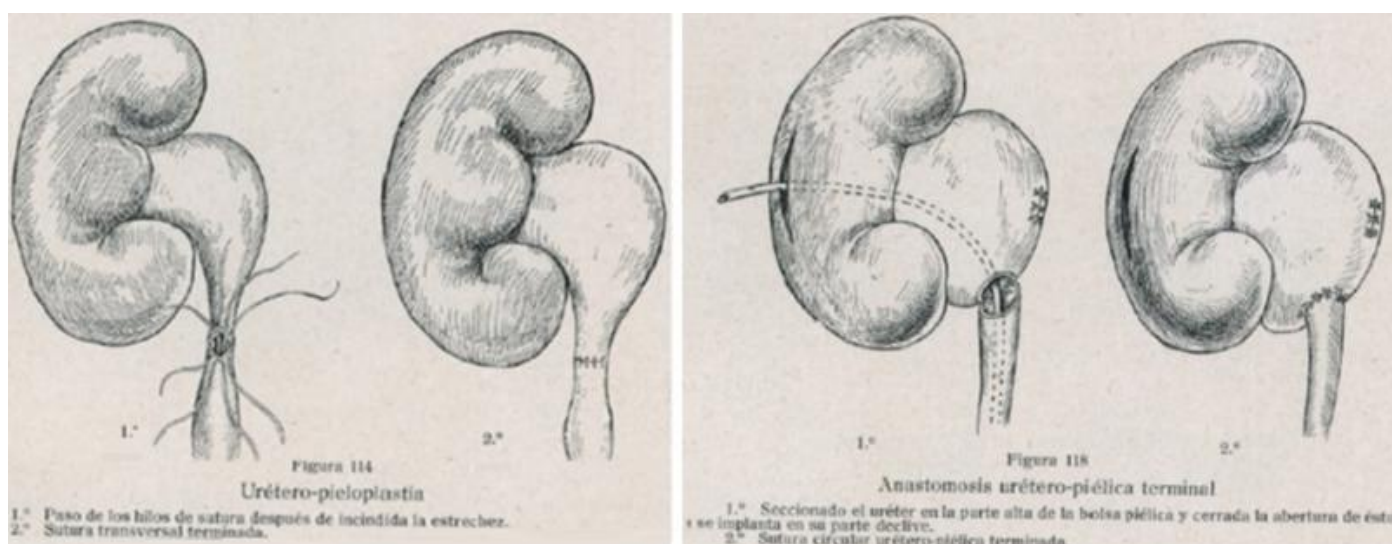


Figura 17. Técnica de apertura de la estrechez (longitudinal) y su sutura (horizontal) (izquierda) y lisis y reanastomosis del uréter a pelvis renal (derecha)

En la técnica más simple describe la forma de seccionar la porción estrecha y de realizar la sutura: “La sección de la estrechez será longitudinal y algo curvilínea, practicándose encima de la sonda introducida en su

interior, con el fin de limitarla a una pared del conducto. Sutura transversal de la incisión. La incisión longitudinal se orientará en sentido transversal, aproximando en este sentido los labios de la incisión”, lo cual corresponde al conocido principio de Heineke-Mikulicz (al que no se refiere explícitamente) (Figura 17). En siguientes secciones describe otras “operaciones plásticas”.

El capítulo de cirugía sobre la pelvis renal incluye un total de 22 figuras (4 fotos) y 3 láminas, aunque sólo una de ellas corresponde a una tricromía. Se trata de una fastuosa ilustración a tricromía de un riñón pielonefrítico ectásico calculoso (Lámina VIII) a cargo de Ferrer Comas (Figura 18). Las otras 2 láminas son fotos de fragmentos de cálculos extraídos por nefrotomía (Lámina IX) y pielotomía (2 páginas incluidas como Lámina IX).

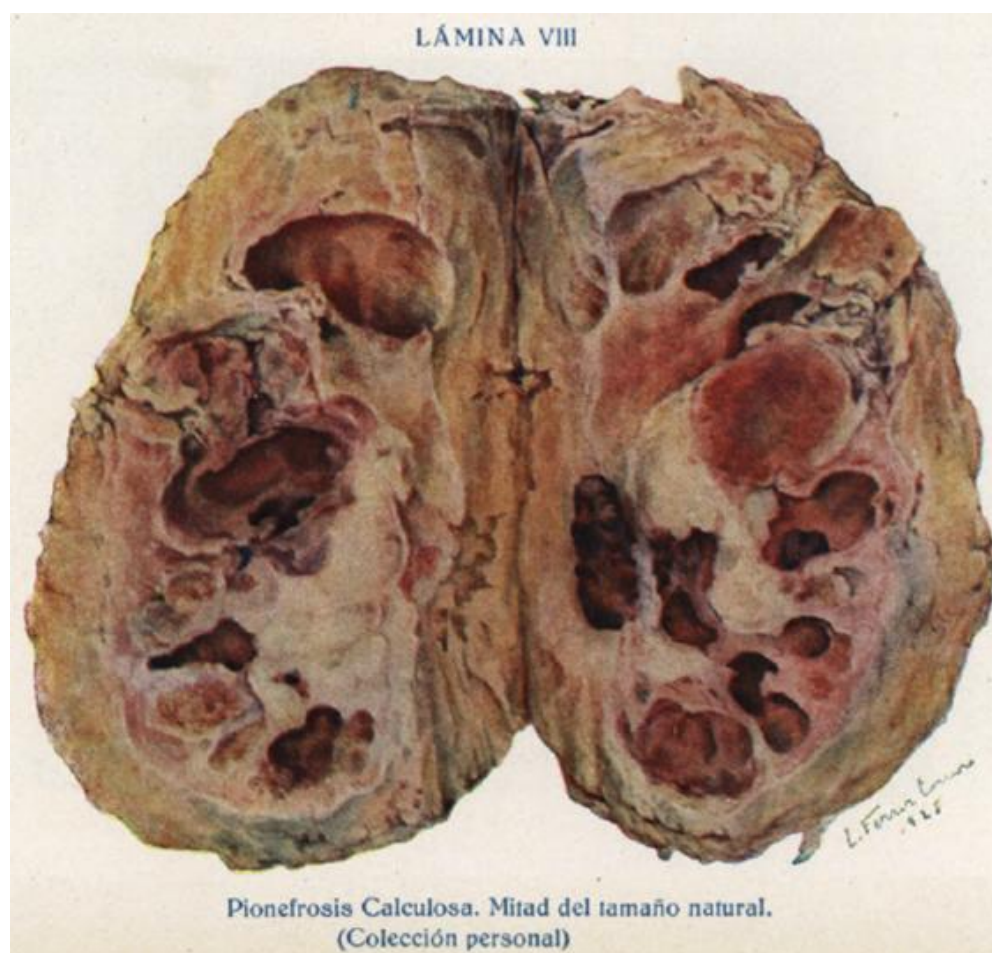


Figura 18. Tricromía L. Ferrer Comas con pieza de riñón pielonefrítico.

3.3. Operaciones sobre el Uréter

Comienza con la parte anatómica con una descripción sublime de la estructura y disposición del uréter (Figura 19). Discute el límite craneal del uréter: “En cuanto al límite superior es muy discutido. El uréter arranca, por una disminución gradual de calibre del embudo que representa la

pelvis renal; en un sitio presenta el uréter una estrechez que se conoce con el nombre de cuello del uréter. Esta estrechez, de 10 a 12 milímetros de longitud y sólo 2 o 3 milímetros de diámetro, se encuentra situada a una altura variable...hay quien considera este punto estrecho como el origen del uréter, pero en realidad se encuentra por encima del mismo una dilatación en forma de embudo, que se conoce con el nombre de infundíbulo... se continúa gradualmente con la pelvis renal". Respecto a las dimensiones: "El uréter tiene 25 a 30 centímetros de longitud; el derecho es algo más corto que el izquierdo; y en la mujer tiene cerca 2 centímetros menos... que en el hombre... la longitud es mayor cuando el uréter se extrae del cadáver. Por calibre, el uréter permite fácilmente el paso de una bujía número 14 de la hilera de Charrière. Sin embargo, el calibre es bastante variable a causa de las estrecheces y dilataciones que hemos visto presenta, y así a nivel de su entrada en la vejiga, que según Poirier es el punto más estrecho del mismo, tiene sólo 2 o 3 milímetros de diámetro, permitiendo sólo la introducción, en algunos casos, de una bujía del número 6".

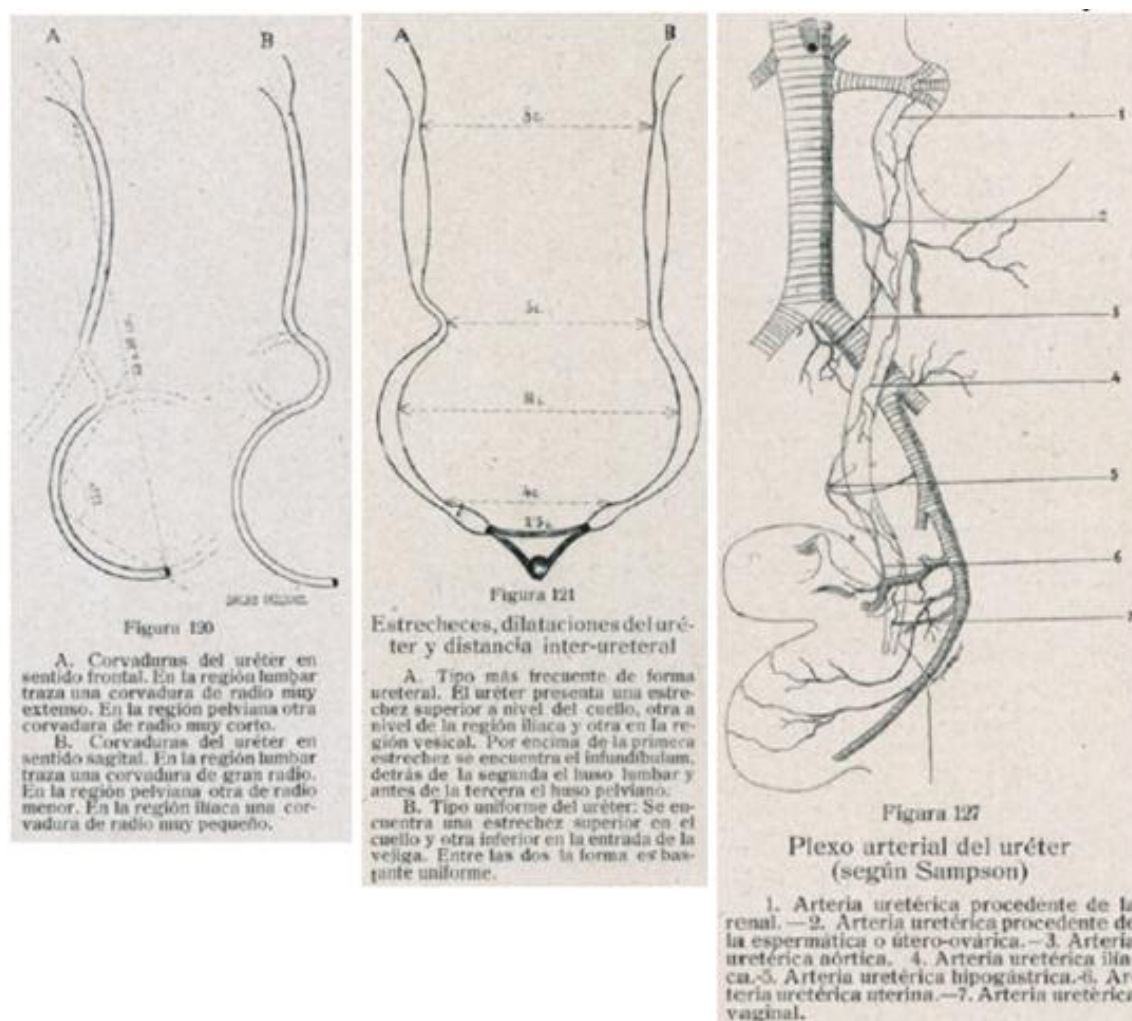


Figura 19. Esquemas de "corvaduras" (izquierda), morfología (centro) y vascularización del uréter (derecha).

El capítulo de relaciones del uréter es detallado e incluye las distintas estructuras en sentido cráneo-caudal incluyendo musculatura, grandes vasos, vascularización genital y cólica (Figura 19), y los órganos genitales internos y la vejiga. El capítulo dedicado a la anatomía femenina es muy amplio, con descripción de los cruces con los vasos ováricos y uterinos y sus ramas, el ligamento redondo, peritoneo, ovarios y trompas. Un párrafo destacado dice: La arteria uterina, que hasta aquí se encontraba por fuera del uréter, pero en íntimo contacto con el mismo, cambia bruscamente de dirección; la dirección oblicua y paralela a dicho conducto que tenía en su primer segmento, se cambia para dirigirse la arteria transversalmente hacia adentro en busca del borde lateral del útero. En toda la porción intra-ligamentaria la arteria uterina traza algunas flexuosidades, más acentuadas en las mujeres multíparas, algunas de las cuales asientan en la porción de la arteria que marcha paralela al uréter por detrás de este conducto. Esta arteria, al dirigirse transversalmente hacia adentro, cruza el uréter pasando siempre por delante; después de este cruce, estos dos órganos se van alejando entre sí, pues la arteria se dirige hacia adentro y el uréter hacia adelante y hacia abajo" (Figura 20).

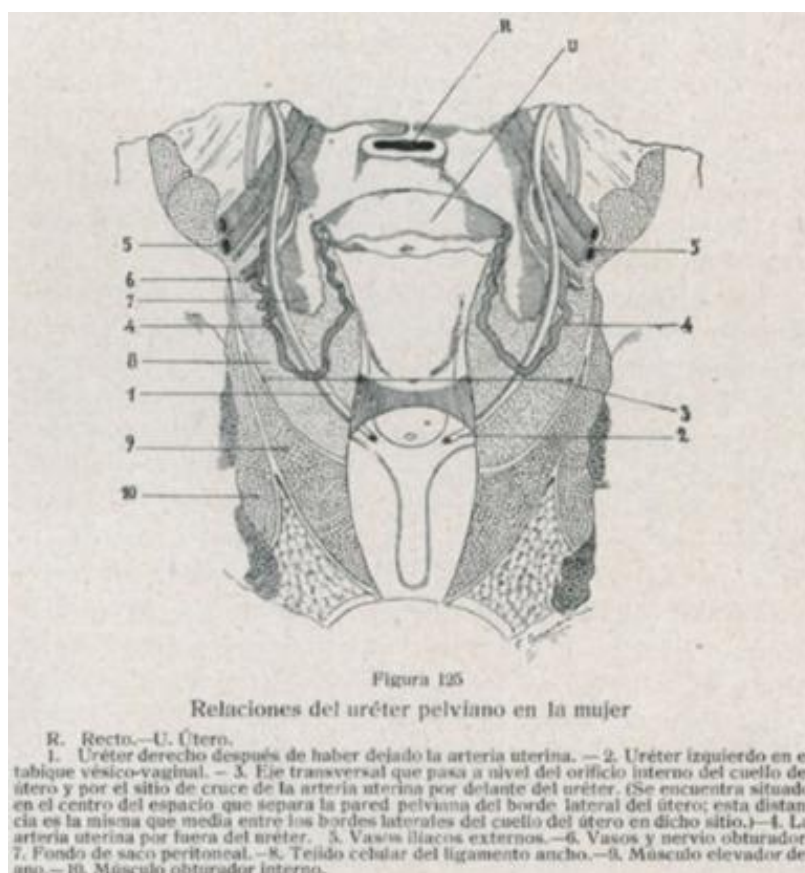


Figura 20. Relaciones del uréter femenino.

La vascularización del uréter es descrita de forma muy extensa y precisa (Figura 19), clasificando las arterias en largas y cortas: "Las arterias

uretéricas largas proceden, por arriba, de la arteria renal, de la que arrancan unas veces por fuera del hilio del riñón y otras por dentro, descendiendo después a lo largo del uréter una sobre la cara anterior y otra sobre la cara posterior de dicho conducto; por abajo arrancan de la arteria ilíaca primitiva o bien de la arteria hipogástrica. Las arterias uretéricas cortas son varias y proceden de la arteria espermática o útero-ovárica, de la aorta, de la arteria hemorroidal media o umbilical, de la uterina en la mujer, al igual que de la vaginal, y en el hombre, de la arteria vesical y de las arterias vesículo-diferenciales”.

El capítulo quirúrgico es muy prolijo. Comienza con la vía de abordaje del uréter que divide para las porciones lumbar e ilíaca en extra e intra-peritoneal. Aquí advierte que: “los segmentos medio e inferior del uréter lumbar resultan bastante difíciles de encontrar en algunos casos, si previamente no hemos ido en busca de las porciones inmediatas, en donde tenemos puntos de referencia muy reconocibles que nos pueden servir muy bien de guía. Por esta razón resulta práctico, para encontrar estas porciones del uréter lumbar, abordar previamente la porción yuxta-renal del mismo, que la encontraremos fácilmente aislando el riñón o bien la porción ilíaca, también fácil de descubrir”. Describe todos los detalles anatómicos y de disección de cada porción. Por ejemplo, en el uréter ilíaco (Figura 21) refiere que la habitual facilidad para encontrarlo sobre la arteria no ocurre siempre: “el uréter no aparece, en muchos casos, con tanta facilidad como se describe, pudiéndonos servir de guía la introducción previa de una sonda ureteral, ya que entonces, por la palpación, distinguiremos claramente el conducto ureteral de los otros cordones que pueden inducir confusión”.

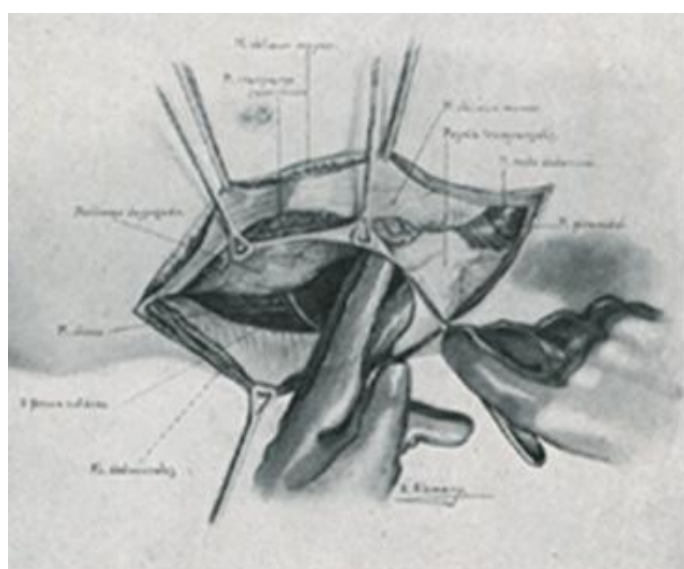


Figura 18

Técnica operatoria para abordar el uréter ilíaco por vía extra-peritoneal
Sección de la fascia transversalis y despegamiento del peritoneo de la fosa ilíaca

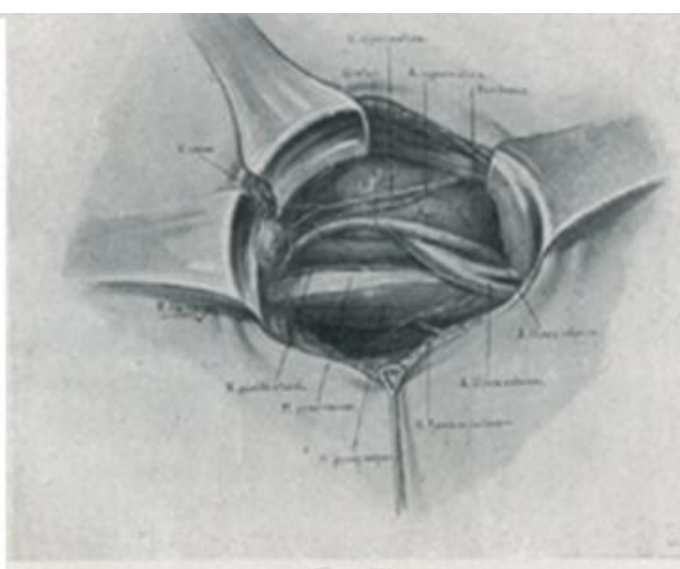


Figura 19

Descubrimiento de la porción ilíaca del uréter por vía extra-peritoneal
El uréter permanece adherido al peritoneo y se arrastra al despegar éste de la fosa ilíaca y de los vasos ilíacos.

Figura 21. Abordaje del uréter ilíaco (yuxta-vesical).

Respecto al abordaje del uréter pelviano afirma: “De ninguna manera es recomendable abordar la porción yuxta-vesical del uréter por vía intra-peritoneal, pues al peligro antes indicado se une el de una posible abertura de la cavidad vesical en el interior del peritoneo”. En otro epígrafe se muestra partidario de la vía perineal “seguida primeramente por Fenwick con el fin de extraer, por dicho sitio, un cálculo de la extremidad del uréter, y aunque no se haya divulgado, creemos nosotros que reúne algunas ventajas para abordar el uréter por dicho sitio. Por de pronto el traumatismo operatorio es mucho menor que por las vías ilíaca, intra-vesical y para-vesical, aparte de la mayor benignidad que tienen siempre las operaciones por vía perineal. Por otra parte, el estudio que nosotros hemos realizado sobre las aponeurosis pelvianas y sobre la topografía del periné y suelo de la pelvis, nos servirá muy bien para reglamentar los tiempos operatorios con el finde abordar el uréter por dicho camino” (Figura 22).

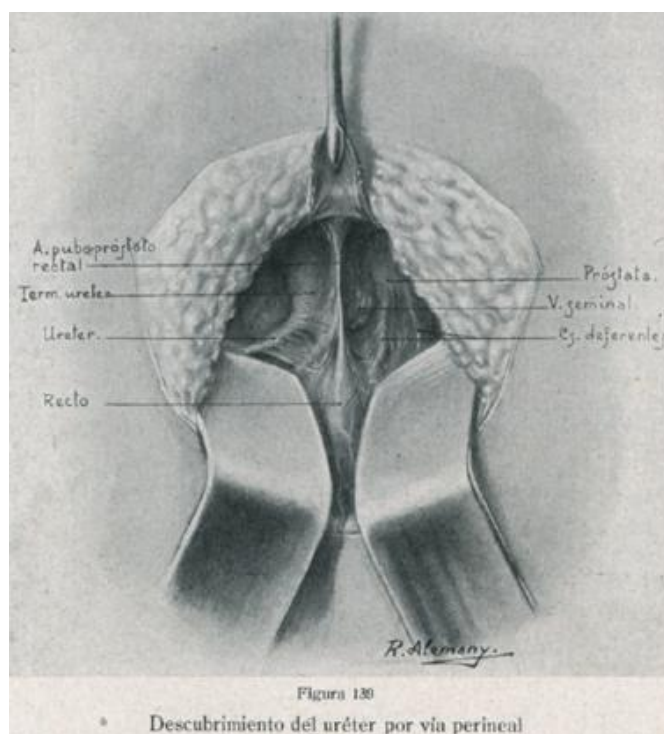


Figura 22. Abordaje del uréter vía perineal.

Por contraste, no recomienda el abordaje transvaginal en la mujer aunque lo describe: “La vía vaginal, abriendo el fondo de saco anterior con el fin de encontrar el uréter cuando camina en el espesor del tabique véscico-vaginal, puede ser utilizado solamente cuando se encuentra un cálculo formando prominencia en dicho sitio, pues en los demás casos es bastante difícil de encontrar el uréter. Aun en los casos de cálculos existe el serio peligro de una fístula urétero-vaginal”. Para el abordaje del uréter intramural describe en detalle la vía transvesical mediante la clásica “talla hipogástrica”.

Sobre el uréter se describen las siguientes operaciones:

- Ureterotomía externa e interna
- Ureterolitotomía
- Ureteroplastia
- Ureterectomía (parcial y total)
- Nefroureterectomía total
- Ureterorrafia término-terminal
- Ureterorrafia término-lateral por invaginación
- Ureterorrafia látero-lateral
- Ureterorrafia término-terminal por invaginación.
- Ureterostomía temporal y definitiva.
- Uretero-cisto-neostomía.

La ureterotomía tiene su indicación en la exploración del uréter. La ureterolitotomía establece la extracción quirúrgica de cálculos del uréter, obligada en cualquiera de las 7 condiciones siguientes: "1º Cuando el cálculo es demasiado grande para salir por las vías naturales, tal como... del tamaño de una aceituna o hueso de dátil...2º Cuando amenaza destruir rápidamente el riñón, por los fenómenos de obstrucción ureteral y dilatación por encima. 3º Cuando el cálculo se encuentra enclavado desde algún tiempo, aunque no ocasione dolores ni accidentes. 4º Cuando la radiografía demuestra que el cálculo se encuentra con el eje mayor orientado en sentido transversal, es decir, internado probablemente en un divertículo ureteral. 5º Cuando el cálculo ocasiona cólicos violentos, especialmente si son muy continuos o bien produce crisis de hidronefrosis o pionefrosis...si no ha cambiado de sitio, la indicación operatoria se plantea más rápidamente... 6º Cuando sobrevienen fenómenos de infección... renal evidente, la indicación operatoria se plantea rápidamente. 7º Si la cistoscopia demuestra que no sale orina por el orificio ureteral correspondiente". Por contra, no indica la cirugía las siguientes condiciones: "1º...cálculos son de pequeño tamaño, tal como un grano de trigo, llegando hasta una pepita de naranja...2º Si el enfermo ha expulsado otros cálculos, especialmente si...son de tamaño parecido...3º Si los cálculos...tienen...tendencia a descender...se deslizan". Ilustra esta sección con radiografía y el correspondiente cálculo una vez extraído (Figura 23). Para el cierre de la ureterotomía recomienda dejar abierta la incisión: "La sutura ureteral no es imprescindible para cerrar las heridas del uréter, y si para cerrar el uréter tenemos que comprometer extraordinariamente sus paredes y disminuir su luz, nos contentaremos con aproximar los tejidos peri-ureterales, dejando cerrar secundariamente dicho conducto alrededor de la sonda ureteral".

La ureterectomía total la centra sobre uréteres remanentes patológicos después de nefrectomía. La parcial la indica en tumores limitados, fístulas urinarias y estenosis donde es posible la reconstrucción del uréter. El capítulo de nefroureterectomía, muy breve, queda circunscrito a las patologías que afectan al riñón y la vía urinaria, que Serés sitúa en la tuberculosis.

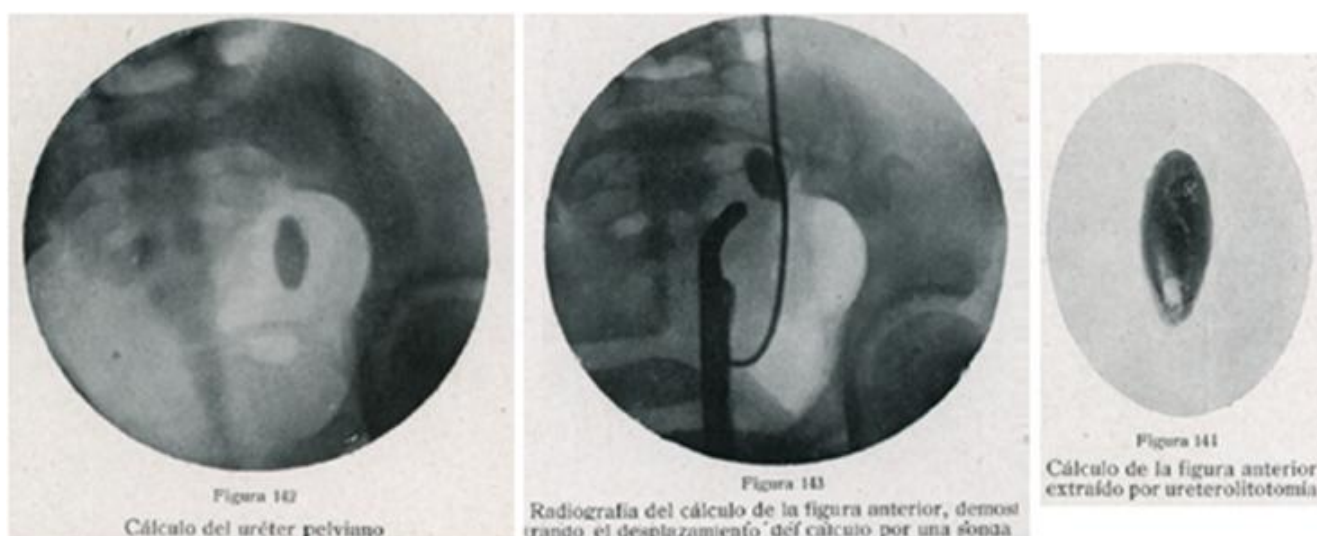


Figura 23. Radiografía de cálculo pelviano izquierdo (izquierda), comprobación de movilidad con catéter (centro) y calculo una vez extraído por ureterolitotomía (derecha).

A continuación, describe una serie de técnicas de ureterorrafia (Figura 24), es decir de anastomosis uretero-ureteral, prefiriendo siempre un reimplante: “Siempre que sea posible realizaremos la implantación del extremo superior del uréter a la vejiga urinaria, pues el estudio lejano de los enfermos a quienes se ha practicado una u otra de dichas operaciones, ha demostrado que conserva mejor el funcionalismo del riñón una implantación del uréter en la vejiga urinaria que no las anastomosis ureterales”.

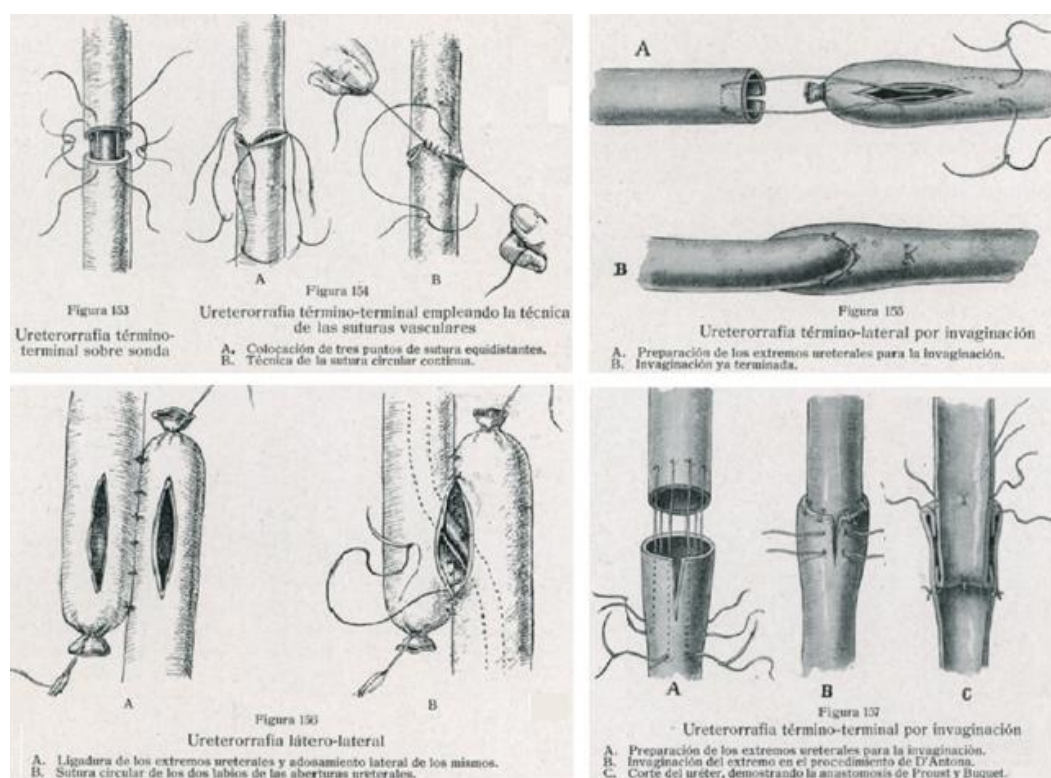


Figura 24. Técnicas de ureterorrafia.

El capítulo sobre “reimplantaciones ureterales” comienza de forma heroica estableciendo que: “El uréter puede ser implantado en los puntos siguientes: 1º En la piel; 2º En la vejiga urinaria; 3º En el intestino; 4º En la uretra; 5º En la vejiga; 6º En la vejiga biliar; 7º En el uréter del lado opuesto”; aunque aclara: “De estas implantaciones ureterales, las de técnica más factible son las tres primeras. Las demás son procedimientos técnicos de muy difícil realización o bien que no han salido todavía del campo de la experiencia”. Clasifica las reimplantaciones en ureterostomía (abocamiento del uréter a la piel) y urétero-cisto-neostomía (avocación del uréter a la vejiga). Para aquella comenta la problemática de situarla en la zona lumbar y la prefiere en zona ilíaca: “Con el fin de corregir los inconvenientes que presentaba la implantación clásica del uréter en la región lumbar, Legueu y Papin han defendido la implantación en la región ilíaca, por dentro de la espina ilíaca anterior superior. La sutura a piel no queda resuelta en la figura, quedando el uréter colgante e intubado (Figura 25).

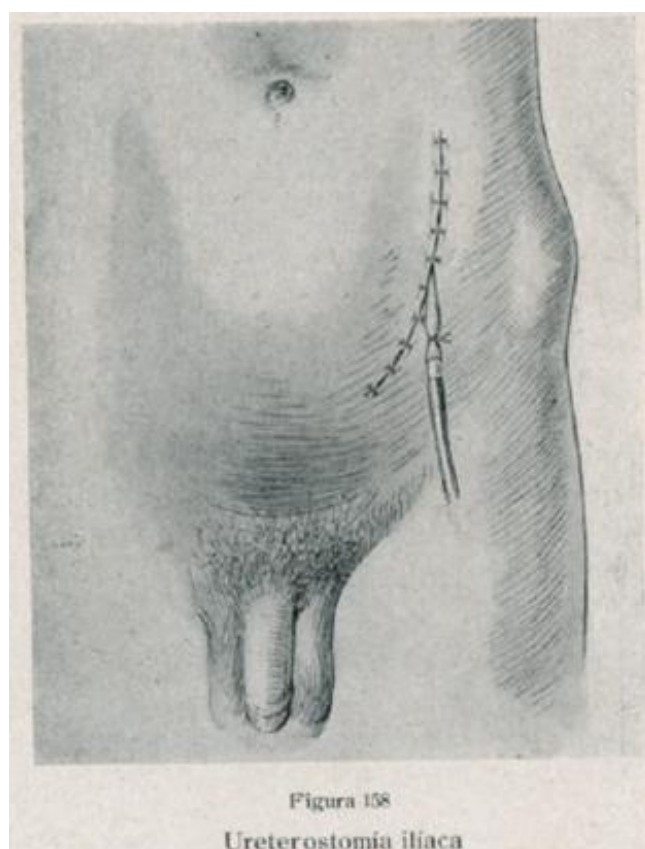


Figura 25. Ureterostomía cutánea a zona ilíaca.

Para los reimplantes a vejiga incluye las técnicas abdominales de Ricard, Lichtenauer o Boari que describe en detalle (Figura 26). Curiosamente en la técnica de Ricard recomienda: “El uréter será fijado a la vejiga urinaria mediante una doble corona de puntos de sutura entre cortada, practicados con seda blanda. Una primera corona unirá la túnica muscular, a nivel de

la abertura de la vejiga, a la cara externa del uréter. Estos puntos no serán perforantes para la mucosa vesical. Una segunda corona se aplicará un centímetro por fuera de la abertura vesical, con el fin de suturarla a la cara externa del uréter...Con el fin de que durante sus contracciones no se desprenda la vejiga, se fijará aquélla a la pared lateral de la pelvis o bien al peritoneo parietal, mediante uno o dos puntos de catgut grueso". Las imágenes de la parte dedicada al uréter incluyen 42 figuras (5 fotos), sin láminas. Una de las fotos en blanco y negro muestra una sección anatomopatológica del uréter

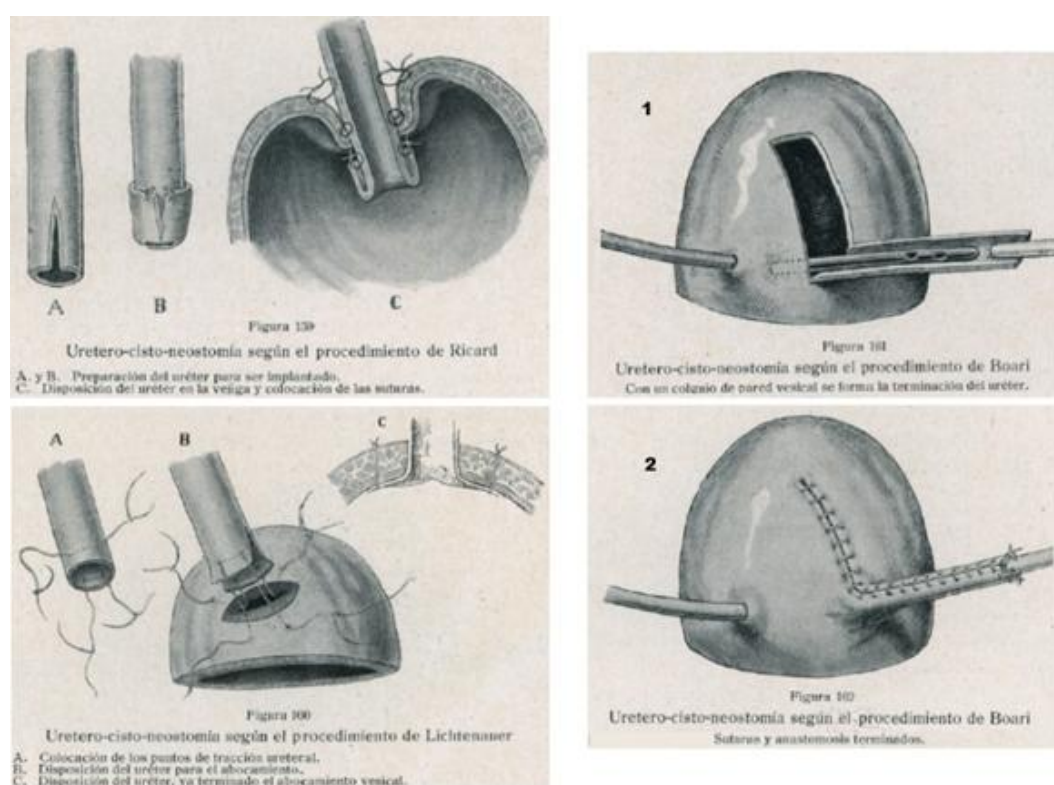


Figura 26. Técnicas de urétero-cisto-neostomía, Ricard (izquierda arriba), Lichtenauer (izquierda abajo) o Boari (derecha 1 y 2).

3.4. Operaciones sobre la Vejiga

En la parte anatómica describe con máximo detalle la estructura, relaciones, los espacios, láminas y vasos. La descripción de aponeurosis y espacios que rodean a la vejiga son desarrollados en detalle (Figura 27).

En este capítulo se extiende en la descripción de la innervación del órgano, exponiendo sus propios descubrimientos sobre el plexo simpático, hipogástrico y sacro, del que extraerá la descripción personal del ganglio vésico-renal (Figura 5), del que afirma: "Del ganglio vésico-renal arrancan también algunas ramas que, forman do parte de nuestro sistema de correlación nerviosa vésico-renal, se anastomosan con los nervios renales y se

distribuyen, por lo tanto, por la glándula renal”, constituyendo un “sistema nervioso de correlación vésico-renal” y añade: “Las ramas simpáticas forman parte del sistema de correlación descrito por nosotros con el nombre de sistema de correlación nerviosa vésico renal”, preocupándose de refutar su descubrimiento (siempre en plural mayestático) así: “Estas ramas, no dibujadas ni descritas en las obras de Anatomía antes indicadas, por nadie han sido mencionadas antes de nosotros. Ellas completan nuestro sistema de correlación y conducen influjos nerviosos que, procedentes de la vejiga urinaria, van a parar a la glándula renal, modificando su funcionalismo, conforme han demostrado los experimentos fisiológicos que hemos realizado con Bellido”, refrendándolo con el trabajo correspondiente (Serés y Bellido. Correlaciones funcionales en el aparato urinario, 1921) y la siguiente anotación a pie de página: “La Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona nos ha expedido un certificado en el que consta la prioridad de este descubrimiento”.

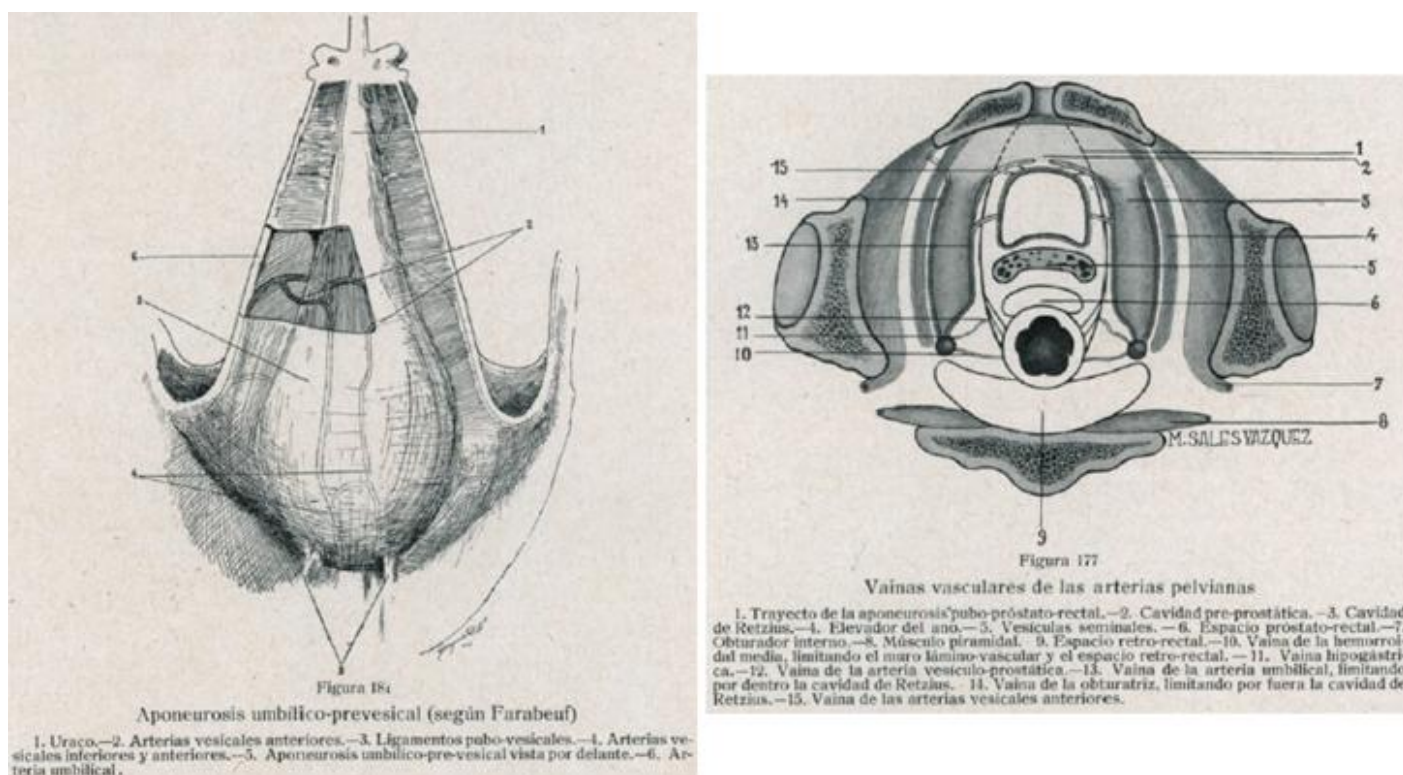


Figura 27. Algunos esquemas y dibujos de aponeurosis y espacios perivesicales.

A lo largo de su razonamiento reconoce la importancia no sólo de publicar los hallazgos sino de “dibujarlos”. Tal como hizo en la parte I de anatomía del riñón, describe los experimentos realizados para demostrar la interacción entre la función de la vejiga y la producción de orina por parte del riñón: “Las investigaciones que hemos realizado con Bellido (lo referencia a pie de página, ver en la discusión) han demostrado claramente que

los trastornos funcionales de la vejiga influyen sobre el funcionalismo del riñón, aumentando o disminuyendo la secreción de orina según la forma de la excitación procedente de la vejiga. Estas modificaciones funcionales sobre el riñón, producidas por excitaciones dadas de la vejiga, tienen lugar cuando el sistema de correlación antes indicado se conserva intacto, y en cambio, no repercuten las excitaciones vesicales sobre el funcionalismo renal o lo hacen muy tardíamente, cuando se han suprimido el ganglio o alguno de los otros tramos de nuestro sistema de correlación vésico-renal". No obstante, anteriormente reconoce que: "Sin embargo, las conclusiones a que podemos llegar no son probablemente definitivas. Con el fin de conocer mejor la innervación de la vejiga en el hombre, es conveniente que estudiemos resumidamente la innervación de la vejiga en el perro. Será conveniente también conocer la manera de distribuirse los nervios en el feto humano antes de estudiarlos en el adulto".

El capítulo quirúrgico comprende las siguientes operaciones:

- Talla hipogástrica.
- Cistostomía temporal y definitiva.
- Cierre de las fístulas vésico-vaginales.
- Cateterismo ureteral.
- Cistectomía parcial.
- Cistectomía total.
- Electrocoagulación a vejiga abierta.
- Punción de la vejiga.
- Tratamiento de la extrofia de la vejiga.
- Drenaje de la cavidad de Retzius.

Comienza con la vía de abordaje sobre la que afirma: "Si bien la vejiga puede ser abordada por su cara posterior y base, por medio de las tallas transperitoneal, rectal y perineal, bien sea ésta a través de la uretra prostática, siguiendo la cara posterior de la próstata, bien a través de ésta, sin embargo, la única región que hoy día se aborda es la cara anterior". Del instrumental destaca el separador de Legueu para abordaje hipogástrico (Figura 28). Deja patente que la anestesia para la cirugía vesical corría en ese momento a cargo de los urólogos:

"El silencio abdominal, es decir, la quietud en que se colocan los órganos abdominales y la abolición de las contracturas musculares, hace que la anestesia ideal para estas operaciones sea la raquí-anestesia. Nosotros la obtenemos por medio de 4 centigramos de estovaína con medio miligramo de sulfato de estricnina, inyectados entre las 12. vértebra dorsal y la 1ª lumbar. Si la operación ha de ser larga, será necesario aumentar aquella dosis en 1, 2 o 3 centigramos de estovaína, inyectados en el mismo sitio. Nunca difundimos extraordinariamente el líquido anestésico en el líquido céfalo-raquídeo, pues así la acción anestésica es más concentrada sobre las raíces nerviosas correspondientes. Por medio de una inyección subcutánea

preliminar de escopolamina morfina moderamos la impresionabilidad del enfermo, pudiendo disminuir las dosis de anestésico y trabajar con menor excitación del paciente. En igualdad de duración operatoria, tenemos que disminuir la dosis de anestésico en los enfermos muy viejos, debilitados o con taras orgánicas. En cambio, debemos aumentarla ligeramente en los sujetos muy robustos. Nunca debe rebasarse la dosis indicada... La anestesia epidural y los procedimientos anestésicos sobre las raíces nerviosas son mucho más complicados e inseguros”.

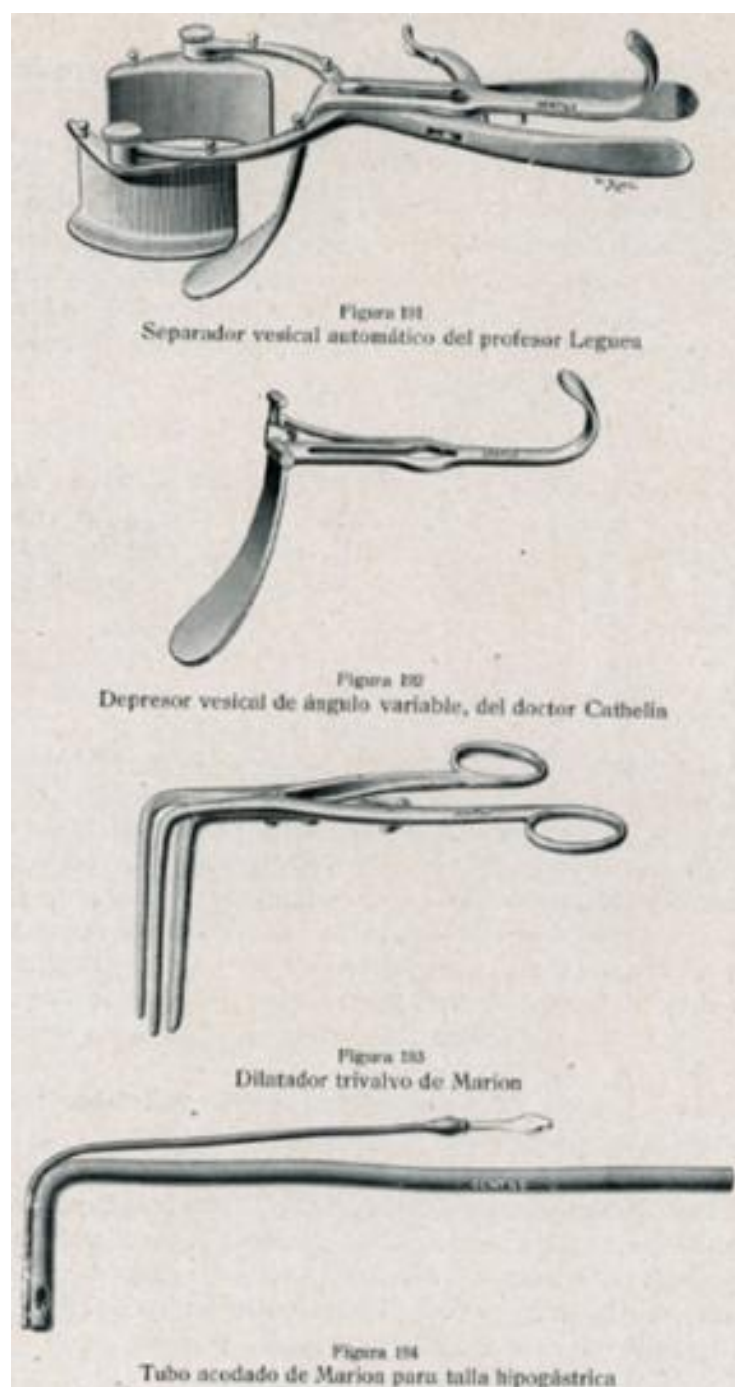


Figura 28. Instrumental para el abordaje hipogástrico de la vejiga.

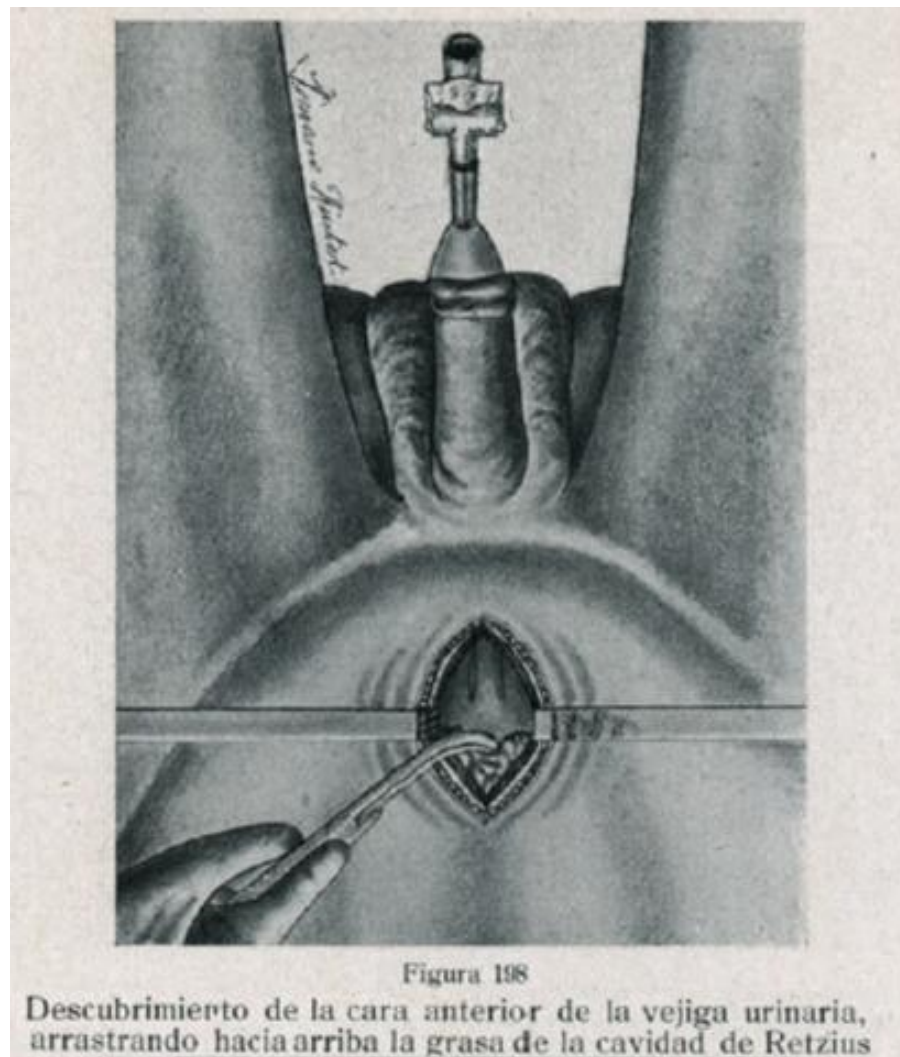


Figura 29. Instrumental para el abordaje hipogástrico de la vejiga.

Sobre la talla vesical, detalla los pasos (Figura 29): Fijación y vaciado de la vejiga: El contenido vesical se considera, por defecto, “séptico”, por lo que debe vaciarse antes de abrirla. Para evitar retracción hacia la pelvis: “Se colocan dos puntos de seda a cada lado de la línea media, o bien pinzas de Kocher largas. Los puntos deben ser firmes, pero no perforantes, para evitar derrame de orina. La abertura de la vejiga se realiza en sentido longitudinal, con bisturí dirigido hacia el pubis, exteriorizando los bordes por los hilos de fijación para evitar lesionar el peritoneo o que se derrame líquido hacia el espacio de Retzius”. Para el cierre establece tres escenarios: Cierre total de la vejiga y de la pared abdominal, con drenaje por uretra; sutura parcial de la vejiga con drenaje hipogástrico; y sin sutura vesical, dejando drenaje hipogástrico directamente. Cuando es posible el cierre completo de la vejiga: “...debe vigilarse muy bien el funcionamiento de la sonda permanente, con el fin de que no se obstruya y dilate la vejiga, ocasionándose la desunión de la sutura vesical. Varias veces al día se harán pequeños lavados con 15 o 20 gramos de agua boricada para asegurar su funcionamiento. Se harán también dos lavados diarios con solución de

protargol o nitrito de plata al 1 por 1.000", mientras que cuando se deja una apertura vesical, recomienda el empleo del tubo hipogástrico de Marion, dotado de dos vías (Figura 30): Si el funcionamiento del tubo hipogástrico es perfecto y no hay infección al rededor del mismo, puede conservarse 6 u 8 días. En caso de necesidad, se sacarán los puntos de sutura de su al rededor practicándose drenajes con gasa y fomentos con agua oxigenada. Las curaciones deben hacerse entonces diariamente, retirándose 'en cada una de ellas el tubo de drenaje, con el fin de hervirlo y colocarlo en buena posición. El drenaje hipogástrico se prolongará hasta que el orificio cutáneo sea muy estrecho".

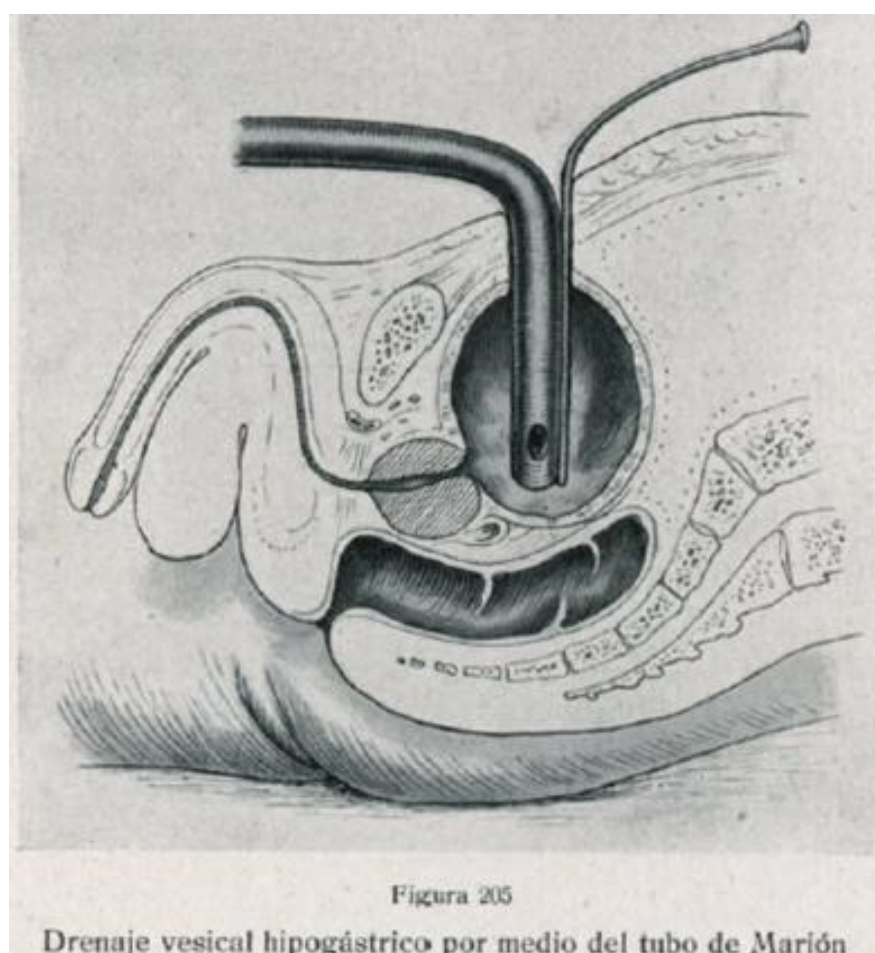


Figura 30. Tubo de Marion en el postoperatorio de la talla hipogástrica.

En el capítulo de fallos en la técnica, describe la apertura defectuosa de la vejiga, el hundimiento de los bordes, la hemorragia y la apertura peritoneal. Para evitar que falle la sutura vesical recomienda realizar sutura en dos planos (catgut profundo + refuerzo tipo Lembert) (Figura 31) y comprobar con inyección de líquido, colocando puntos complementarios si es necesario.

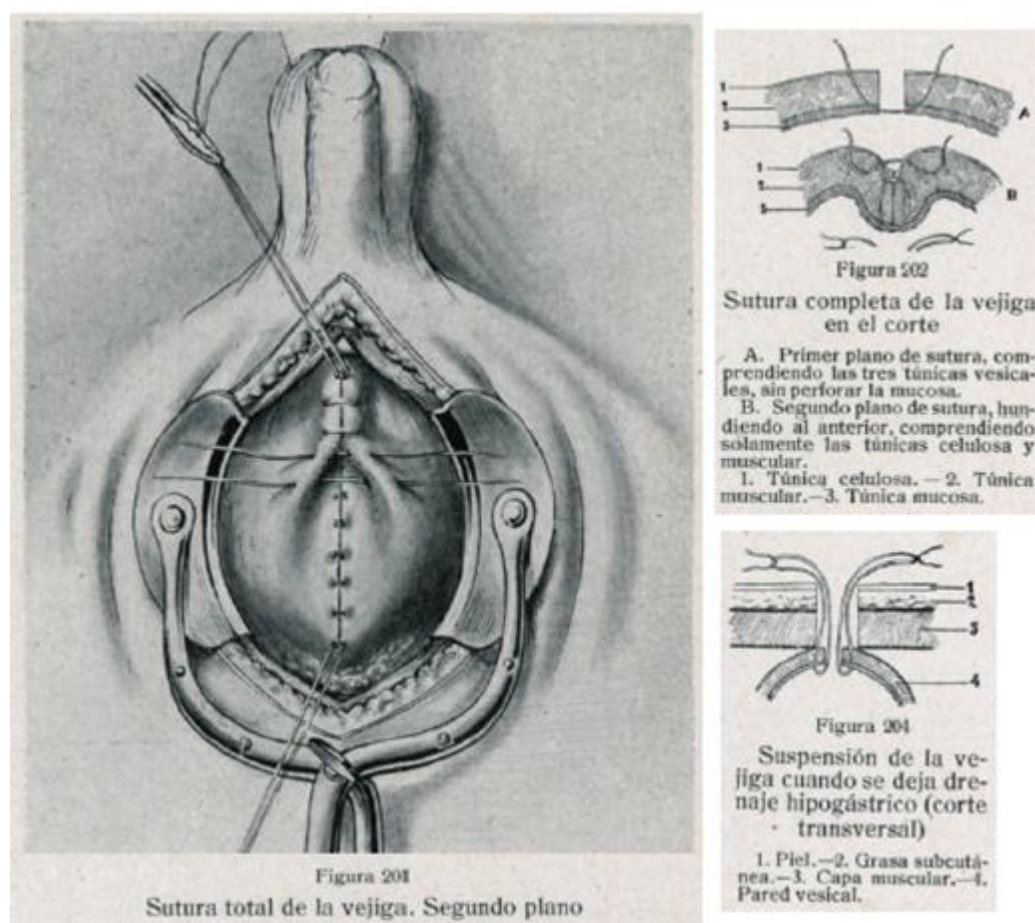


Figura 31. Cierre vesical en dos planos (izquierda) y otras técnicas de cierre simple (derecha arriba) y para cistostomía (derecha abajo).

En cuanto a la extracción de cálculos vesicales se muestra absolutamente partidario de la vía hipogástrica: “Los cálculos vesicales deben ser extraídos por talla hipogástrica cuando no pueda aplicarse a los mismos la litotricia ni puedan ser extraídos por las vías naturales”. Establece 11 indicaciones: 1. Cálculos voluminosos. Al pasar de 5 centímetros de diámetro no puede sufrir la litotricia; 2. Cálculos diverticulares; 3. Cálculos engastados en la pared de la vejiga; 4. Cálculos demasiado duros; 5. Cálculos desarrollados alrededor de un cuerpo extraño, especial ente si éste es de naturaleza metálica; 6. Cálculos uretro-vesicales, formando reloj de arena; 7. Los cálculos situados en la uretra prostática pueden ser también extraídos por talla hipogástrica; 8. Cálculos acompañados de gran infección de la orina; 9. Cálculos situados en una vejiga urinaria de poca capacidad; 10. Cálculos con hipertrofia de la próstata; 11. Aparte de las indicaciones anteriores, el estado de la próstata o bien de la uretra, no permitiendo el paso de un litotritor.

Para los cálculos grandes y pegados a la mucosa recomienda: “Previamente tiene que hacerse sufrir al cálculo una versión, exactamente igual que el feto en el interior del útero. En esta forma se colocará el cálculo con

su extremo superior hacia la pared anterior de la vejiga, con el fin de que pueda salir por una punta. Colocado en esta posición debe desprenderse la mucosa vesical si está pegada a la superficie del cálculo, y entonces podrá salir con más facilidad y una abertura menor. Para hacer presa sobre estos cálculos debe utilizarse una tenaza muy grande y, en el momento de extraerse, rechazar hacia adentro la mucosa vesical, cuya abertura va engatillando al cálculo”.

Cuando hay una fracción del cálculo en uretra prostática y no sube a vejiga: “Para esto emplearemos una tenaza curva de bocados pequeños, como la que se utiliza para la extracción de cálculos del riñón. Fijo el cálculo en la uretra prostática, en forma que no pueda escurrirse hacia adelante, por medio del dedo índice de un ayudante introducido en el recto, dirigiremos la pinza cerrada hacia el cuello de la vejiga, hasta penetrar en la uretra prostática y encontrar el cálculo. Abriendo la pinza haremos buena presa sobre el cálculo para ser arrastrado hacia la vejiga y extraerlo por el hipogastrio”. A continuación, define la cistostomía temporal o definitiva y presenta su dispositivo de diseño personal (Figura 32)

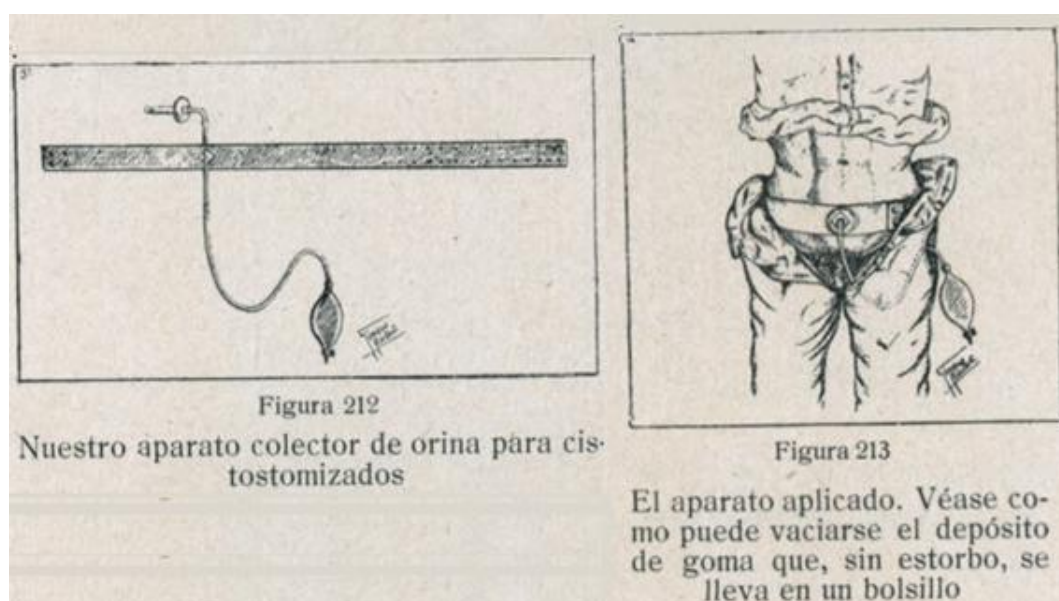


Figura 32. Cierre vesical en dos planos (izquierda) y otras técnicas de cierre simple (derecha arriba) y para cistostomía (derecha abajo).

Respecto a la reparación de fístula vésico-vaginales recomienda la vía hipogástrica y una técnica de disección de bordes y cierre en varios planos (incluso tres en vagina): Debe procurarse que la coaptación sea perfecta, en forma que no haya rezumamiento sanguíneo”. Al final recomienda: “...colocaremos una sonda de Pezzer, no haciendo por la misma lavados que distiendan las paredes de la vejiga, con el fin de evitar la desunión de las suturas. Se procurará solamente que la sonda funcione bien”. En el capítulo

de cistectomía parcial muestra el instrumental (Figura 33) y establece la indicación en los tumores vesicales no tributarios de tratamiento endoscópico, al que reconoce el mayor protagonismo: “Si bien la electro-coagulación es el tratamiento de elección en los papilomas de la vejiga...la extirpación... por talla hipogástrica tiene su indicación en los siguientes casos... 1º En los grandes papilomas vesicales, de los cuales puede decirse que son cánceres en miniatura. 2.º En los papilomas inaccesibles al cistoscopio operador, especialmente los que se encuentran al rededor del cuello de la vejiga y sangran al paso de los instrumentos”.

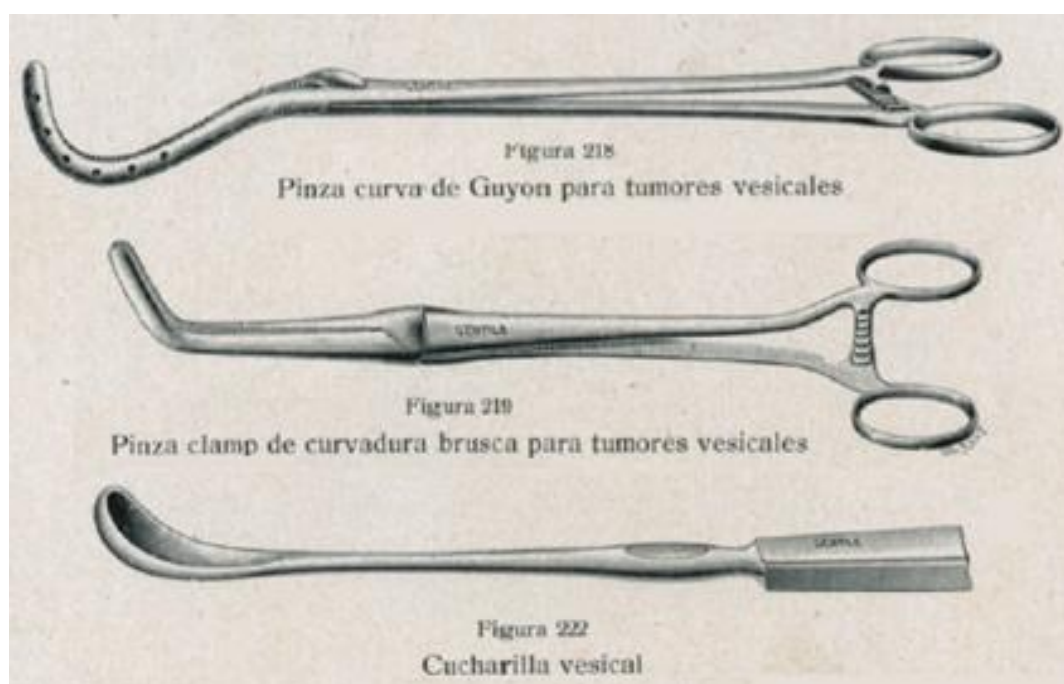


Figura 33. Cierre vesical en dos planos (izquierda) y otras técnicas de cierre simple (derecha arriba) y para cistostomía (derecha abajo).

A continuación, describe la cistectomía total, indicada sobre todo en casos oncológicos. La técnica la divide en tres pasos con abordaje doble para liberar la vejiga (por vía abdominal transperitoneal) y la próstata y las vesículas seminales (por vía perineal) siguiendo después con el abocamiento a la piel de los uréteres (después de su anastomosis).

Seguidamente comenta la “electrocoagulación de papilomas vesicales por vía abierta”. Establece las indicaciones (papilomatosis) y describe el instrumental necesario (electrodo, placa, mango, pedal), así “El cirujano podrá coger este electrodo por el mango con una gran compresa esterilizada y manejarlo por fuera de la cavidad vesical; aplicando el electrodo en el sitio correspondiente de la vejiga”. Respecto a un posible tratamiento de la próstata advierte: “La electrocoagulación por vía hipogástrica de los adenomas prostáticos, hasta destruirlos totalmente, no reúne ventajas sobre la

enucleación del adenoma, a pesar de los perfeccionamientos técnicos e ingeniosos del doctor Camiña (de Bilbao)". Aquí no aporta imágenes.

A continuación, se refiere ampliamente a la cirugía de la extrofia vesical, de la que afirma: "se acompaña de lesiones anatómicas tan profundas, que una reconstitución fisiológica de las vías urinarias es completamente imposible" y cita de nuevo a Albarrán con esta frase literal: «Entre los procedimientos operatorios ideados por varias generaciones de cirujanos, no existe ninguno que permita la curación completa de la enfermedad». Se refiere al recurso de extirpar la vejiga (placa) y abocar los uréteres a la piel o coloca nefrostomías, pero recomienda otras opciones que muestran el avance hacia los conceptos actuales de reconstrucción de la extrofia vesical:

"Entre los procedimientos modernos, el que parece reunir más fama es el de Maydl, que consiste en trasplantar completamente el trigono de la vejiga extrofiada a la S ilíaca, con lo cual se consigue una perfecta derivación de orina hacia el intestino, evitándose así la necesidad de un aparato colector... la ampolla rectal, cerrada por el esfínter del ano, ejerce el papel de aparato de cierre a la orina, y por fin, encontrándose los uréteres con la defensa que normalmente tienen en el trigono contra la infección ascendente". Describe también otra opción: "El procedimiento de Heitz-Boyer y Hovelacque, muy bueno en su idea, tiene, sin embargo, el inconveniente de una técnica muy larga y complicada, haciendo falta cuatro operaciones para curar al enfermo. Consiste en aislar la ampolla rectal, formándose una cavidad independiente, perfectamente contentiva por el esfínter del ano, en la cual se abocan los uréteres".

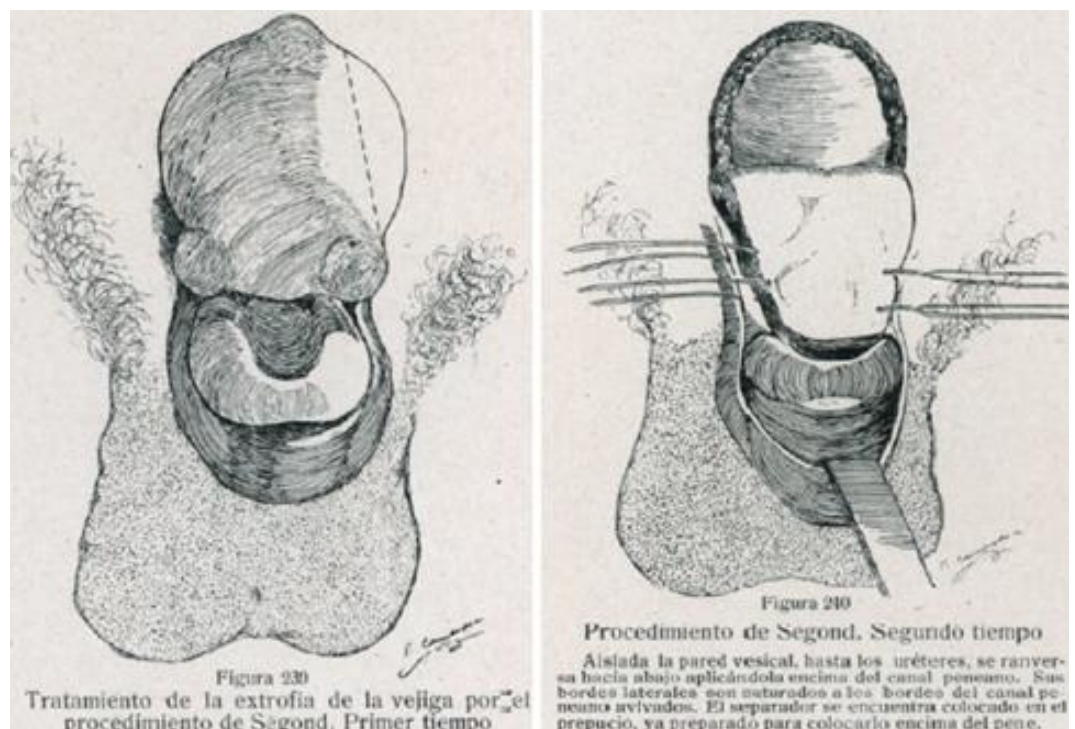


Figura 34. Técnica de Segond para la reconstrucción de la extrofia vesical.

Pero es la técnica de Segond (Figura 34) la que recomienda como más adecuada dada su “benignidad en su técnica operatoria” y buenos resultados: “Es un procedimiento autoplástico en el que se utiliza la pared misma de la vejiga para formar la pared anterior de la cavidad vesical. Por lo tanto, es una autoplastia muco-mucosa” y que incluye la plastia del pene: “El semiprepucio forma una bolsa por debajo del rudimento de pene. Las paredes de esta bolsa son atravesadas completamente por medio de una incisión transversal practicada con el bisturí, a nivel de su inserción por debajo del glande. El prepucio, sostenido solamente por dos pedículos laterales, será volteado hacia el dorso del pene, haciendo pasar el glande a través de la abertura que hemos practicado en el prepucio”.

El siguiente capítulo versa sobre la litotricia vesical, con una muestra limitada al litotriptor roscable de bocado (Figuras 35 y 36) propio de las técnicas “ciegas” de litofragmentación: “Cada litotritor se compone de dos ramas, acodada en su extremidad vesical; una de ellas es hueca, se le llama rama hembra. En el interior de ésta se desliza la otra rama, que es maciza y se le llama rama macho. La parte acodada se llama bocado y entre ellos queda comprimido el cálculo en el momento de la pulverización”. Ofrece un amplio muestrario de instrumental del catálogo de la casa Gentile (Figura 35).

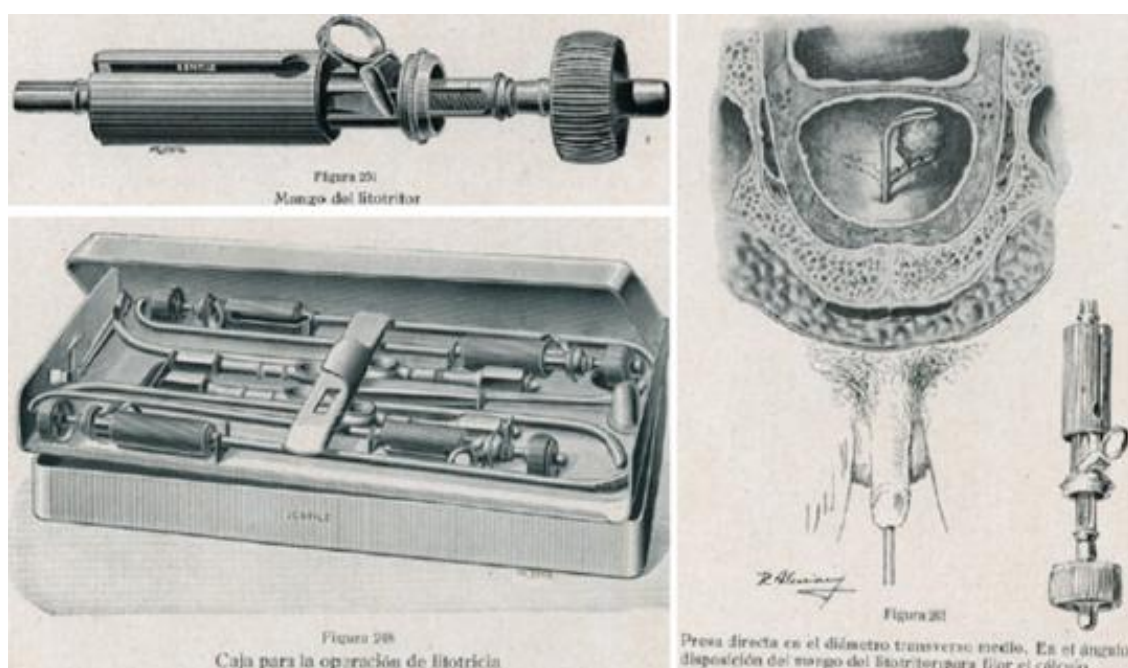


Figura 35. Litotriptor roscable a dos ramas y sus accesorios, incluido martillo, en la caja de la casa Gentile (izquierda) y técnica de presa directa sobre el cálculo (derecha).

Asimismo, explica la técnica para situar el cálculo entre las ramas y procede a su “fragmentación” por compresión mecánica (Figura 36), con múltiples consideraciones al respecto: “Los bocados cortos son más fáciles

de manejar en el interior de la vejiga que los bocados largos. En cambio, los litotritores de bocados largos son más potentes y se utilizan para romper las piedras más duras”.

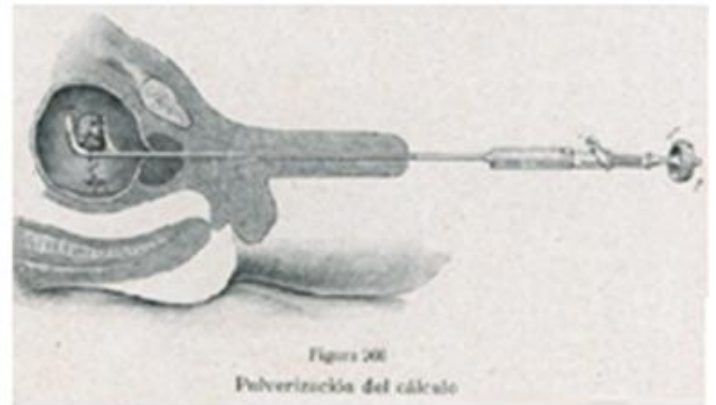
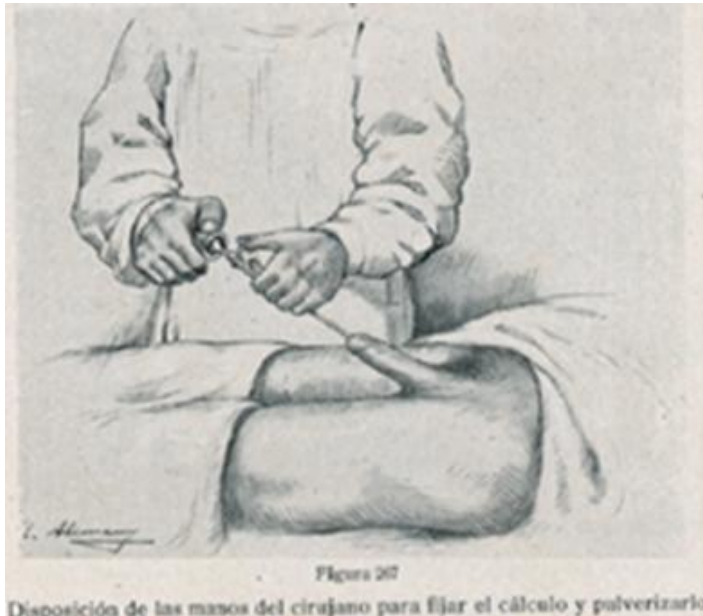


Figura 36. Situación del urólogo respecto a la litotricia (izquierda). Momento de la fragmentación (derecha).

Analiza las distintas complicaciones (hemorragia, pellizcamiento y perforación vesical, obstrucción uretral por fragmentos) y las averías de los litotriptores, incluida la imposibilidad de cierre y, por lo tanto, de extracción: “El litotritor no puede ser extraído por la uretra a causa de las rasgaduras uretrales que produciría, habiendo necesidad de practicar la talla hipogástrica. En este caso, el mango del litotritor será cortado lo más cerca posible de la sínfisis pubiana y el pico será extraído por talla hipogástrica, imprimiéndole movimientos a propósito”. Las distintas complicaciones infecciosas son analizadas al final del capítulo. Respecto a la anuria: Cuando la anuria se presenta, además de administrar al enfermo los medios internos ordinarios, se practicará la distensión de la vejiga en la forma indicada Por nosotros, o bien el cateterismo ureteral si aquélla no acede con la medicación interna. En caso de necesidad, se practicará la nefrotomía”.

Para la extracción de fragmentos recomienda bombas de succión, como la de Duchastelet (Figura 37) o la jeringa de cristal y apliques metálicos. La mayor parte de los epónimos que aparecen en la obra, y sobre todo los de material quirúrgico, son de origen francés, lo que corresponde a la preponderancia de la escuela francesa en la medicina del siglo XIX y primer tercio del siglo XX.

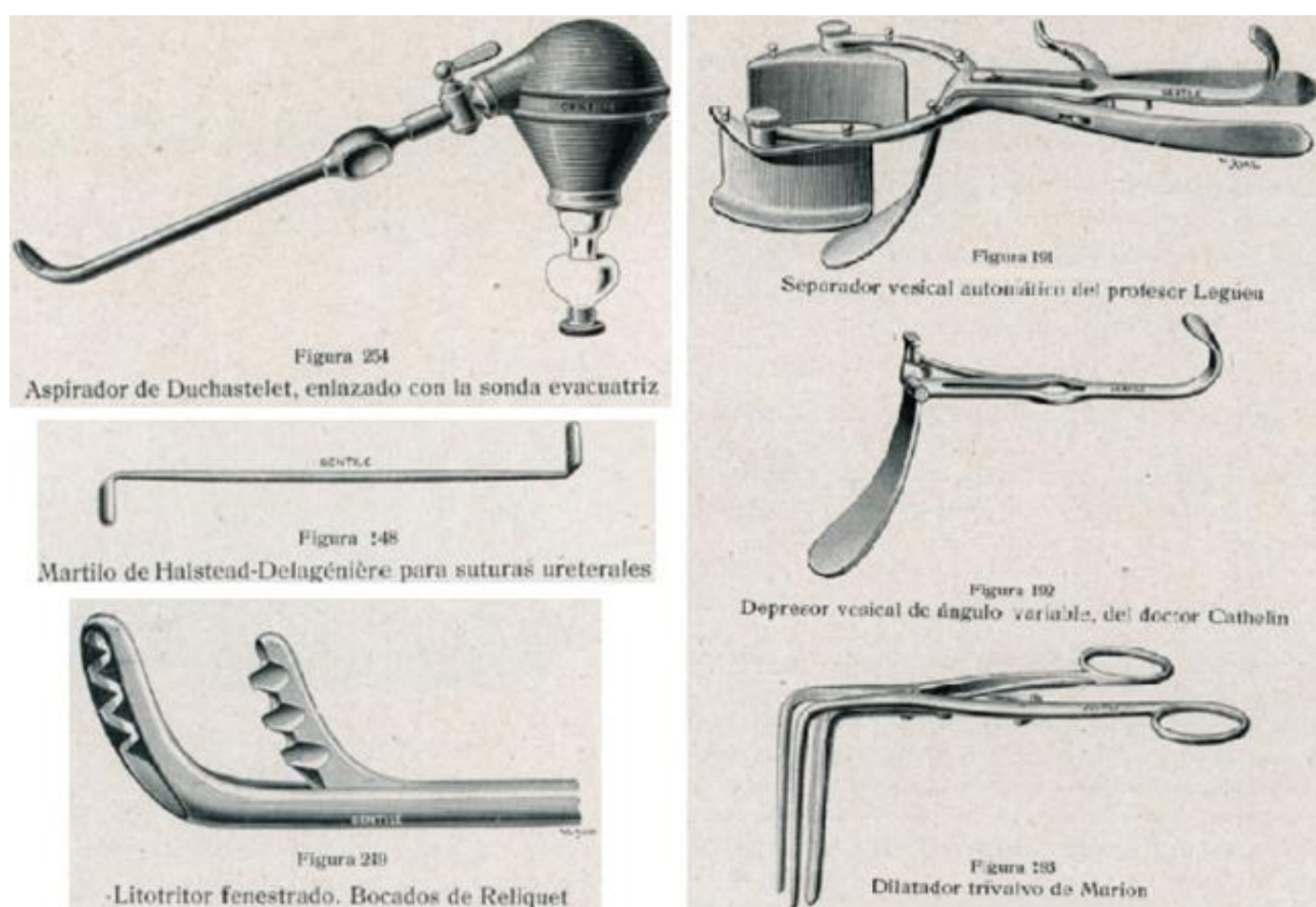


Figura 37. Accesorios con epónimo francés.

Sobre la anestesia tópica de la uretra y vejiga dice: “Debe utilizarse solamente cuando la vejiga no está inflamada, cuando no se encuentra solución de continuidad en la uretra y vejiga y las maniobras operatorias han de ser de poca duración. Emplearemos la solución de cocaína en la forma siguiente: Clorhidrato de cocaína 1 gramo, Clorhidrato de morfina 1 centigramo, Agua destilada y esterilizada. 25 gramos. De esta solución instilaremos una tercera parte en el trigono vesical, otra tercera parte en la uretra prostática y el resto en la uretra anterior, cerrada con un compresor uretra. La anestesia tiene lugar a los 15 o 20 minutos. Con el fin de completar la anestesia local, es conveniente introducir en el recto un supositorio de morfina y belladona (cita un artículo de Pavone)”.

Cambiando completamente de tema, incluye un apartado sobre cirugía endoscópica vesical. Comienza con la “Electrocoagulación cistoscópica”, es decir las aplicaciones de la endoscopia vesical, estableciendo las siguientes indicaciones: “1º Para la destrucción de los papilomas vesicales. 2º En el tratamiento de la tuberculosis reno-vesical. 3º En las malformaciones de la desembocadura del uréter y en los cálculos de este conducto. 4º En el tratamiento de algunas cistitis, especialmente ciertas categorías de cistitis crónicas”. Respecto a los papilomas restringe la endoscopia a los de pequeño

tamaño, señalando que: “Cuando el papiloma es muy voluminoso, es más conveniente su extirpación o destrucción por medio de la talla hipogástrica. Más tarde, el pedículo de implantación podrá ser tratado por medio de la electrocoagulación cistoscópica”. Sobre la tuberculosis vesical dice: “tiene indicación en el tratamiento de las ulceraciones de la vejiga que quedan después de haberse extirpado el riñón” y “Sirve también la electrocoagulación para destruir el edema que rodea al meato ureteral, antes de extirpar el riñón”. En cuanto al material necesario para la diatermia recomienda los de la casa “Heitz-Boyer (fabricado por la casa Drapier), el aparato de la casa Lowenstein, etcétera”. Como cistoscopios distingue el destinado al cateterismo unilateral y el “de Mac Carthy para la destrucción de los papilomas cervicales”. A continuación, detalla la técnica de electrocoagulación (Figura 38).

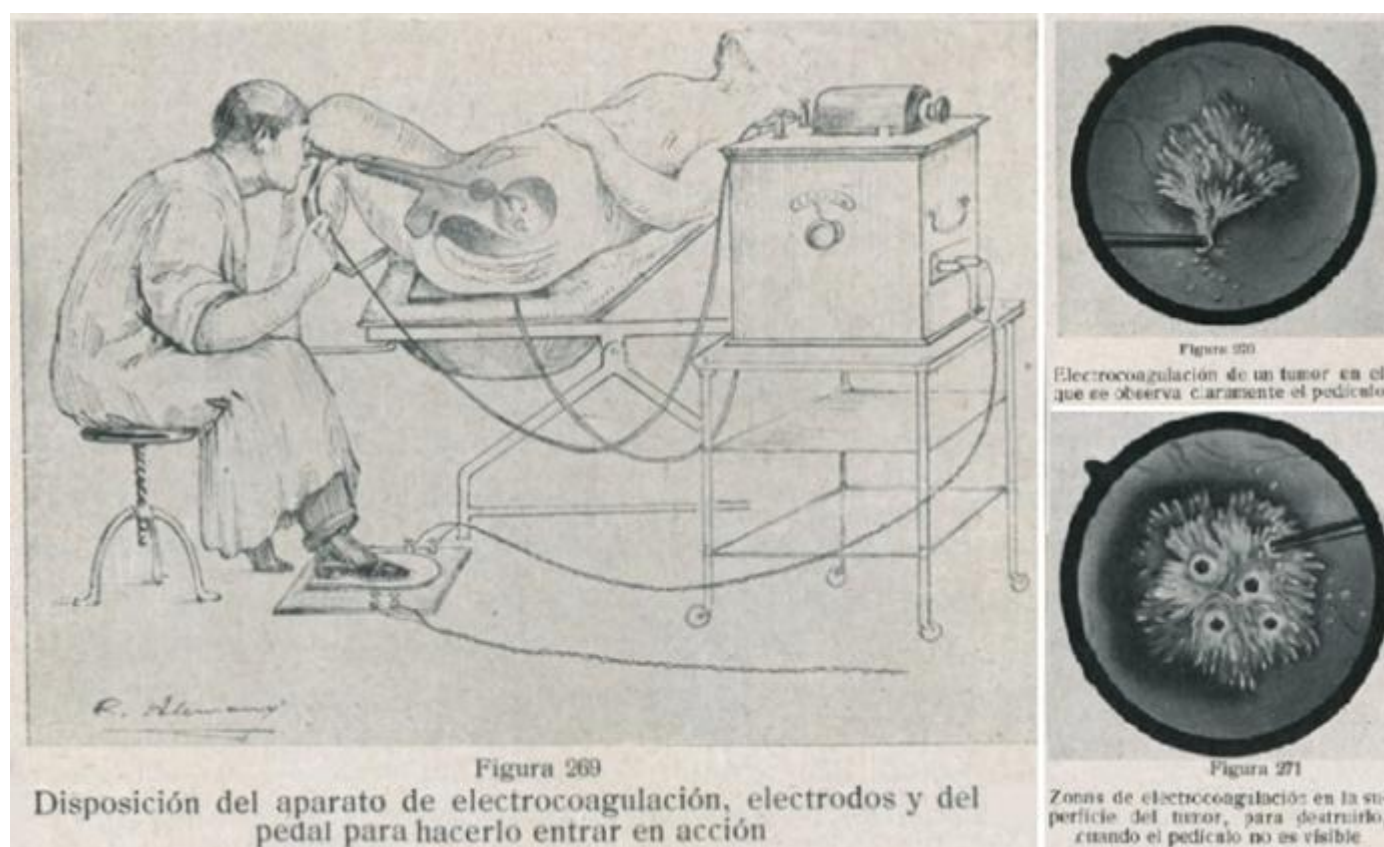


Figura 38. Escenario de la electrocoagulación endoscópica vesical (izquierda), técnica para lesión pediculada (derecha arriba) y amplia (derecha abajo).

Comienza: “Anestesiado el enfermo y lavada la vejiga, se introducirá el cistoscopio según las reglas ordinarias. Será fijado luego por medio del mango fijador, lavando la vejiga hasta que el líquido salga perfectamente limpio. Se lavará después con agua destilada tibia y se dejará llena con este líquido, en cantidad variable según la capacidad y sitio de implantación del tumor. No debe llenarse la vejiga con otros líquidos, con el fin de evitar

las acciones electrolíticas, que disminuyen el poder de las chispas destructivas". En cuanto a la cauterización distingue entre la técnica según se trate de tumores pequeños o grandes: "Cuando el pedículo es fácilmente visible, se dirigirá la acción destructiva contra dicho sitio durante bastante rato" y "Cuando las franjas del tumor son muy numerosas, es conveniente pasear primeramente el electrodo por la superficie del tumor con el fin de eliminarlas y entonces atacar más profundamente el cuerpo del papiloma". En cuanto al postoperatorio establece que: "Terminada la operación podrá el enfermo seguir sus ocupaciones si la sesión ha sido de poca duración, de 10 a 12 minutos, tiempo que duran las sesiones cortas, caracterizadas por la aplicación de varias puntas de fuego en una zona determinada del tumor. Si la sesión ha durado cerca de una hora, es conveniente que el enfermo se coloque en cama hasta el día siguiente". Para las úlceras tuberculosas recomienda utilizar bajas energías y que "Las sesiones pueden repetirse cada 15 días, y si una mejoría rápida no se obtiene desde las primeras sesiones, debe abandonarse este tratamiento". Incluye también la técnica para tratar las estrecheces del meato ureteral y las litiasis del uréter terminal: "haremos una raya de puntas de fuego por fuera y detrás del meato ureteral, siguiendo la dirección de la porción intraparietal del uréter" (Figura 39).

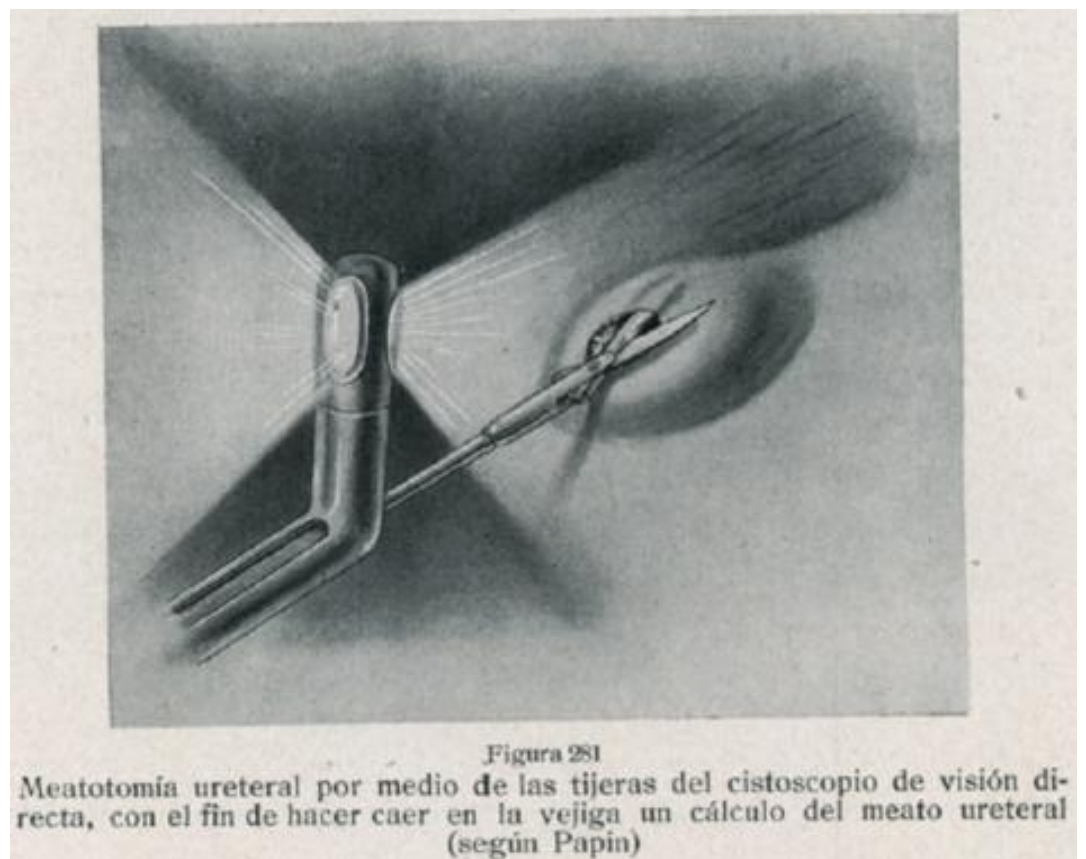


Figura 39. Extracción de litiasis ureteral mediante incisión con tijera endoscópica del uréter intramural.

A continuación, incluye un capítulo innovador sobre “aplicación de radium en la vejiga” para el tratamiento in situ de los tumores vesicales, según indicación de Hugh H. Young (1870–1945): “Nosotros para este objeto hemos ideado un aparato «porta-radio» con el fin de tratar los tumores de la vejiga. Consiste (fig. 273) en un tubo recto que presenta en su extremidad vesical un acodamiento parecido a un litotritor... Hemos ideado dos modelos de aparatos aplicadores de radio. Uno de ellos macizo y el otro hueco” (Figura 40).

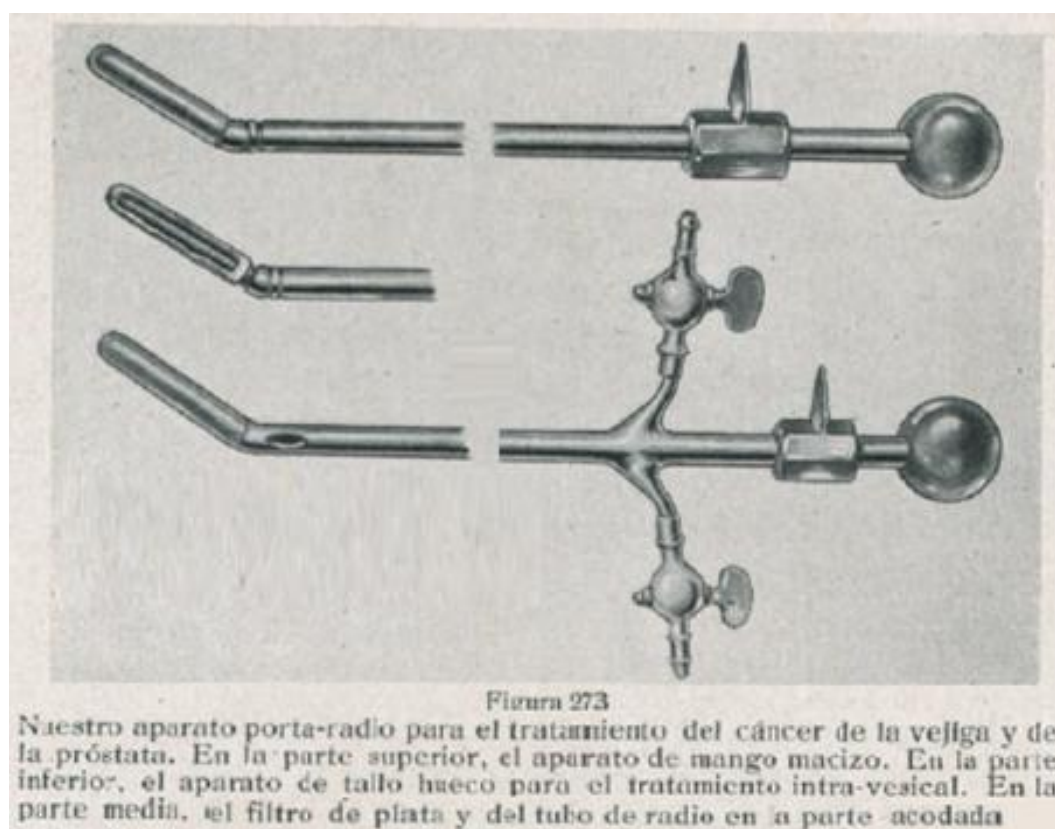


Figura 40. Aplicador de Serés para radioterapia intravesical.

Esta amplia parte termina con tres capítulos breves sobre extracción vía endoscópica de litiasis vesical y de uréter distal (con Balón de Jahr y de Nitze, o con aparato de Eynard-Genouville), cuerpos extraños vesicales, así como la técnica de “raspado vesical” para la “cistitis incrustada”.

Las imágenes de la vejiga corresponden a 124 figuras (11 fotos) y 3 láminas de tricromía a color. La iconografía del capítulo es la más abundante (124 versus 107 de uretra/pene y 96 de riñón), sobre todo a expensas del material y maniobras endoscópicas, con algunas figuras (realizadas con técnica de huecograbado) extraídas directamente del catálogo de la firma de material (probablemente 1921), cuyo logo troquelado aparece en cada dibujo (Figura 41).



Figura 41. Troquelado de la casa Gentile sobre instrumental tipo tenaza.

3.5. Operaciones sobre la Próstata

En la descripción anatómica de la próstata describe su morfología, topografía y constitución. En la morfología sigue un esquema clásico a base de conceptos de otras obras anatómicas, como por ejemplo la de su maestro Testut: “Esta disposición especial que tiene el esfínter estriado es debida, según la expresión de Testut, a que el anillo muscular que rodea a la uretra membranosa es insuficiente para rodear a los lóbulos prostáticos, y por esta razón estalla a nivel de su cara posterior. Sin embargo, según las investigaciones embriológicas de Hogge, la disposición en forma de arco la tiene ya el esfínter cuando rodea al seno uro-genital, antes que se desarrolle la próstata. Las fibras quedan detenidas hacia atrás a nivel del centrum, en donde parecen tomar inserciones” y algunos esquemas propios (Figura 42).

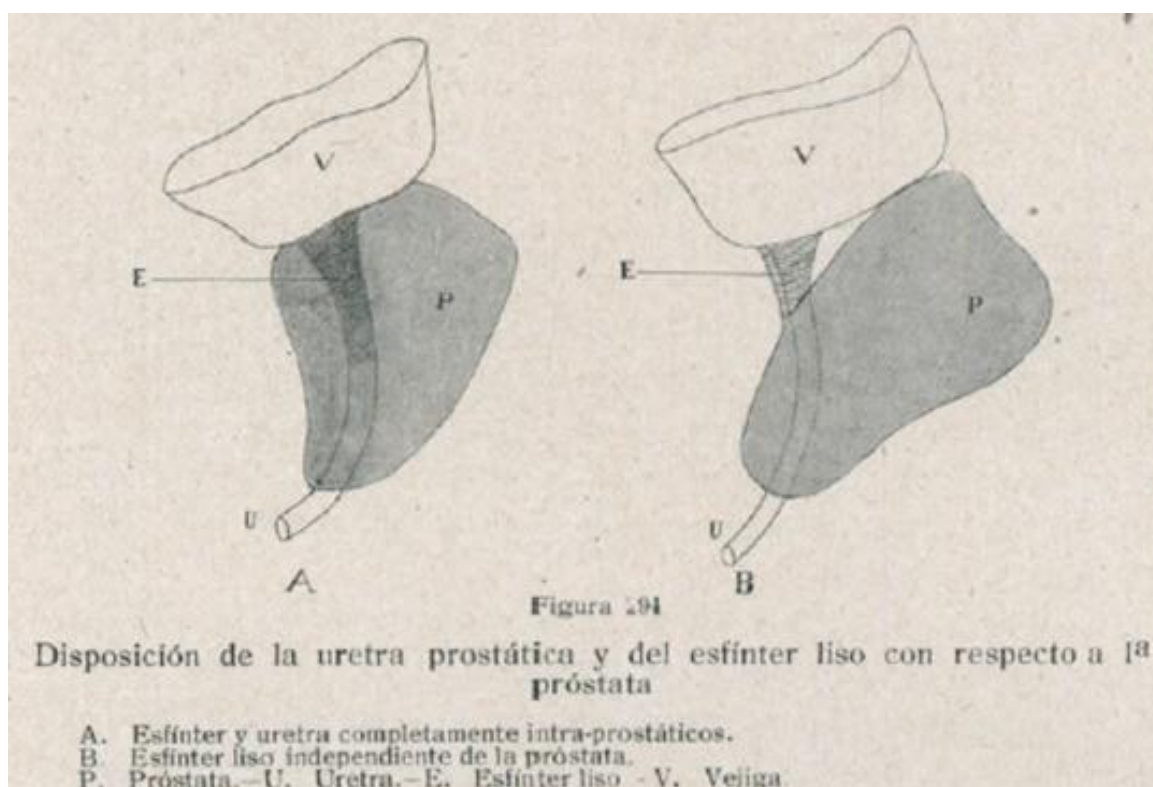


Figura 42. Disposición subcervical y subtrigonal de la próstata

Respecto a la disposición del tejido glandular distingue entre glándulas: posteriores, anteriores, supramontanales, verumontanales y propias de la próstata, a lo que sigue con la descripción del estroma fibromuscular. Todo ello le permite hacer una revisión sobre el origen de la hipertrofia benigna de la próstata: “Según la teoría de Motz y Perearnau, las glándulas normales que se desarrollan para formar la llamada hipertrofia de la próstata son exclusiva mente las glándulas peri-uretrales”, aunque advierte que “A excepción de Chevassu y de Englisch, que modernamente se esfuerzan en demostrar que la transformación adenomatosa puede recaer sobre las glándulas prostáticas propiamente dichas”, otros autores señalan otras posibilidades, así: “Tandler y Zuckerkandl, creen que el origen puede ser doble, peri-uretral y prostático propiamente dicho” y concluye que: “no todos los grupos glandulares peri-uretrales que hemos estudiado alrededor de la uretra normal participan en el desarrollo de la llamada hipertrofia de la próstata, que por su origen debe llamarse, pues, adenoma peri-uretral”.

A esta descripción Serés añade sus observaciones sobre piezas de adenomectomía (Serés no usa nunca este término sino “prostatectomía”) de su colección personal (Figura 43), asegurando que: “Los estudios operatorios muestran que los adenomas prostáticos, que en la mayoría de enfermos se enuclean, están formados por dos lóbulos, reunidos en la mayor parte de los casos, por un lóbulo medio que, a veces, puede nacer de uno de los laterales o bien constituir él por sí solo toda la hipertrofia de la próstata, el cual toma origen en la transformación adenomatosa de aquel grupo de glándulas subcervicales indicadas por Albarrán y Jores”.

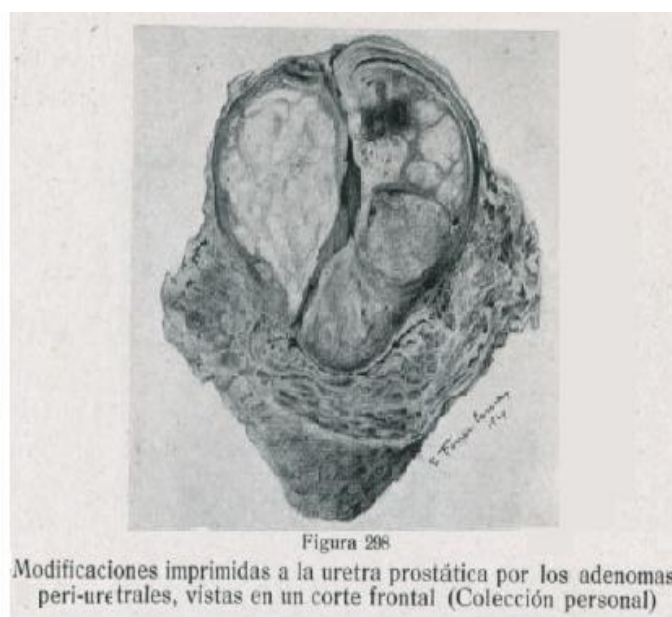
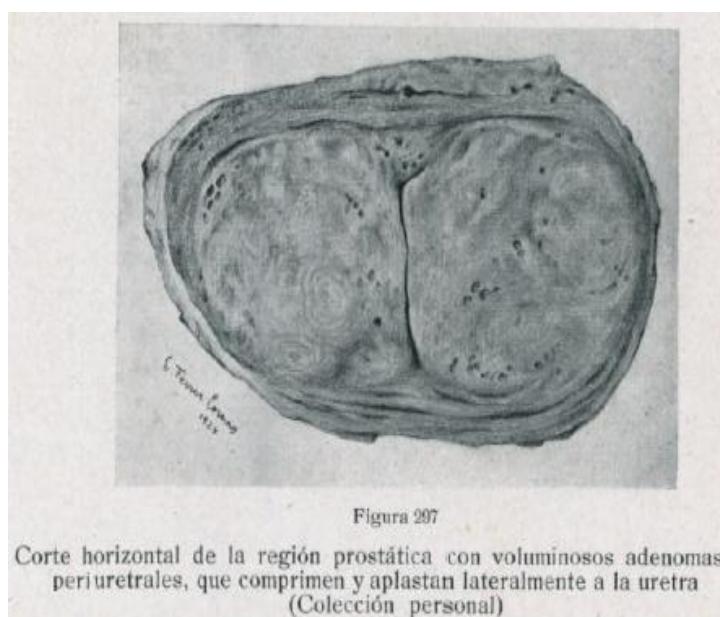


Figura 43. Disposición subcervical y subtrigonal de la próstata

En cuanto a la cirugía de la próstata incluye las siguientes técnicas:

- Prostatectomía perineal subcapsular.
- Prostatectomía perineal extra-capsular.
- Prostatotomía.
- Prostatectomía transvesical por adenoma.
- Prostatectomía trans vesical por neoplasia maligna.

Antes de la prostatectomía recomienda un lavado uretral y vesical “con solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 4.000, practicado por medio de una sonda bequille”. Para la prostatectomía perineal subcapsular entiende que corresponde a la cirugía del adenoma, aunque no figura en esta parte el habitual epígrafe de indicaciones, y se decanta por la vía perineal: “Muchos enfermos en los cuales se encuentra indicada la prostatectomía transvesical en dos tiempos, pueden ser operados mediante la prostatectomía perineal, pues siendo operación mucho más benigna que la trans vesical y efectuándose en ella un drenaje declive, la soportan perfectamente aquellos enfermos que no podrían resistir la prostatectomía transvesical en un tiempo” describiendo los sucesivos tiempos: Incisión cutánea, descubrimiento del bulbo y rafe muscular superficial, sección del rafe fibroso superficial y aislamiento del bulbo, sección del rafe fibroso profundo, sección del músculo recto-uretral, descubrimiento de la cara posterior de la próstata, enucleación del adenoma con sus correspondientes tiempos de cierre por planos y drenaje.

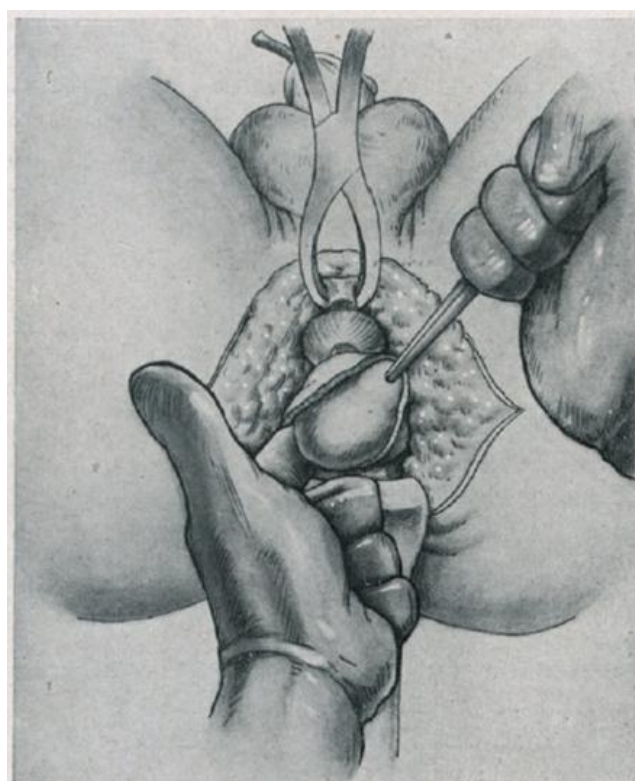


Figura 313

Enucleación de la mitad izquierda del adenoma

Figura 44. Disposición subcervical y subtrigonal de la próstata

En la enucleación distingue entre el procedimiento de Albarrán y Proust afirmando que no se efectúa “por enucleación, sino por despedazamiento de la próstata”, distinguiéndolo de la técnica de Young que “es una verdadera enucleación de los lóbulos prostáticos, en forma que se procura conservar los conductos eyaculadores” (Figura 44), que con la variante de Wildboltz mejora la continencia ya que “no se incide la uretra membranosa y, por lo tanto, queda íntegro el esfínter externo”.

Enumera los principales errores de la cirugía y las complicaciones. Sobre las fístulas urinarias perineales ofrece soluciones: “Si una vez cicatrizada la herida operatoria persiste la salida de orina por el periné, se dejará más tiempo la sonda permanente y se harán dilataciones con beniqués. Si con estos medios no se cierra la fístula, se practicarán cauterizaciones por medio de un estilete al rojo introducido por el orificio fistuloso o bien se avivará más profunda mente el trayecto fistuloso por medio de la cauterización con el termo-cauterio. En caso de necesidad, practicaremos la extirpación del trayecto, seguido de sutura del mismo y derivación por vía hipogástrica”.

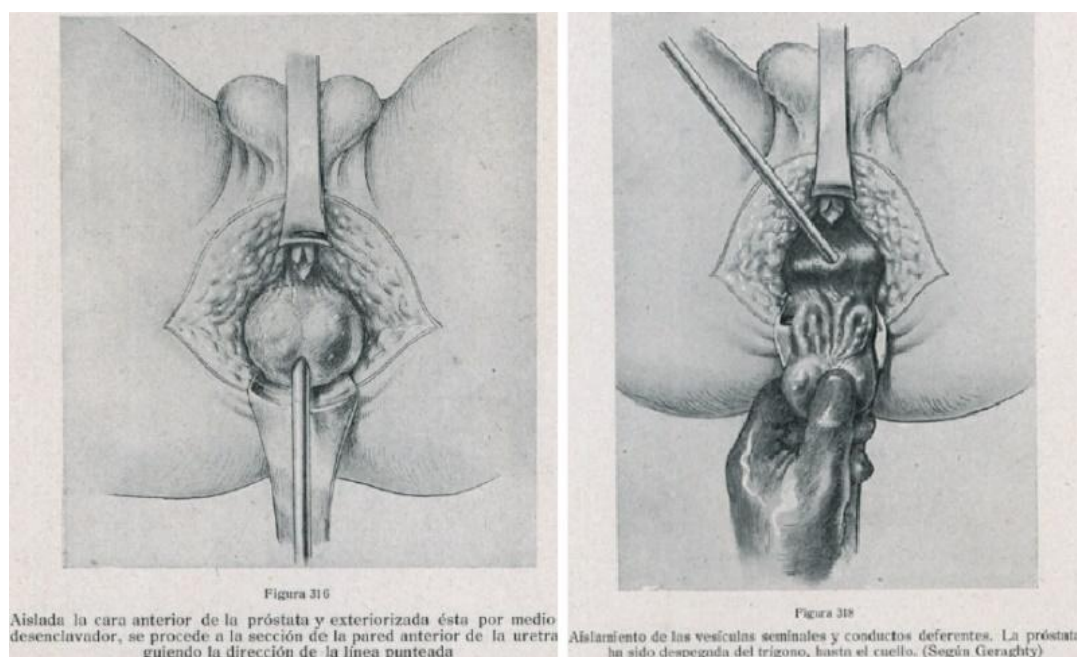


Figura 45. Tiempos de la prostatectomía extracapsular: Tracción con el desclavador (izquierda) y liberación de vesículas seminales (derecha).

Respeto a la prostatectomía perineal extra-capsular, la indica en “las neoplasia malignas”, estableciendo los siguientes tiempos: Incisión, abertura del espacio próstato-rectal y descubrimiento de la cara posterior de la próstata, introducción del desclavador, aislamiento de la próstata, sección de la uretra y descenso de la próstata, sección de la pared superior de la uretra membranosa, incisión peri-cervical de la vejiga, liberación de las

vesículas seminales y conductos deferentes (Figura 45), anastomosis uretro-vesical, sutura de cierre por planos y drenaje. Respecto al “desenclavador” afirma: “Abierto... en el interior de la vejiga y colocadas sus ramas en sentido transversal, se puede descender la próstata y hacer más visible su cara posterior, mediante los movimientos imprimidos a su mango”. Respecto a la prostatotomía la recomienda por vía perineal en casos de abscesos y litiasis prostática.

En lo referente a prostatectomía transvesical recomienda valorar el estado de la vejiga y los riñones antes de proceder a la cirugía. Si hay infección vesical la cirugía debe ser en dos tiempos, drenando primero (“cistostomía”) y abordando la próstata semanas después. Ocurre esto en los casos complicados con litiasis (Figura 46) o “cuando la prostatitis supurada se superpone al adenoma de la próstata”. Respecto a los riñones halla imprescindible conocer su funcionalismo: “Los mejores medios para reconocer el estado de la función ureica son el examen de la urea de la sangre y el estudio de la Constante de Ambard” y sentencia: “El examen de la función acuosa puede efectuarse sometiendo al enfermo al estudio de la poliuria experimental global...en todo caso, no debemos ejecutar la prostatectomía en los casos de retención clorurada intensa, especialmente si va acompañada de retención ureica”.

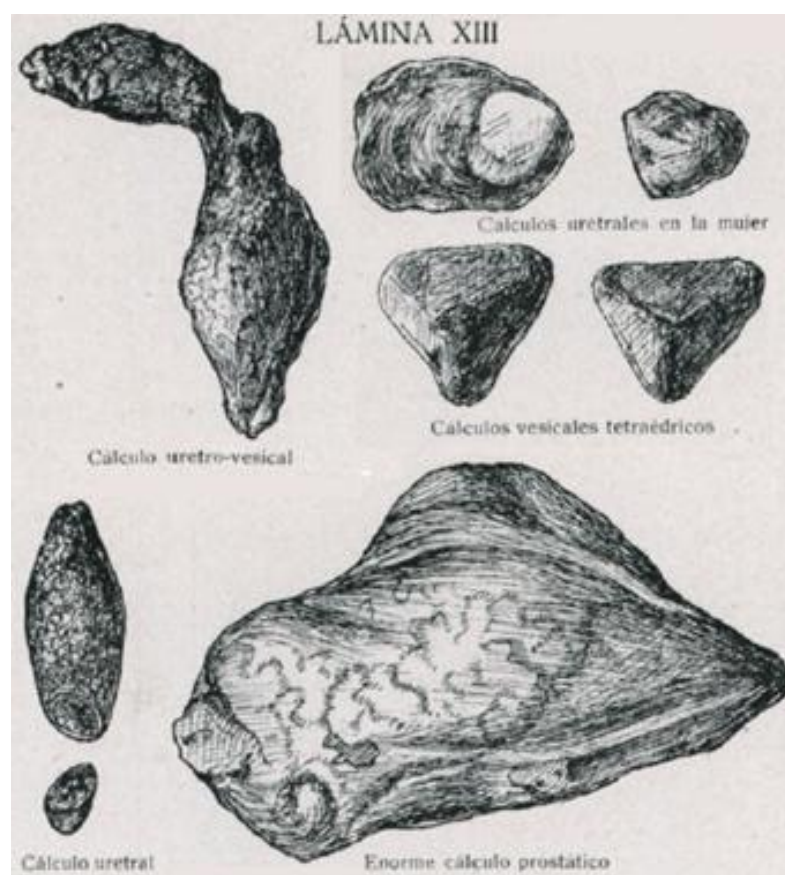


Figura 46. Cálculos obtenidos en el primer tiempo del abordaje suprapúbico.

Respecto a la cirugía, recomienda la técnica de Freyer que describe en detalle, destacando la maniobra clásica de realizar un corte circunferencial en la mucosa del cuello vesical para encontrar el plano del adenoma: “Para la incisión de la mucosa podemos servirnos de la una del dedo índice, dispuesta en forma de un borde cortante que apenas rebase el pulpejo del dedo o bien de unas tijeras curvas cerradas, aplicadas por su convexidad contra la cara palmar del dedo índice y movidas conjunta mente con este dedo. Serán utilizadas únicamente para incindir la mucosa vesical, pero no para efectuar la enucleación, para la cual emplearemos únicamente el dedo índice, auxiliado con el medio en caso de necesidad” complementando la maniobra con tacto rectal: “se introducirán en el recto los dedos índice y medio de la mano izquierda, protegida con un guante de Chaput. Los dedos de esta mano, ligeramente encurvados hacia arriba e implicados contra la cara posterior de la próstata, la elevan más o menos, presentándola al dedo índice de la mano derecha, que es la que efectúa la enucleación” (Figura 47).

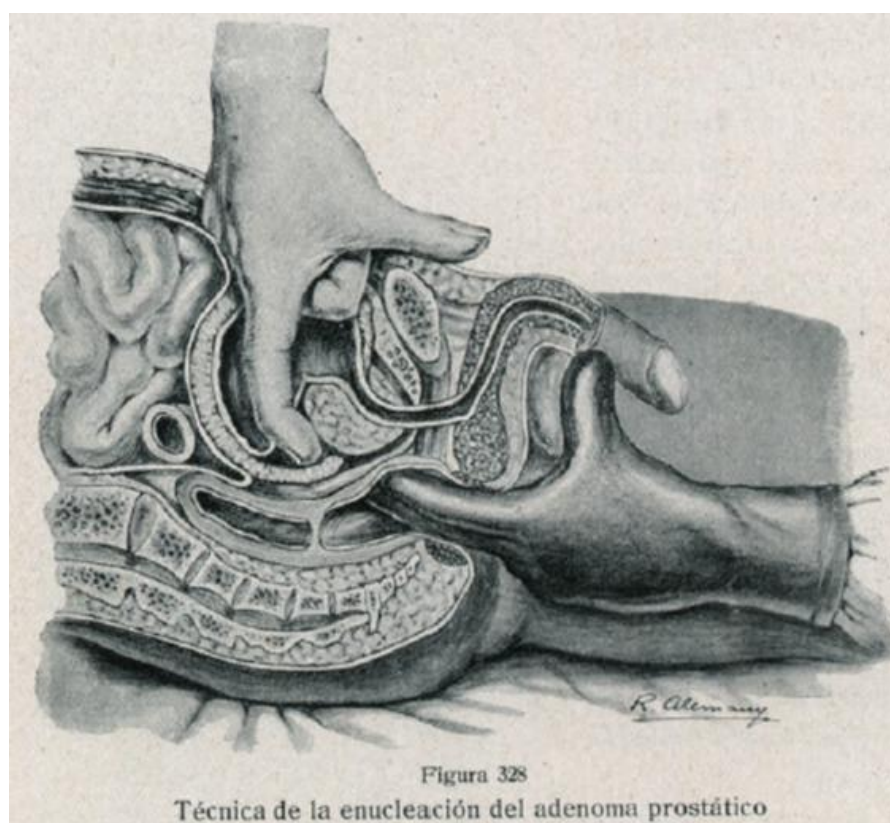


Figura 47. Detalle de la prostatectomía transvesical a lo Freyer.

Sobre la extracción de una sola pieza o varias de adenoma afirma: “En ocasiones, el adenoma es muy grande para ser enucleado en un bloque: «mono-blok». Esta forma de enucleación es preferible. En estos casos, puede extraerse uno de los lóbulos y después completar la enucleación con la del otro lóbulo. Sobre la liberación del ápex del adenoma dice:

“romperemos el pedículo uretral que sostiene el adenoma mediante la una del dedo índice. Rasgando con ésta y mediante presiones sucesivas, conseguiremos desprender el adenoma. De ninguna manera debemos tirar de la masa adenomatosa, con el fin de evitar el desprendimiento de la uretra membranosa, pues quedaría una superficie cruenta en dicho sitio. En ocasiones, tendremos que utilizar unas largas tijeras curvas que, conducidas hasta dicho sitio, seccionen la uretra membranosa”. A continuación, explica la extracción del adenoma dejando una celda amplia y regular. Muestra fotos de varios ejemplares (Figura 48).

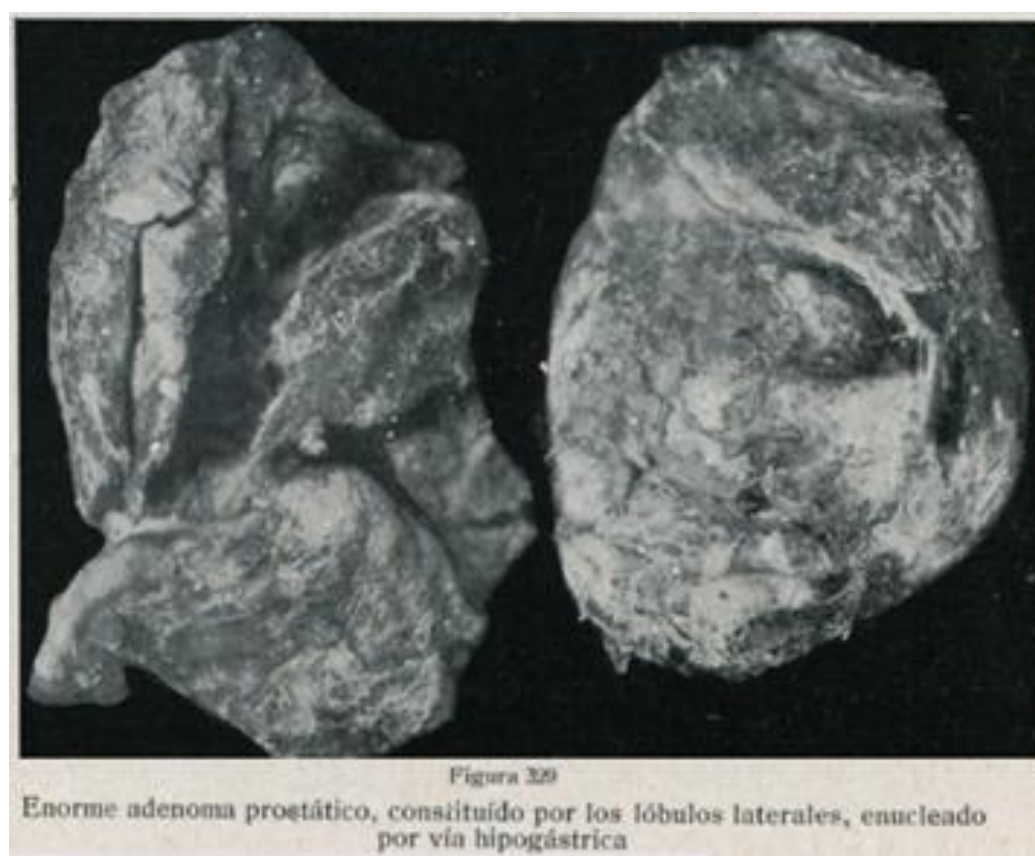


Figura 48. Pieza de adenoma de gran tamaño por vía hipogástrica.

Recomienda finalmente lavar el lecho quirúrgico con “agua bórica oxigenada bastante caliente”, comentando que “La hemorragia, que en este momento es bastante intensa, especialmente en los adenomas muy blandos y voluminosos, disminuye... Un masaje de las paredes de la celda, mediante los dedos rectales e intra-vesicales, contribuye también a disminuir la hemorragia. Después recomienda el taponamiento de la celda con gasas mediante la aplicación del “tubo de Gerota”. Seguidamente, establece un drenaje hipogástrico: “El tubo de drenaje que reúne mejores condiciones es el grueso tubo de Freyer modificado por Marion” (Figura 49).

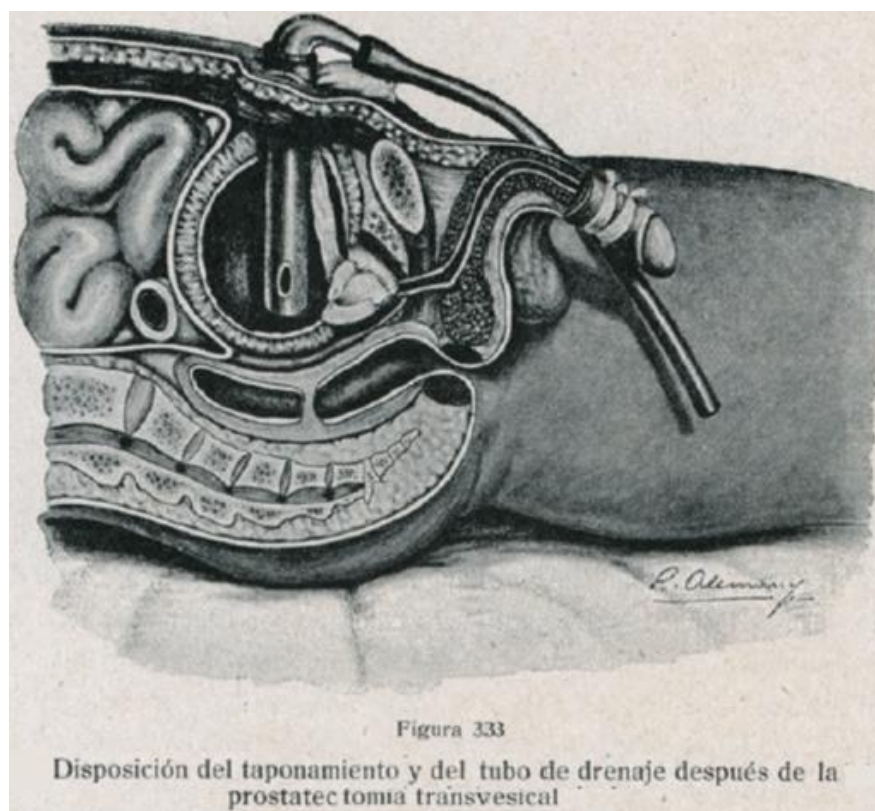


Figura 49. Colocación del drenaje hipogástrico sobre el taponamiento de la celda prostática tras adenomectomía.

Describe los principales defectos de la cirugía, como por ejemplo la extirpación de fragmentos de vesículas seminales en casos de fibrosis o la “extirpación del adenoma por dentro de la zona despegable”. Respecto al taponamiento advierte: “Un operador novicio puede colocar el taponamiento en la cavidad vesical, dejando, en cambio, cerrada y llena de coágulos la celda prostática. En este caso, la infección prende rápidamente en esta cavidad; la consecuencia es la elevación térmica y la supuración de la celda”. Para la retirada del taponamiento afirma: “El día que debe empezarse a retirar el taponamiento varía en cada caso según la tendencia que a la hemorragia observemos en el acto operatorio y durante el primer día, y según que el taponamiento dé o no lugar a una reacción febril que pueda preocuparnos. Si la hemorragia no es muy abundante, empezaremos al día siguiente de la operación, terminando al cuarto día si hemos colocado solamente una venda. Si la hemorragia ha sido abundante y el adenoma voluminoso, empezaremos a retirarlo al tercer día, para terminar al sexto día después de la operación” y detalla cada paso a seguir: “En cada curación retiraremos el taponamiento, hasta que veamos que el líquido sale tenido de un rojo más vivo y que la irrigación caliente no puede suprimir esta hemorragia. En esta forma, «dosificando» la extracción del taponamiento, lograremos evitar las hemorragias en los días consecutivos a la operación” y ofrece iconografía de piezas de necropsia de pacientes fallecidos (Figura 50).

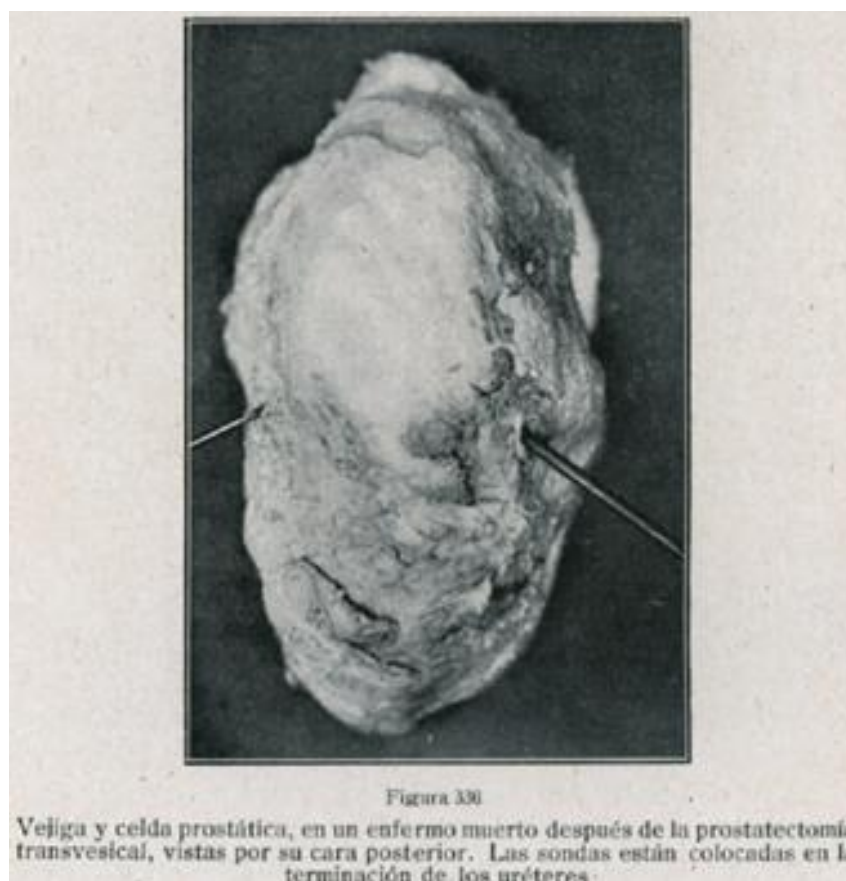


Figura 50. Pieza (vejiga y celda prostática) de necropsia postoperatoria.

La lista de complicaciones, aparte las hemorrágicas que divide en primarias (precoces) y secundarias (tardías), incluye la fiebre: “Es muy raro que el prostatectomizado tenga un curso post-operatorio completamente apirético. El taponamiento puede ocasionar una elevación térmica alrededor de 38°, que no debe preocuparnos, pues desaparece a medida que va retirándose. Sin embargo, si la fiebre producida por el taponamiento muestra tendencia a subir rápidamente, sin remisión alguna, debe ser retirado, pues la infección estreptocócica o estafilocócica puede ocasionar la muerte por septicemia”. Asimismo, dedica un amplio apartado a las complicaciones tardías como fistulización, estenosis, infección e incontinencia que “Raras veces es absoluta”. Afirma: “Esta incontinencia temporal se corrige por medio de dilataciones con el beniqué. En los casos en que se prolonga durante más tiempo, surte buen efecto la reeducación, mañana y tarde, de los músculos perineales. Se practica inyectando 200 gramos de líquido en la vejiga e invitando acto continuo al enfermo a orinar; cuando ha expulsado unos 100 gramos de líquido, se le hace suspender bruscamente la micción, por contracción de los músculos perineales, iniciando otra vez la micción después de algunos momentos, hasta la evacuación completa de la vejiga”. Sigue un capítulo sobre “Prostatectomía transvesical por neoplasia maligna”, que recomienda realizar de forma “extracapsular” y “transvesical”.

Con sección de la uretra membranosa, inclusión de vesículas seminales (Figura 51), extracción de la pieza, taponamiento y cierre, sin hacer referencia a anastomosis uretral.

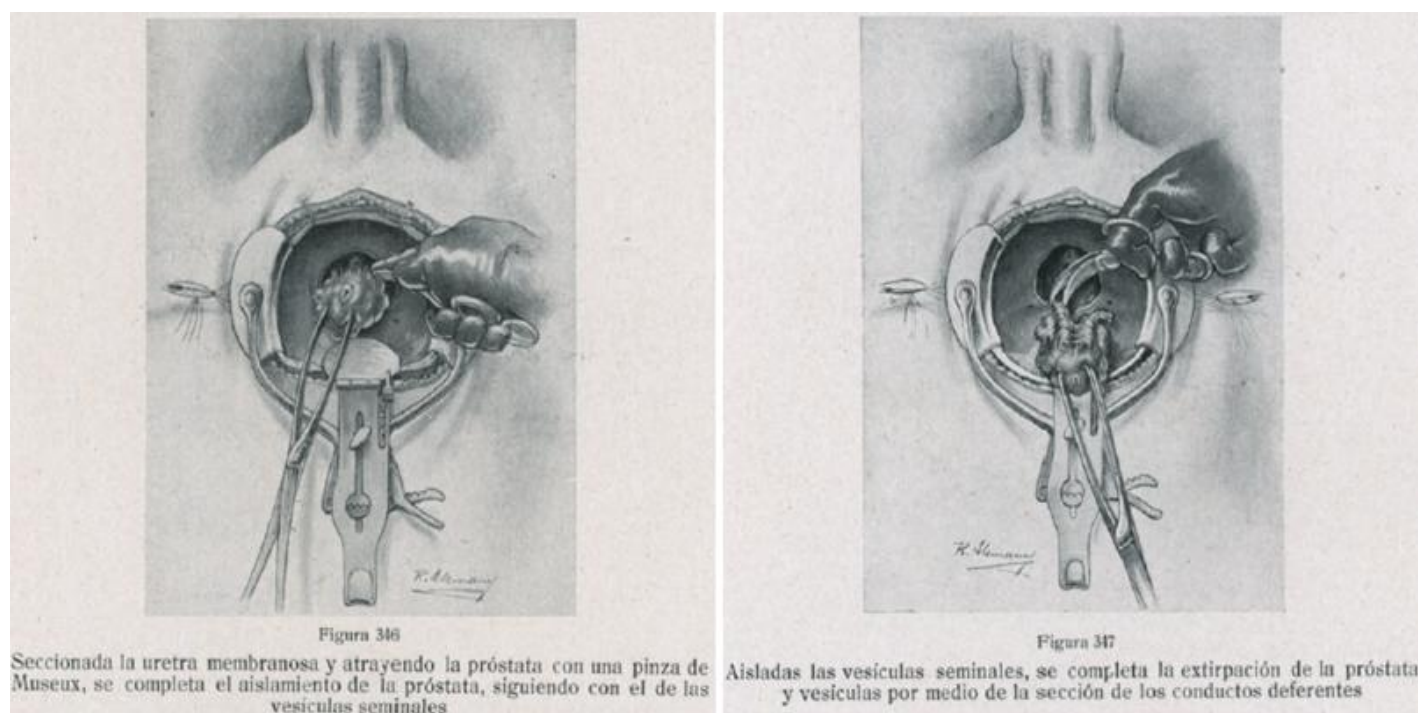


Figura 51. Dos momentos de la prostatectomía trasvesical por cáncer.

Las imágenes de la próstata incluyen 59 figuras (5 fotos) y una lámina (XIII) con dibujos en blanco y negro de varios cálculos vesicales, prostáticos y uretrales (Figura 46). Si bien no es el apartado con más iconografía, sí que contiene una gran concentración de imágenes en la parte quirúrgica de gran formato.

3.6. Operaciones sobre la Uretra, Periné y Pene

En la parte anatómica incluye las tres estructuras, describiéndolas sucesivamente. La descripción responde al patrón clásico en orden interno-externo, de uretra prostática, membranosa, uretra esponjosa y meato. Deja clara la “división quirúrgica” entre uretra posterior (a la que también llama “fija”) y uretra anterior (a la que la que también llama “móvil”), conceptos hoy desaparecidos de los principales tratados anatómicos, aunque vigente en el léxico quirúrgico urológico); y realiza un correcto razonamiento al afirmar que “la uretra esponjosa se puede subdividir, bastante imperfectamente, en tres porciones llamadas bulbar, peneana y balánica”.

De gran interés resultan los apartados de longitud de la uretra, donde afirma: “En el adulto, la longitud media de la uretra es de 16 a 17 centímetros, que se reparten en la siguiente forma: 28 milímetros para la porción

prostática, 12 a 14 milímetros para la uretra membranosa y 12 a 13 centímetros para la porción esponjosa. En el viejo, a consecuencia de la estancación de la sangre venosa... la uretra sufre un alargamiento senil de uno a dos centímetros". En cuanto a los calibres la descripción es muy completa y perfectamente ilustrada (Figura 52).

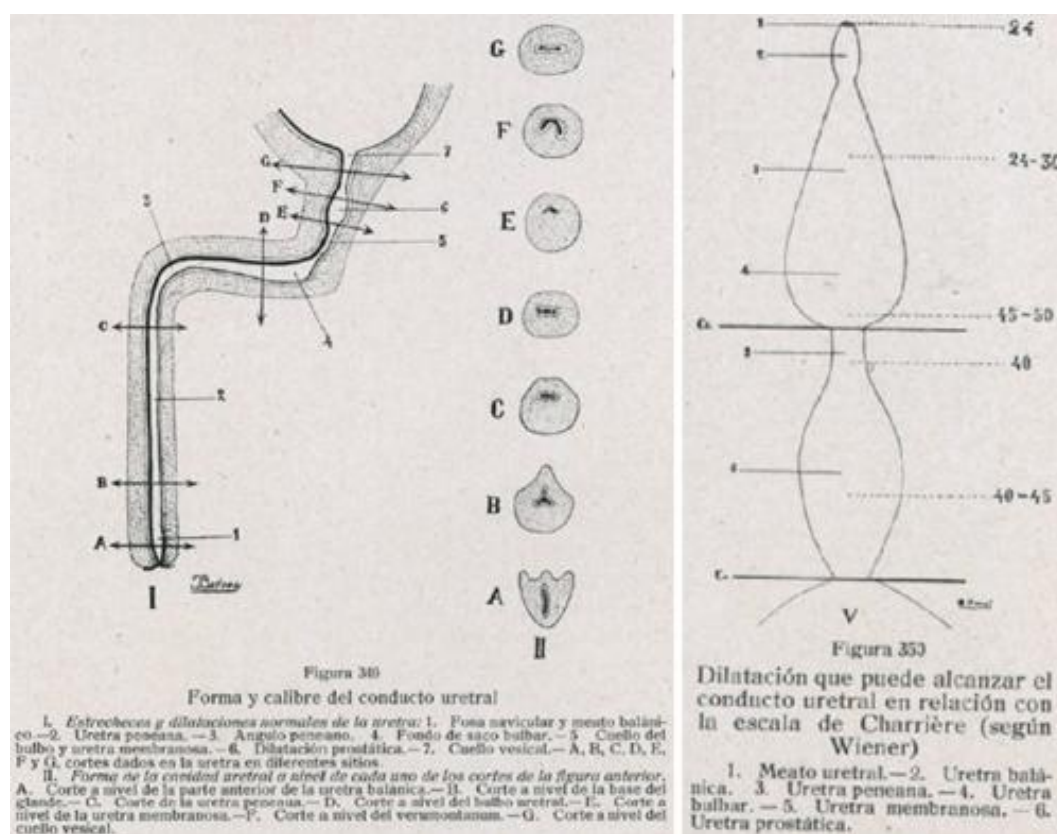


Figura 52. Forma de la luz de la uretra masculina en reposo (izquierda) y calibres quirúrgicos de dilatación máxima (derecha).

Respecto al calibre quirúrgico de la uretra dice: "El meato, bastante dilatado en algunos sujetos, es muy inextensible en otros; no se dilata más allá de 9 a 10 milímetros de diámetro y, por lo mismo, hay necesidad de incindirle en algunos sujetos a fin de poder introducir instrumentos de algún calibre. La uretra membranosa no se dilata más allá de 10 milímetros. El fondo de saco del bulbo es dilatado hasta 13 milímetros y la región prostática hasta 20 milímetros de diámetro".

Dedica un breve apartado a la uretra femenina dando detalles de su disposición, medidas y morfología (Figura 53). Dice: "Su longitud es de 20 a 30 milímetros y su calibre de unos 8 milímetros, aunque es muy dilatado" y "En la mujer encontramos también un esfínter estriado como en el hombre, con la única diferencia que en aquella es uretro-vaginal.

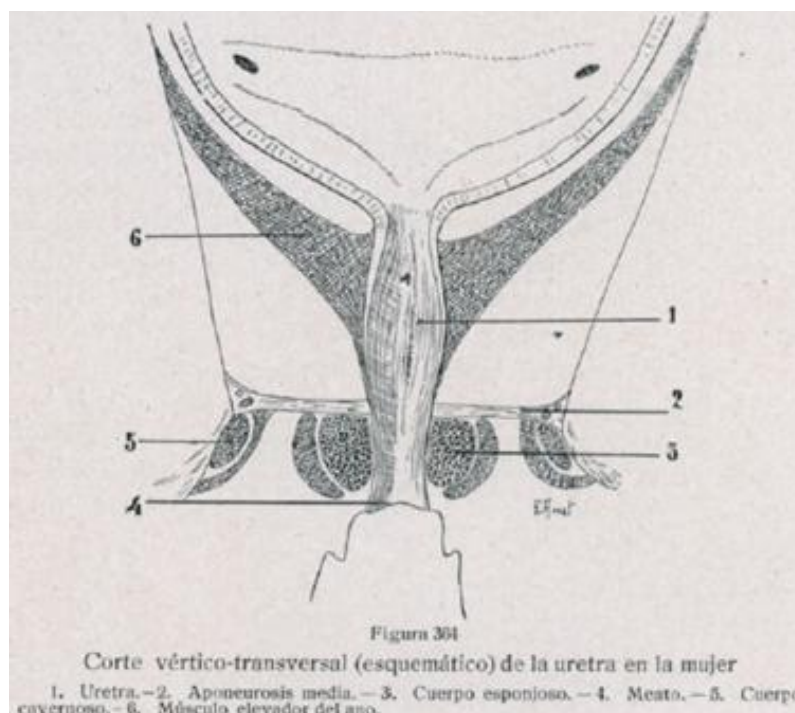


Figura 53. Esquema de la uretra femenina.

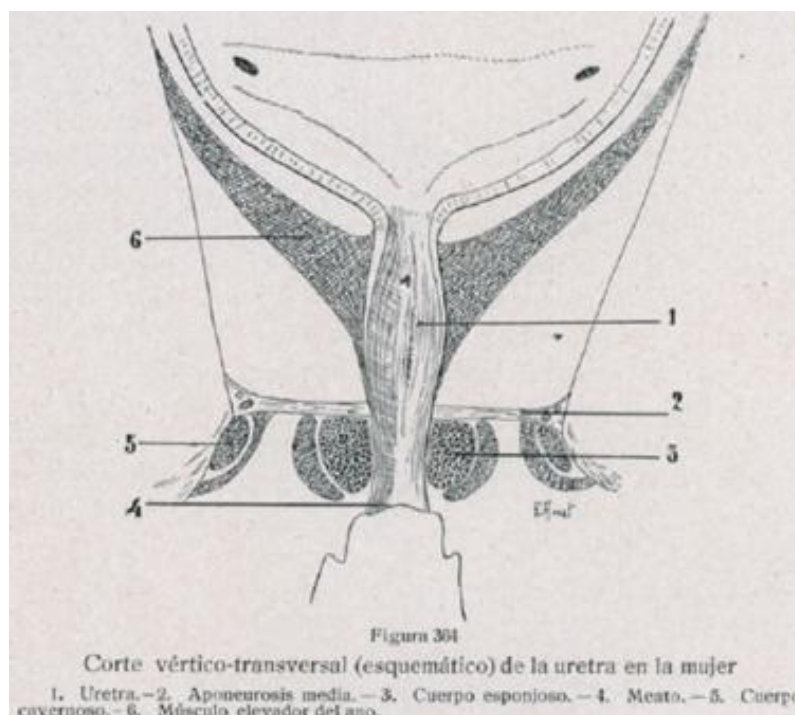


Figura 54. Esquema de los músculos del piso medio del periné.

Respecto a la anatomía del periné hace una descripción topográfica clásica de las aponeurosis y músculos distribuidos en “pisos” superior, medio e inferior, que describe con gran precisión. Sobre el esfínter estriado de la uretra dice que “no pertenece exclusivamente al piso medio del periné, sino que, extendiéndose encima de la uretra membranosa primero, se

aplica después contra la cara anterior de la próstata. Por su situación, puede descomponerse, pues, en tres porciones: una porción superior (descrita en el capítulo de próstata) "...una porción media o membranosa que rodea en forma de anillo a la uretra membranosa inmediata a la próstata y una tercera porción incluida entre las dos hojas de la aponeurosis perineal media. Esta porción rodea completamente a las glándulas de Cooper o de Mery. Por sus relaciones se les conoce, respectivamente, con los nombres de porciones prostática, membranosa y Cowperiana del esfínter externo" (Figura 54).

Respecto a la anatomía del pene coincide con los conceptos clásicos y describe la vascularización peneana al detalle, destacando el drenaje mixto del plexo venoso del pene. Dice: "Las venas del bulbo y las que proceden de la porción media del cuerpo esponjoso de la uretra van a parar unas al plexo de Santorini y otras a la vena pudenda interna, después de haber atravesado la hoja inferior de la aponeurosis perineal media.

El capítulo quirúrgico de la cirugía de estas regiones, se divide en las partes correspondientes.

Sobre la uretra se describen un total de 27 operaciones:

- Uretrotomía interna (3 variantes).
- Uretrotomía externa (3 variantes).
- Uretrostomía (3 variantes).
- Urectomía y uretrorrafia circular (9 variantes).
- Operaciones sobre el hipospadias (4 variantes).
- Tratamiento de epispadias (2 variantes).
- Extracción de cuerpos extraños y de cálculos uretrales vía natural.
- Meatotomía.

En la uretrotomía interna recomienda el uso del uretrotomo de Maisonneuve o el de Jeanbrau y analiza las distintas maniobras según de dilatación o incisión según etiología y componente de uretra afectada (Figura 55). La técnica es explicada con todo lujo de detalles y trucos muy prácticos, así afirma que "El operador coge entonces con la mano izquierda el pene, trayéndolo hacia fuera, a fin de ponerlo bastante tirante encima del conductor. Una cuchilla, previamente lubricada, se introduce entonces en la ranura del conductor-. Antes de introducirla en la uretra, debemos asegurarnos que se encuentra perfectamente encajada en la ranura del conductor, que puede deslizarse bien de delante hacia atrás y no pueda desprenderse de la ranura del conductor. Con esta verificación evitaremos accidentes muy desagradables durante la sección" y añade: "cuando la bujía ha salvado la estrechez, es reemplazada por una cierta resistencia cuando no la ha traspasado" y acaba sentenciando: Todo enfermo uretrotomizado está expuesto a la reproducción de la estrechez si no se practican dilataciones uretrales, una o dos veces al año".

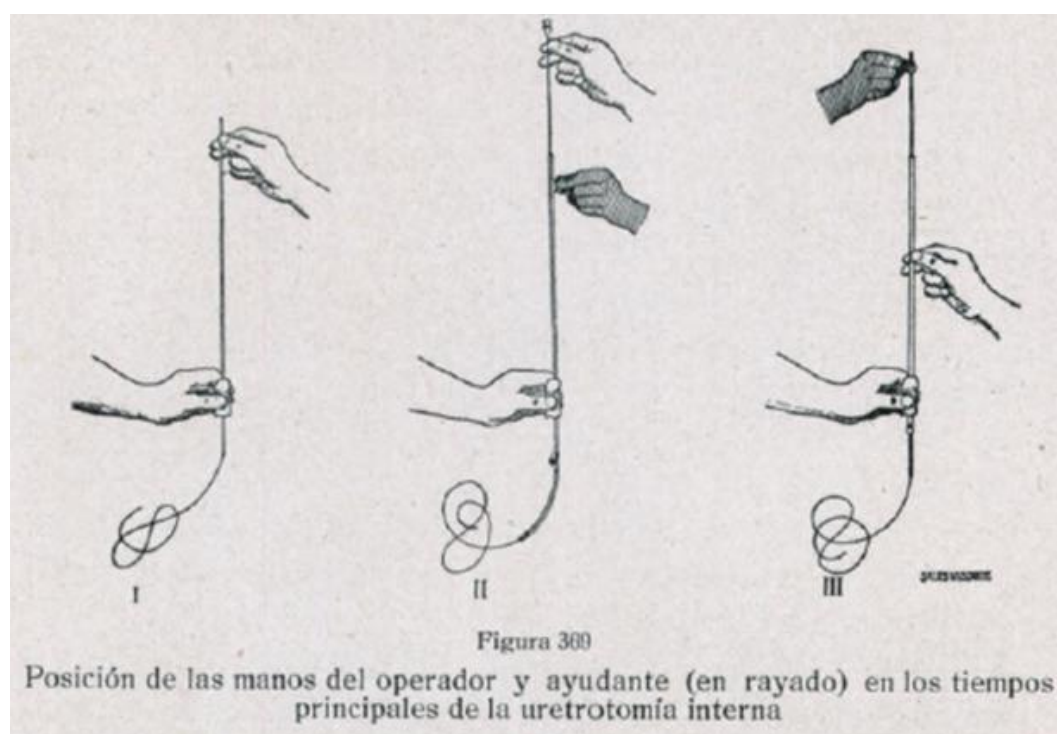


Figura 55. Práctica de la uretrotomía interna.

En la preparación de la uretrotomía interna incluye consejos sobre anestesia: “Aunque puede efectuarse la operación sin anestesia, sin embargo, es conveniente anestesiar la uretra por medio de una solución de cocaína al 3 por 100, o insensibilizarla por medio de una instilación de aceite gomenolado al 1 por 20”. Sobre la anestesia raquídea dice: “con poca cantidad de estovaína, insensibiliza perfectamente al enfermo con menos peligro que la anestesia uretral con cocaína. Sobre higiene afirma: “La víspera de la operación se recortarán los pelos del pubis y se practicará un lavado uretral con una solución de permanganato potásico. En el acto operatorio se lavará perfectamente el prepucio y la uretra por medio de una solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 4.000”.

Respecto a la uretrotomía externa analiza las indicaciones (estrecheces complicadas, litiasis uretral) y la técnica, recomendando en el caso de litiasis en la zona bulbar, abrir los planos ordenadamente e incindir la uretra para resolver la obstrucción, con el cierre correspondiente. En caso de estenosis recomienda distintos tipos de incisión o resección para derivar la orina recomienda la sonda hipogástrica o bien “la derivación perineal, por detrás del sitio de la operación, que puede realizarse utilizando la misma incisión cutánea empleada para efectuar la uretrotomía externa. Por el orificio perineal se introduce en la vejiga una sonda de Pezzer, la cual se fija a la piel del periné con un crin de Florencia”.

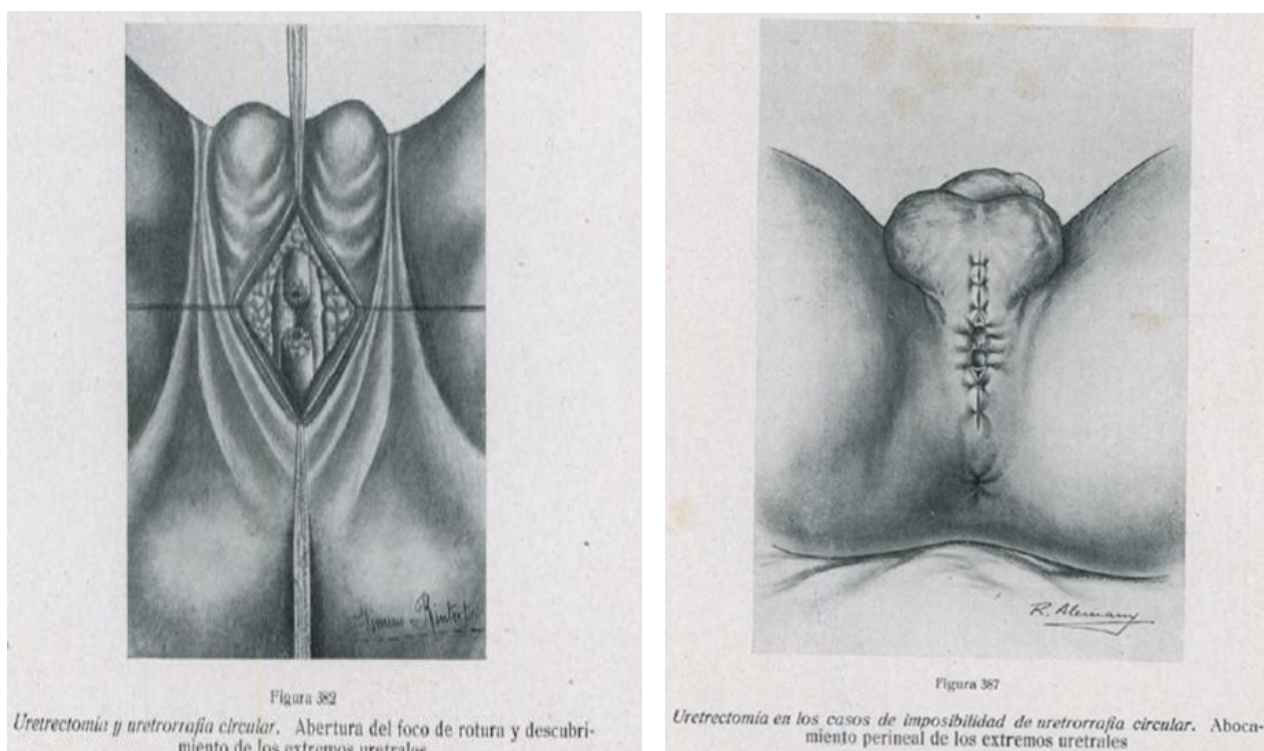


Figura 56. Exéresis de un fragmento de uretra peneana enferma y preparación de bordes para la “uretrorrafia circular” (izquierda); Meato perineal (tras uretrectomía) según Seres (derecha).

En el epígrafe de uretrectomía y uretrorrafia describe la extirpación de segmentos enfermos de la uretra y la anastomosis termino-terminal (la describe como “uretrorrafia circular”) (Figura 56). Para los casos más difíciles de reconstruir afirma que en “En el intervalo de las dos uretrotomías... colocaremos un colgajo cutáneo, si ello es posible”, aspecto reconstructivo que desarrolla en el capítulo siguiente. Hablando de afectación uretral con fibrosis difusa señala acertadamente: “A veces tendremos que llegar hasta la uretra membranosa, la cual difícilmente está invadida por la masa esclerótica”. En casos extremos recomienda el abocamiento de la uretra al periné (Figura 56). En el capítulo de “Reconstituciones uretrales por uretroplastia y autoplastia” referido a lesiones de uretra anterior aporta toda una serie de técnicas con colgajos pediculados de piel de pene, la mayor parte de avasamiento o de rotación muy innovadores que sorprende hallar en un libro de hace 100 años.

Sobre la cirugía del periné se incluyen 4 técnicas:

- Incisión de los abscesos perineales agudos.
- Tratamiento de los abscesos crónicos del periné.
- Tratamiento de la infiltración de orina.
- Operaciones sobre las fístulas de la uretra posterior.

En el pene se incluyen 4 técnicas:

- Circuncisión.

- Tratamiento del parafimosis.
- Amputación del pene.
- Emasculación total

La iconografía de la parte 6 es la segunda en número de imágenes, con un total de 107 (por detrás de vejiga), aunque no haya fotos ni láminas.

4. Discusión

Como limitaciones de este trabajo figuran la no inclusión de todas las técnicas descritas en el libro sino alguna de ellas. Un trabajo de mayor profundidad, por ejemplo, buscando alguna cuestión concreta al largo de la obra (referencias a los tratados clásicos de anatomía, técnicas o dispositivos quirúrgicos personales, forma de abordar las complicaciones de una u otra técnica) permitirían un análisis más cualitativo de la obra. En cuanto a los datos biográficos, no se ha recurrido siempre a las fuentes originales (partidas de nacimiento, registros notariales, documentos testamentarios) sino a lo ya publicado en hagiografías o rotativos.

Algunos de los aspectos sobre cirugía susceptibles de discusión ya han se han tratado en el capítulo previo de resultados. Como resumen, el libro *Operatoria Urológica* de Manuel Serés muestra un amplio abanico de técnicas quirúrgicas, muchas vigentes hoy día (salvando las distancias), lo que pone en relieve el gran avance de la urología en el primer tercio del siglo XX. El objetivo de Serés, fue transmitir sus conocimientos basados en la experiencia, haciendo gala además de una amplia recogida de opiniones y tendencias de otros autores a los que va nombrando a lo largo del texto (casi siempre sin referencia bibliográfica). En 1921 había publicado ya sus "Notas de cirugía renal", preludio del libro de 1925. Respecto a la presencia de referencias bibliográficas aportadas a pie de página, son muy limitadas, algo típico de las obras de la época, destacando una del Dr. Salvador Gil-Vernet (1892-1987) en la página 370 del original, donde establece una interesante discusión. El libro carece asimismo de índice alfabético.

El amplio conocimiento de la anatomía humana de Manuel Serés (y de los cirujanos de la época), contrasta con el limitado interés por esta materia en el ambiente quirúrgico actual. El dominio de la topografía por parte de los cirujanos del positivismo permitió el desarrollo de una cirugía abierta dirigida a los órganos enfermos, con un conocimiento técnico más avanzado y sistemático, no exento sin embargo de enorme agresividad y escasos medios para controlar la evolución postoperatoria. Las indicaciones de la cirugía parecen excesivas, dejándola como garante de una resolución a veces quimérica, lo cual era lógico para una época en que la terapéutica médica apenas había avanzado (la penicilina sería descubierta en 1928 y no estaría disponible de forma sistemática hasta los años 40 [7], y las transfusiones de sangre comenzarían a mediados de los 30; aunque sí se conocía

la anestesia, que Serés refiere varias veces en su obra y que corría a cargo de los urólogos cuando era administrada por vía raquídea. No hay, a lo largo del libro, datos objetivos sobre la evolución y morbi-mortalidad de los pacientes, la obra cumple con su objetivo docente y muestra cómo realizar las técnicas con la mayor destreza y seguridad posibles.

La obra de Serés se escribió bajo la influencia de otros textos que probablemente tuviese en su biblioteca, algunas señaladas en el prólogo de Recasens. Entre ellas destaca la de Albarrán “*Medicine opératoire des voies urinaires. Anatomie normale et pathologique chirurgicale*” de 1909 y algunas otras (**Anexo 1**) como el “*Tratado Médico Quirúrgico de las Vías Urinarias*” de Legueu. Debió tener también conocimiento de la obra “*La indicación operatoria de los tumores de riñón*” (1921) de su amigo el Dr. Pedro Cifuentes Díaz (1881-1960) [8]. La comparación objetiva de estas obras con la de Serés, merecería una investigación aparte.

La fecha exacta de publicación de “*Operatoria Urológica*” fue probablemente durante la primavera de 1925 (tal vez en junio), ya que el prólogo del Dr. Sebastián Recasens está firmado en mayo. La edición corrió a cargo de “*Juan Bta. Aragonés, editor*”, cuyas oficinas estaban situadas en la calle Provenza 202, de Barcelona, cercanas al número 54 de la calle Balmes, donde Serés tenía su clínica privada (Figura 57).



Figura 57. Postal antigua de la calle Balmes de Barcelona cerca del cruce con Gran Vía, muy cerca de donde se ubicaba la Clínica del Dr. Seres (Balmes, 54) (c. 1900).

En la planta baja de esa finca se hallaba “*La Polígrafa*” (empresa de artes gráficas existente hoy día con igual nombre, dirigida por la saga de

editores Muga) [9] que se hizo cargo de materializar el libro con una garantía de la máxima calidad en cuanto al encuadernado, impresión e ilustración. En aquella época la mayor parte de industrias se hallaban situadas en las plantas bajas de los edificios de viviendas del “eixample” de Barcelona (por encima de la Gran Vía y por debajo de la Avenida Diagonal). El estilo de la obra es descriptivo y muy fácil de leer; y el contenido es ordenado y muy esquemático, aunque la sintaxis es la propia de hace 100 años, con frases largas y subordinadas.

Las partes sobre anatomía (agrupadas siempre como capítulo I al inicio de cada órgano) muestran una distribución similar pero los epígrafes van cambiando según órgano no siguiendo una distribución similar, lo cual no afecta a la inteligibilidad del mensaje. El capítulo anatómico más amplio es el dedicado a vejiga (54 páginas) seguido del riñón (53 páginas) y el de pene, periné y uretra (34 páginas); mientras que en los capítulos sobre cirugía la cantidad es: vejiga (136 páginas), pene, periné y uretra (134 páginas) y riñón (113 páginas) (Tabla II).

Tabla II: Distribución de páginas e ilustraciones de “Operatoria Urológica” por capítulos.

PARTE	TÍTULO	TEXTO			ILUSTRACIONES	
		ANATOMÍA Páginas/total	OPERACIONES Páginas/total	Total páginas	n láminas	Figura nº/total figuras (n fotos)
	PROLOGO			4	-	-
PRIMERA	RINÓN	1-52 / 53	53-166 / 113	163	7	1-96 / 96 (22 fotos)
SEGUNDA	PELVIS RENAL	171-186 / 16	187-210 / 24	40	2	97-119 / 23 (4 fotos)
TERCERA	URÉTER	211-236 / 26	237-316 / 80	106	0	120-162 / 43 (5 fotos)
CUARTA	VEJIGA	317-370 / 54	371-506 / 136	189	3	163-287 / 125 (11 fotos)
QUINTA	PRÓSTATA	507-534 / 28	535-608 / 74	102	1	288-347 / 60 (5 fotos)
SEXTA	URETRA, PERINÉ, PENE	609-642 / 34	Uretra 643-734 / 92 Periné 735-750 / 16 Pene 751-766 / 16	124	0	348-455 / 108 (0 fotos)
	INDICE/FERR/BIBL			10		
TOTAL		1-766 / 766			13	1-455 / 455 (47 fotos)

La ordenación de capítulos y subcapítulos no sigue una distribución exacta en todos los órganos, aunque si aproximada, debido a la diferente naturaleza de las patologías que afectan a cada uno de ellos, bien por el tipo de cirugía estandarizada (por ejemplo, nefrectomía total, cistectomía parcial, prostatectomía perineal subcapsular), bien por la nosología (por ejemplo, abertura de los abscesos perinefríticos, tratamiento de la extrofia de la vejiga), o bien por el interés de algún detalle quirúrgico genérico (por ejemplo, técnica operatoria para abordar la porción lumbar del uréter, extracción de cuerpos extraños y cálculos de la uretra por las vías naturales, aplicaciones de radium en la vejiga). Esta organización de temáticas “a demanda” no afecta a la comprensión del texto ya que las explicaciones, razonamientos e ilustraciones están perfectamente engarzadas para que el lector asimile el contenido de forma estructurada y centrada en cada supuesto quirúrgico (por órganos) Esta es una de las ventajas de la obra: una

ordenación muy práctica del contenido, adaptado a la anatomía y la clínica. La ausencia de una posible séptima parte sobre escroto y su contenido es un misterio.

Mención aparte merece el prólogo del Dr. Sebastián Recasens Girol (1863-1933), natural de Barcelona, catedrático de Ginecología y decano de la Universidad Central de Madrid, que fue el obstetra de la Reina Victoria Eugenia (esposa de Alfonso XIII) [10]. Su participación en el libro, además del prestigio por ser una figura destacada de la sociedad de su tiempo [11], sugiere una afinidad entre dos catedráticos catalanes que compartían pasión por la anatomía y se movían por las altas esferas (Recasens se presentó sin éxito a una Cátedra de Anatomía en Madrid) [12]. El prólogo hace un rápido recorrido por el contenido del libro, destacando la descripción anatómica de la aponeurosis pubo-próstato-rectal y las conexiones nerviosas vésico-renales, así como la originalidad de algunas técnicas como la renoplicatura en cirugía renal, la nefrosuspensión con colgajo de fascia lata o el drenaje del espacio retropúbico vía perineal. Reconoce obras de contenido afín que han precedido el libro de Serés, como el «Manual de Urología y Cirugía génito urinaria» del Dr. Rafael Mollá Gimeno (1862-1930), publicado en Madrid en 1921 (obra de la que ha resultado imposible hallar ejemplares para comparar contenidos, por lo que es probable que haya una confusión en el título y se llame realmente: “Lecciones clínicas de urología y cirugía génito-urinaria”). También enumera autores europeos con obras similares como Israel, Hartmann, Marion, Legueu y Albarrán. Éste había publicado en 1909 “*Medicine opératoire des voies urinaires. Anatomie normale et pathologique chirurgicale*”.

El contenido del libro se desarrolla con dos vertientes muy bien desarrolladas en cada parte: anatomía y cirugía. En la parte renal, están vigentes las explicaciones aportadas sobre anatomía macroscópica de la que Serés era un gran experto. La descripción de la vascularización renal es quizás lo más sobresaliente, avanzando la distribución avascular de la que después se denominará línea de Brodel. La parte quirúrgica aporta gran número de detalles correspondientes a la técnica inicial de la cirugía renal, algunos perfectamente vigentes. Las descripciones de las técnicas de nefrectomía muestran el dominio y normalización de esta técnica a inicios del siglo XX, sobre todo indicada en tuberculosis (frente a la que no existían aún tratamiento médico. La tetraciclina, primer tuberculostático, se descubrió poco antes de 1953) y en tumores renales e hidronefrosis. Son curiosos los consejos para controlar el pedículo renal, que liga en bloque antes de su sección y, si no es posible, abre la posibilidad a dejar los clamps en el hilio para retirarlos días después. La descripción de la nefrectomía por fragmentación es realista en un entorno de pielonefritis supuradas y fibrosadas. Es notoria la inclusión de la nefrectomía parcial como opción, aunque le dedica pocas líneas.

Las partes dedicadas a pelvis renal y uréter contienen descripciones anatómicas primorosas. La cirugía reconstructiva de estas porciones de la vía describe una serie de técnicas vigentes y que marcan la tendencia hacia la actual cirugía reconstructiva reno-ureteral. El apartado dedicado a vejiga es completísimo. Uno de los aspectos más sobresalientes del libro es la descripción del ganglio vésico-renal, que conecta la funcionalidad de la vejiga con la capacidad del riñón de modular la fabricación de orina, cuestión que no es aceptada en la actualidad. El trabajo mereció el Premio Garí por parte de la Real Academia de Medicina de Barcelona. Serés señala la colaboración en dicha investigación de “Bellido”, en referencia al Dr. Jesús María Bellido Golferichs (1880-1952) [13], catedrático de Fisiología (Zaragoza, Granada) y Farmacología (Barcelona) y figura política relevante de ideología republicana.

La multiplicidad de recursos quirúrgicos en esta parte del libro es sorprendente, detallando el abordaje de la propia vejiga y del uréter distal vía hipogástrica y endoscópica. En la cistectomía total ofrece una idea clara del valor de Serés como cirujano. Además de la descripción detallada de la técnica, aporta opciones para la derivación de la orina, incluyendo la anastomosis urétero-rectal interponiendo un segmento previo de colon, modalidad que se consolidará décadas después. La técnica del conducto ileal no era conocida todavía -la desarrollará Eugene M. Bricker (1908-2000) en los años 40 [14]. La inclusión de un capítulo con distintas técnicas de reconstrucción de la extrofia vesical es destacable por su orientación práctica en la resolución de un problema que es un reto aún hoy en día. Incluye técnicas endoscópicas con luz incandescente, que en ese momento son pioneras. Preconiza la fulguración eléctrica que durante el siglo XX irá perfeccionándose, y añade recursos endoscópicos hoy día inverosímiles como la colocación de radio intravesical.

En cuanto a las ilustraciones del libro, es de destacar el elevado número y gran calidad de los trabajos, sobre todo los dibujos y pinturas, fruto de la diversidad de artistas implicados en su ejecución. La mayoría de ilustraciones vienen firmadas con la inicial y apellido, pero algunos sólo han dejado el apellido o las iniciales. La mayoría forman parte del elenco barcelonés de artistas que se especializaron en ilustrar obras de contenido médico (Tabla III).

Tabla III. Artistas ilustradores de Operatoria.

ILUSTRADORES
• Miguel Sales Vázquez (1903 – 1981). • Rafael Alemany Cremades (1895-1972). • Émile Louis de Ruaz (1868-1931). • Eduardo Ferrer Comas (1892-1978). • Joan Badosa Gaspar (1906-1965).

- Enrique Ferrer Comas (1892-1978).
- Gimeno Riutort (¿).
- J. Ramón F.D. (¿).
- Juan J. Angulo (¿).
- E. Amat (¿).
- F. Camarasa (¿).
- Sopeña (¿).
- A.M. (¿).

La identidad de los ilustradores y trayectoria merecería una publicación aparte. De algunos es posible obtener datos fácilmente, incluso su fotografía (Figura 58); por ejemplo: Miguel Sales Vázquez fue médico forense y catedrático de Medicina Legal y Toxicología de la Universidad de Barcelona [15]; Joan Badosa, fue digestólogo del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona [16]; y Rafael Alemany fue un pintor que ganó la plaza de dibujante anatómico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona [17]. De otros artistas el rastreo electrónico ha sido infructuoso.



Figura 58. Rafael Alemany (izquierda), Miguel Sales (centro) y Joan Badosa (derecha).

Para conseguir el efecto realista de algunas de las “LÁMINAS” en color a lo largo de la obra, se utilizó la técnica de la tricromía, procedimiento fotográfico inventado a finales del siglo XIX mediante el cual se fotografiaba 3 veces el mismo objeto con filtros de vidrio coloreados en azul, verde y rojo, para obtener 3 negativos del objeto (amarillo, cian y magenta), que al superponerse ofrecen una reproducción muy fiel del original (se entiende que a partir de una pieza anatómica real, aunque no hay especificación al respecto). Al pie de casi todas estas “LAMINAS” (y de muchas de las fotografías o dibujos de especímenes quirúrgicos) consta “colección personal” (Figura 59), es decir que debían ser piezas reales conservadas por Serés en recipientes con alcohol.

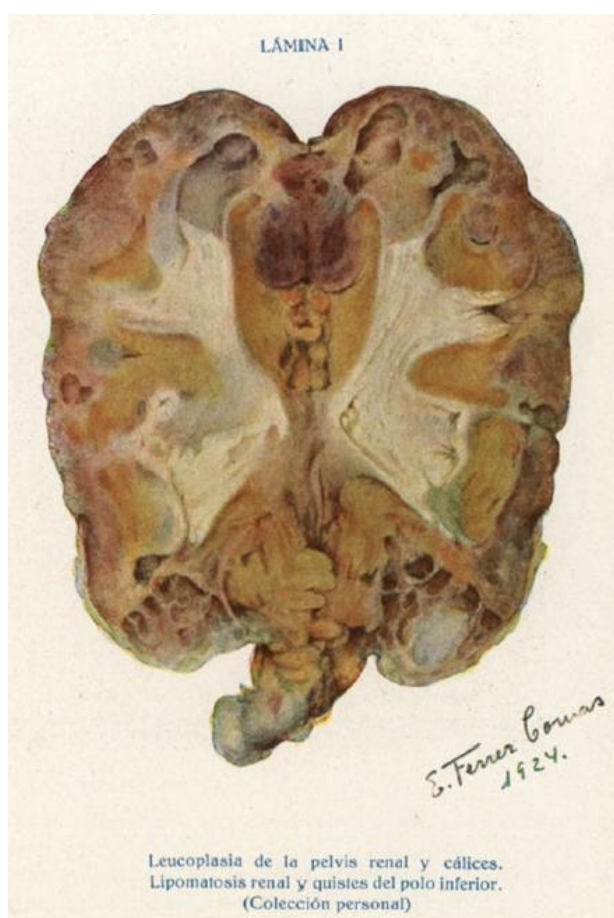


Figura 59. Lámina con tricromía de una pieza de nefrectomía.

Se desconoce el destino de dicha “colección”, siendo quizás Antonio Puigvert el que la conservó y amplió en su Instituto de Urología fundado en 1936 en la calle Provenza 345 de Barcelona. En su autobiografía Puigvert cuenta la anécdota de haber guardado las joyas de la Sra. Ángeles Burés (que sería después una de sus patrocinadoras) durante la guerra civil en uno de los frascos [18].

La parte de cirugía de la pelvis renal, muestra imágenes de material quirúrgico importadas del catálogo de fábrica Gentile, que señala: “Les figures de cette Catalogue, dessinées par M.J. Voisin y F. Bourillon, gravées par M.E. de Ruaz et M. Pons, son la propriété exclusive de notre Maison”, a lo que añade: “La reproduction en est interdite”, lo cual no parece haber sido problema para Serés. La casa Maison Gentile fue una firma histórica parisina de instrumental quirúrgico, con sede en la rue Saint-André-des-Arts, 49 que estuvo activa las primeras décadas del XX. Fundada en 1891 por Pierre Gentile, la continuaron sus hijos que en 1957 adquirieron Maison Collin (ex-Charrière), uno de los linajes más célebres de la instrumentación quirúrgica francesa (Figura 60). Sus catálogos, auténticas obras de arte, ofrecían una gran cantidad de los instrumentos urológicos usados en la época [19]. La casa cerró en 1978.



Figura 60. Juego de dilatadores uretrales metálicos de la casa Charrière-Collin.

En alguno de estas imágenes importadas del catálogo aparece la firma del dibujante “De Ruaz” (Figura 251 de libro) (Figura 41), correspondiente a Émile Louis de Ruaz (1868-1931), reconocido pintor y grabador francés de entre siglos. La inclusión de estas imágenes copiadas de un catálogo, no resta mérito a las imágenes originales aportadas por Serés, que siguen la tónica general en cuanto a calidad y originalidad. En el libro, aparecen asimismo dibujos sin firmar. En algún caso, a la imagen le acompaña la fórmula “según...”; por ejemplo “según Papin”, proveniente del libro “Endoscopie opératoire des voies urinaires” (1923) del Dr. Edmond Papin (1876-1946), urólogo colaborador de Felix Legueu (1863-1939).

Manuel Serés fue un destacado urólogo en su época. Nació el 4 de marzo de 1888 el pueblo leridano de Vilanova d’Alpicat (actualmente Alpicat), de la comarca del Segrià, a 9 kilómetros al noroeste de Lleida capital, muy cercano a la finca vitivinícola de Raimat. Serés mantendrá siempre un vínculo estrecho con su familia y su tierra, lo cual quizás llegue a influir en la tutela que ejerció sobre un joven Antonio Puigvert cuyo padre era de un pueblo llamo Serós, situado la misma comarca. En Alpicat se recuerda al distinguido médico, con un centro educativo y una plaza a su nombre. Sus descendientes, entre los que no hay urólogos, facilitaron fotografías para la Galería de Metges Catalans [5]. Hacia 1920 Serés se casa con Contxita Piferrer (Figura 61), sin que haya constancia de que tuviesen descendencia.



Figura 61. Serés con su esposa Contxita Piferré (c1920).

Serés nace en un momento de relativa estabilidad política y económica consecutivo a la finalización de las guerras carlistas (la tercera terminó en 1876) y previo a la crisis colonial de 1898. Eran tiempos de la restauración borbónica con la regencia de María Cristina de Habsburgo, madre del futuro Alfonso XIII. En el Parlamento Nacional funcionaba un sistema del “turno pacífico” entre liberales y conservadores. El país era mayoritariamente rural y agrícola, con gran influencia del clero y los terratenientes, en la que se consolidaban los núcleos industriales de Cataluña y País Vasco. Las tensiones obreras (Asturias, Huelva) se iban acentuando por las duras condiciones laborales. En ese 1888 se celebró en Barcelona la Exposición Universal, que mostró la apertura de España a la modernidad y dejó huellas urbanísticas en la Ciudad Condal, como el Parque de la Ciudadela. La economía española se encontraba en lenta recuperación tras las crisis de final del siglo XIX con importantes pérdidas en ultramar (aún se conservaba Cuba, Puerto Rico y Filipinas), En Cataluña emergía el Modernismo, un movimiento cultural que renovó las artes en una búsqueda de identidad histórica y modernidad, sobre una base de gran pujanza económica [20].

Serés, tras licenciarse en 1911 con premio extraordinario [21], elige precozmente la urología como actividad, siguiendo la estela de su maestro el Dr. Emilio Sacanella Vidal (1860-1931) [2] (Figura 62), anatomista y

cirujano especializado en vías urinarias, promotor de la urología en Cataluña, al que probablemente conoció en los primeros años de carrera, en la Cátedra de Anatomía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, donde Sacanella era preparador de los museos anatómicos y profesor auxiliar de anatomía y disección, siendo catedrático Dr. Antonio Riera Villaret (1865-1931) (Figura 63). Es plausible que fuera así como se estableció la relación entre Sacanella y Serés que se materializaría en el futuro de distintas formas.



Figura 62. Emilio Sacanella en su juventud (izquierda) y Peter Freyer (derecha).



Figura 63. El Dr. Serés (en el centro) en una clase de disección con el catedrático Dr. Antonio Riera Villaret (a la izquierda de Serés) en la Facultad de Medicina del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (c. 1909). Aparece (a la derecha) la Dra. Paulina Polo (en ese momento, estudiante).

La formación urológica de Serés se sustenta en su colaboración con Sacanella. Éste había viajado al extranjero para ampliar estudios, primero en París con personajes como Félix Guyon (1831-1920) y Joaquín Albarrán, al que debía conocer desde los tiempos de la facultad de medicina, quizás a través de su maestro el Dr. Víctor Azcarreta Colau (y no Colán) (1857-1940). Después había rotado por Londres, donde estuvo con el Dr. Peter Freyer (1851-1921) (Figura 62), del que aprendería la técnica transvesical (descrita en 1900) que luego difundiría en España y de la que, consecuentemente, Serés fue defensor, desde buen inicio con su tesis doctoral de 1914, leída en la Universidad de Madrid (única sede donde podía obtener el doctorado en aquella época) con el título: "Prostatectomía transvesical. Operaciones de Freyer", obra claramente influenciada por la curiosa serie de trabajos publicados por Sacanella, desde 1910 -antes de la tesis de Serés- hasta 1917, siempre con el mismo título: "Los éxitos de la prostatectomía transvesical" [22].

Si Sacanella viajó al extranjero para completar su formación, también lo hizo Serés, siendo pensionado por el Gobierno español para formarse en París en "Urología de guerra y fisiología patológica del riñón" [3]. Asimismo, estuvo en Lyon para ampliar estudios con Leo Testut (probablemente recomendado por Riera Villaret, que también había estado con el anatomista galo y había traducido su obra al castellano) [23]. El hecho de que el maestro sobreviviera al alumno (Serés muere en 1928, con sólo 40 años, y Sacanella en 1931 con 71), deja patente la continuidad de dicha influencia. Serés hizo carrera en la Facultad de Medicina como profesor de Anatomía y ganó la Cátedra en Granada (1914), pasando a la de Sevilla por traslado (1918). Según algunas fuentes, en Sevilla dirigió el Servicio de Urología [3], aunque Puigvert apunta que: "allí y merced a la generosidad del Dr. Cortés Lladó; que le cedió parte de su clínica quirúrgica hospitalaria, desarrolló, además de la cátedra, la especialidad urológica" [6]. Antonio Cortés Lladó (1887-1981), nacido en Gracia (Barcelona) fue catedrático de Patología Quirúrgica en Salamanca y Sevilla.

Serés, finalmente regresa a Barcelona al ganar la Cátedra de Preparaciones Anatómicas (1923), retomando la actividad clínica y docente en la Ciudad Condal. Monta entonces un laboratorio experimental en las instalaciones universitarias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, donde admite a un alumno interno del que ya no se separará: Antonio Puigvert Gorró. Serés inicia una importante actividad clínica y quirúrgica con la fundación de su propio Instituto de Urología en la calle Balmes 54 (Figura 57), lo que le permite compaginar la clínica con la docencia y la investigación, logrando comprender mejor la patología del riñón y las vías urinarias. Por su decidida dedicación a la urología, Serés obtuvo autorización real en 1926 para impartirla ("cirugía de vías urinarias") en la Universidad de Barcelona.



Figura 64. El Dr. Serés (derecha), muy joven, con un colega ante una preparación anatómica en la terraza del edificio (probable zona Eixample de Barcelona).

Serés imparte de forma desinteresada dicha formación a los estudiantes de medicina y a la extiende a cirujanos jóvenes (Figura 64). Así el rotativo barcelonés *La Vanguardia* de viernes 6 de agosto de 1926, publica una reseña titulada “La enseñanza de la urología” [24], donde se hace eco “del nombramiento de profesor especial de Urología a favor del doctor Serés....en cumplimiento de lo prevenido en la real orden de este ministerio de 14 de los corrientes...ha tenido a bien designar para el desempeño gratuito de la enseñanza especial de enfermedades de las vías urinarias autorizada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, con carácter voluntario para los alumnos, al catedrático numerario de la misma don Manuel Serés Ibars, en quien concurren las circunstancias señaladas en aquella real orden por su competencia en dicha especialidad demostrada por la publicación de varias obras declaradas de mérito por la Real Academia de Medicina y Consejo de Instrucción pública y por haberla desempeñado durante varios cursos en las Facultades de Granada y Sevilla, quedando sin efecto la autorización que ... le fue concedida al profesor auxiliar de la misma D. Emilio Sacanella” (éste había logrado anteriormente dicho privilegio, con el correspondiente decreto). Serés, ese mismo año pasó a ser el jefe de Servicio de Urología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, en sustitución de su maestro [25]. Algunos investigadores sugieren el magisterio de Víctor Azcarreta Colau (Figura 65) sobre Serés [26].



Figura 65. Victor Azcarreta Colau.

Azcarreta fue un prominente cirujano, pionero de la urología en Barcelona, titular de una famosa clínica urológica en la calle Fontanella, donde su discípulo Emilio Sacanella colaboró desde muy joven como cirujano [27]. Es por lo tanto muy probable que Serés conociera bien y recibiera la influencia directa de Azcarreta, máxime si se tiene en cuenta que éste los sobrevivió a ambos (murió en 1940 con 83 años). Es lógico pues establecer una cadena de transmisión de magisterio urológico: Azcarreta, Sacanella, Serés, Puigvert.

Serés se vincula también a la Clínica Ginecos, situada en el Paseo Maragall de Barcelona, actualmente Centro de Atención Primaria, muy cercano al Hospital de la Santa Creu i Sant Pau donde realiza cirugía urológica más orientada a mujeres. En octubre del 1927 recibe allí la visita del Rey D. Alfonso XIII, de lo que da cuenta la prensa (Figura 66): “Llegó S. M. el Rey a la clínica-sanatorio, a las cuatro y media de la tarde... siendo recibido en la puerta del sanatorio por los doctores Selvas, gerente de la Clínica; doctor Seres, cirujano-Urólogo... y los doctores..., Ponce de León, Puigvert... Junto a la capilla se encontraba una hermana de la Caridad, operada de cálculo del riñón por el doctor Seres, a la cual dirigió S. M. el Rey varias preguntas relacionadas con su enfermedad... Al salir... mostró a S. M. la numerosa colección de cálculos urinarios operados por el doctor Seres” [28].



Figura 66. El Dr. Serés cumplimenta al Rey Alfonso XIII durante su visita a la Clínica Ginecos de Barcelona en 1927.

Pese a su juventud, el Dr. Serés es un personaje destacado en la Barcelona de la época. Por las fotografías que se conservan, era físicamente agraciado y tenía el porte de un dandi, siempre perfectamente peinado y vestido con traje sastre y corbata (Figuras 64 y 66). Sobre su carácter y personalidad no hay evidencias objetivas, pero se presume que fue afable, conciliador y muy entregado a la familia y al trabajo. Puigvert afirma que “era estudioso y tenaz y con gran ambición de ser” [6]. Su prestigio académico se traduce en el nombramiento como Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona en 1924, cargo del que dimite cuando enferma en 1928. Tuvo siempre una gran inquietud científica, publicando en revistas desde las primeras fases de su vida profesional, siempre sobre temática urológica y con una visión anatómica -materia que dominaba- y quirúrgica (**Anexo 2**). Su primera publicación fue “Arquitectura y topografía de la excavación pelviana en el hombre”, publicado en Madrid en 1916, y el último: “Mis descubrimientos sobre la circulación arterial del riñón ante la patología renal y la cirugía del riñón”, publicado en Barcelona en 1926 (después de aparecer su libro) [5].

El mes de marzo de 1928, Serés enfermó de una “dolencia estomacal” que evoluciona de forma rápida a un cuadro de uremia con anuria final que no será posible resolver [18]. En esos días recibe la visita del Dr. Pedro Cifuentes Díaz (1880-1960) [6], que acude expreso desde Madrid. Antonio Puigvert, con la participación de varios especialistas, cuida de su maestro y coordina la atención sanitaria, aunque nada se puede hacer y Serés

fallece el día 26 de abril. La Vanguardia da la noticia al día siguiente en la sección “Los que mueren”: “El Catedrático Dr. Serés ...ayer a las cinco y media de la madrugada falleció en su casa-torre de Sarrià... víctima de la cruel enfermedad que desde hace días le aquejaba”. El sepelio se despidió en la Facultad de Medicina [29].

La jefatura del Servicio de Urología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau fue asumida de forma interina por el Dr. Sacanella, mientras que la Cátedra de Anatomía la asumió el Dr. Salvador Gil Vernet (1892-1987), por entonces catedrático en Salamanca, obteniendo poco después jefatura del Servicio de Urología [30]. Terminaba así de forma trágica, la prometedora carrera del Dr. Serés, de la que quedan dos hitos principales: su Operatoria Urológica, magnífica obra centenaria, y el Instituto de Urología, que recoge en herencia su discípulo más dilecto: el Dr. Antonio Puigvert que, a punto de obtener la licenciatura en Medicina (junio 1928) contrajo matrimonio con Agustina Serés (c1908-1929), hermana de su maestro. Poco antes de morir, el Dr. Serés había anunciado el noviazgo entre su hermana y su discípulo, incluyendo a éste en su testamento como heredero de la clínica de calle Balmes (con sus historias clínicas y colecciones), más “cinco mil duros” en acciones que le correspondían a Agustina [18]. Con ello Serés garantizó la continuidad de su proyecto, aunque al año siguiente Agustina muere de sobrepeso dejando viudo a Puigvert con su primogénito, pero esto es otra historia.



Figura 67. El Aula Serés de la Fundació Puigvert, en los años 70 (con el Dr. Puigvert como ponente)

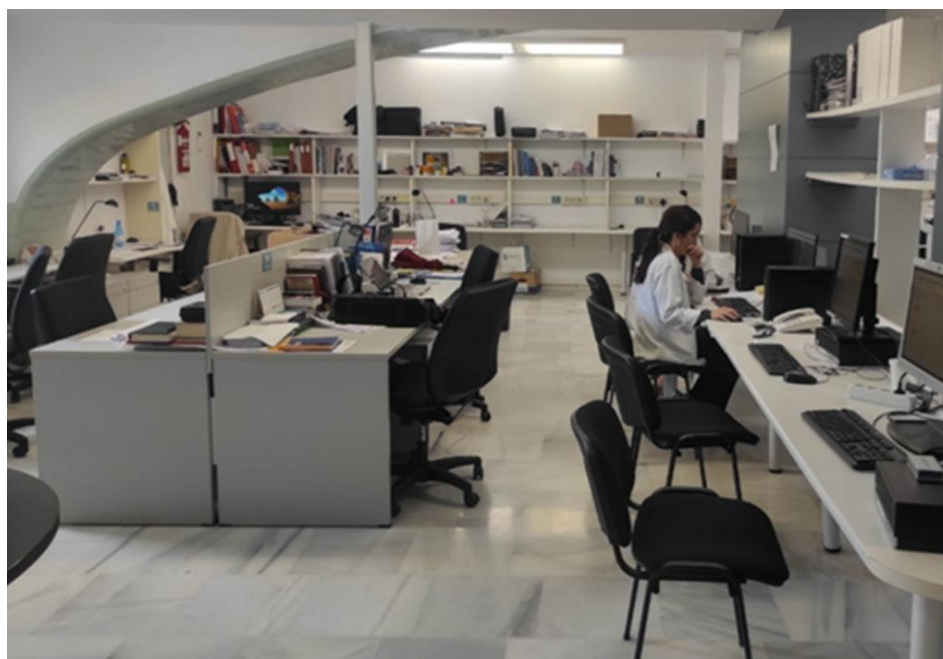


Figura 68. En la actualidad el Aula Serés, como sala de trabajo del Servicio de Urología (con la Dra. Rocío Jiménez).

En su autobiografía, el Dr. Puigvert habla con gran respeto y cariño de su maestro [18], reconocimiento su influencia en cuanto a la vocación por la urología, practicada desde un punto de vista científico y organizativo que irá articulando instituciones como el Instituto de Urología que, posteriormente, dará pie a la Fundació Puigvert (en cuyas instalaciones sigue vigente el “Aula Serés”) (Figuras 67 y 68).

Años después de la publicación de “Operatoria Urológica”, Antonio Puigvert reconoce el éxito del libro de Serés (en cuya fase de corrección participó) y la influencia en su “Tratado de Operatoria Urológica”, de 1971: “Han transcurrido muchos años desde que mi inolvidable maestro, el Dr. Manuel Serés, publicara su libro...de cuya gestación fui testigo excepcional. Los azares del tiempo y las circunstancias han contribuido a que desapareciera del mercado bibliográfico tan excelente obra, cuyos ejemplares conservan sus poseedores como oro en paño” [31].

4. Conclusiones

Este 2025 se cumple el centenario del libro *Operatoria Urológica* del Dr. Manuel Serés Ibars, ilustre urólogo leridano que ejerció preferentemente en Barcelona y que murió muy joven (1928). Su libro, auténtica joya bibliográfica, es un destacado ejemplo de tratados españoles sobre cirugía urológica que describe la práctica totalidad de los procedimientos quirúrgicos vigentes a principios de siglo XX. Por su gran extensión, completas explicaciones y excelentes ilustraciones, fue un manual de éxito entre los urólogos de su época. La parte correspondiente a anatomía pone en

evidencia la maestría de Serés en esta materia, destacando la descripción original del sistema neuronal reno-vesical y las variantes morfológicas de la pelvis renal. En lo referente a cirugía, son especialmente valiosos los párrafos con consejos y trucos útiles en la práctica habitual de cada una de las técnicas, prestando atención al proceso de preparación de los pacientes, resolución de complicaciones y manejo del postoperatorio. A lo largo de la obra Serés presenta instrumental diseñado por él mismo (soporte para cirugía vía lumbar, pinza-cuchara para cálculos renales, sistemas de urostomía, soportes para elementos endoscópicos) y técnicas propias, entre las que destaca la nefropexia con parche de fascia lata. Es curiosa la ausencia de un capítulo sobre cirugía escrotal. El profesor Manuel Serés Ibars fue una figura destacada de la docencia universitaria y de la investigación urológica de principios del siglo XX en España, con una nutrida autoría de publicaciones, destacando su defensa de la prostatectomía transvesical. Fue un cirujano hábil y de gran prestigio, que dejó un importante legado que le consolida como uno de los pioneros de la urología moderna.

Contribución del autor: Diseño; metodología, adquisición de datos; escritura y preparación del manuscrito; revisión/edición del manuscrito; supervisión del estudio (F.M.S.-M.). Los autores han leído y están de acuerdo con la publicación del manuscrito en esta versión.

Financiación: El presente artículo no ha recibido financiación externa.

Conflicto de Interés: No existe conflicto de interés debido a la realización de este trabajo.

ANEXO 1. Selección de obras sobre cirugía urológica previas a 1925 (Biblioteca de Fundació Puigvert)

- Chirurgie du rein and de l'uretere. 1900. J. Israel
- Traitements modernes de l'hypertrophie de la prostate. 1901. E. Desnos.
- Travaux de chirurgie anatomo-clinique. Voies urinaires-testicule. 1904. H. Hartman.
- Chirurgie de la prostate. 1909. V. Pauchet.
- Chirurgie de l'appareil urinaire et de l'appareil genital de l'homme. 1910. P. Duval.
- Travaux de Chirurgie anatomo-clinique. Voies urinaires. 1913. H. Hartmann.
- Tuberculina y nefrectomia en tuberculosis renal. 1913. L. de la Peña.
- The diseases of the urinary tract in men and women I-II. 1913. R. Guiteras.
- Tratado médico-quirúrgico de las vias urinarias. 1913. F. Legueu.
- Encyclopedie française d'urologie. I-IV. 1914. A. Pousson, E. Desnos.
- Guide clinique d'urologie medico-chirurgicale. 1916. E. Pillet.
- Chirurgie urinaire de guerre. 1919. F. Cathelin.
- Lecciones clínicas de urología y cirugía genito-urinaria. 1921. R. Molla.
- Las retenciones vesicales de orina en el hombre. Su patogenia y tratamiento. 1922. N. Serrallach.
- Uretroscopia directa. 1922. A. Pulido.
- Lehrbuch der urologie und der chirurgischen... der männlichen geschl. 1923. H. Wildbolz
- Endoscopie operatoire des voies urinaires.. 1923. E. Papin

ANEXO 2. Publicaciones del Dr. Manuel Serés Ibars (en orden cronológico)

Prostatectomía transvesical: operación de Freyer (1913) -tesis doctoral-.

Investigación del antígeno tuberculoso en la orina (Barcelona, 1913).

Hernia inguinal interna (Barcelona, 1913).

Contribución al estudio del nervio mediano (Barcelona, 1914).

Un caso de extirpación total de laringe (Barcelona, 1914).

Nuevo concepto sobre la circulación arterial del riñón (Barcelona, 1914 o 15).

Nuevos conceptos sobre las ramificaciones intraparenquimatosas de la arteria renal y su distribución topográfica (Barcelona, 1915).

Metamorfosis del gonococo de Kneisser (Madrid, 1916).

Asociación del cateterismo uretral y la radiografía en el diagnóstico de las afecciones del uréter, pelvis renal y riñón (Sevilla, 1915).

La cistotomía en el diagnóstico de los cálculos de la vejiga (Sevilla, 1916).

Trabajos clínicos de Urología (1916).

Cuatro formas anatomopatológicas diferentes de tuberculosis renal (Sevilla, 1916);

Circulación venosa del riñón (Barcelona, 1916).

La nefrectomía en la tuberculosis renal (Sevilla, 1917).

La hipertrofia de la próstata y la prostatectomía transvesical (Sevilla, 1917);

Contribución al estudio de algunos puntos en la prostatectomía transvesical (Sevilla, 1917).

Aplicación de la radiografía al estudio del sistema arterial (Madrid, 1917).

Arquitectura y topografía de la excavación pelviana en el hombre (Madrid, 1917).

La cistoscopia derivatriz en el tratamiento del prostatismo (1917).

Contribución al estudio del prostatismo sin próstata (1917).

La topografía del hígado (Madrid, 1919).

Correlaciones funcionales en el aparato urinario (Barcelona, 1920).

Influencia de la urología de guerra en la urología de paz (Barcelona, 1920).

Notas de Cirugía renal (Madrid, 1921).

Correlation fonctionelle vésico-renale (París, 1923).

Enervación renal (1924).

Anatomía de las comunicaciones nerviosas entre la vejiga y los riñones (1924).

Operatoria urológica (Barcelona, 1925).

Mis descubrimientos sobre la circulación arterial del riñón ante la patología renal y la cirugía del riñón (Barcelona, 1926).

Bibliografia

1. Serés, M. Operatoria urológica. Ed. Juan Bta. Aragonés. Barcelona. 1925. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/13039>.
2. Sacanella i Vidal, E. Biografía. Galeria de Metges Catalans. Metges Catalans | Emili Sacanella i Vidal
3. Manuel Seres Ibars. Real Academia de Historia. Historia Hispánica. Manuel Serés e Ibars - Historia Hispánica
4. Manuel Serés Ibars. Wikipedia. Manuel Serés i Ibars - Viquipèdia, l'enciclopèdia lliure
5. Manuel Serés i Ibars. Biografía. Galeria de Metges Catalans. Metges Catalans | Manuel Serés i Ibars
6. Puigvert, A. Manuel Serés Ibars (1888-1928). Actas Urol Esp, 1978. II. 3: 99-100.
7. Horgan, J. Descubrimiento de la penicilina. World History Encyclopedia.
8. Angulo, D.; Pérez Albacete, M.; Angulo Cuesta, J. Semblante humano y profesional de D. Pedro Cifuentes Díaz (1881-1960). Actas Urol Esp. 2012;36(5):312-319.
9. Wikipedia. Manuel de Muga i Toset - Viquipèdia, l'enciclopèdia lliure
10. Sebastián Recasens Girol. Diccionario Biográfico de la Medicina Española. Web Biomedes Recasens y Girol, Sebastián | Diccionario Biográfico de la Medicina Española
11. Recasens Girol, Sebastián. Web del Senado de España. Senado de España
12. Sebastià Recasens i Girol. Biografía. Galeria de Metges Catalans. Metges Catalans | Sebastià Recasens i Girol
13. Jesús María Bellido Golferichs. Wikipedia. Jesús Maria Bellido i Golferichs - Viquipèdia, l'enciclopèdia lliure
14. Powell, J.L. Powell's Pearls: Eugene Myron Bricker M.D. (1908-2000). J Surg Oncol. January 2020. DOI: 10.31487/j.JSO.2020.01.02
15. Miguel Sales i Vázquez. Biografía. Galeria de Metges Catalans. Metges Catalans | Miquel Sales i Vázquez
16. Joan Badosa i Gaspar. Biografía. Galeria de Metges Catalans. Metges Catalans | Joan Badosa i Gaspar
17. Simón-Tor, J.M.; Simon-Castellví, S.I.; Simon-Castellví, G.M.; Simon-Castellvi, J.M.; Simon-Castellví, C. Rafael Alemany Cremades (1895-1972): Dibujant Anatòmic de la Facultat de Medicina de Barcelona. Gimbernat, 2007, 47: 201-226.
18. Puigvert, A.; Vila-San Juan, J.F. Mi vida y otras más. Ed. Planeta. Colección Espejo de España. 1981.
19. Silva, J.I. Catalogues Gentile. Web Microscope Museum. Brihgton (UK)-Lisboa (Portugal). https://www.microscopemuseum.eu/catalogues/Gentile_Paris_1923_instruments_de_chirurgie.pdf
20. Modernismo catalán. Wikipedia. Modernismo catalán - Wikipedia, la enciclopedia libre
21. Pérez-Albacete, M. Manuel Serés Ibars. Web Oficina de Historia. Asociación Española de Urología. 2022.
22. Sacanella, E. Los éxitos de la prostatectomía transvesical: Importancia de los preliminares terapéuticos en la operación de Freyer (1913). Web de la Biblioteca Digital de la Real

Academia Nacional de Medicina de España. <http://bibliotecavirtual.ranm.es/ranm/es/consulta/registro.do?id=55128>

23. Antoni Riera i Villaret. Biografía. Galeria de Metges Catalans. Metges Catalans | Antoni Riera i Villaret
24. De enseñanza nacional. Enseñanza de la urología. La Vanguardia. 6 agosto 1926.
25. Manuel Serés i Ibars. Diccionario Biográfico de la Medicina Española. Web Biomedes. Serés i Ibars, Manuel | Diccionario Biográfico de la Medicina Española
26. Angulo-Cuesta, J. Comentarios-discusión. Sesión Comunicaciones. LXXXVIII Congreso Nacional de Urología de la Asociación Española de Urología (AEU), Cádiz. Junio 2025.
27. Víctor Azcarreta Colau. Biografía. Galeria de Metges Catalans. Metges Catalans | Víctor Azcarreta i Colau
28. NOTAS DEL DÍA. EL VIAJE REGIO. Visita de Sus Majestades a la Clínica Sanatorio «Institut Ginecós». La Vanguardia. 30/10/1927.
29. Los que mueren. El catedrático Dr. Seres. La Vanguardia. 27 Abril 1928.
30. Salvador Gil Vernet. Diccionario Biográfico de la Medicina Española. Web Biomedes. Gil Vernet, Salvador | Diccionario Biográfico de la Medicina Española
31. Puigvert, A. Prólogo. Tratado de Operatoria Urológica. Ed. Salvat. Barcelona. 1971.