

PROSTATECTOMIA RADICAL POR VIA PERINEAL EN EL CARCINOMA

Por el Dr. JUAN IRAZU

La prostatectomía radical para el cáncer de la próstata fué reglada técnicamente por Young en 1904 y a pesar de los éxitos obtenidos, pocos cirujanos la emplearon en el curso de muchos años, por considerarla sus detractores de operación difícil y riesgosa. Sin embargo la vía perineal ha sido en los últimos años elegida por distinguidos cirujanos para extirpar el C. de P., entre ellos: Lewis, Smith, Belt, Ormond, Twinen, Davalos, Campbell Colston, Gutiérrez, Scott, Parlor y otros, adoptaron el mismo criterio.

Las estadísticas de estos cirujanos, son semejantes en cuanto a los buenos resultados obtenidos hasta en un 58 % (Belt), en los casos de cáncer incipiente de localización en la próstata y vesículas seminales, que no demuestren signos de diseminación.

La cirugía del C. de P. se ha extendido recientemente gracias al tratamiento hormonal por los estrógenos que permite reducir a los límites próstato-vesiculares a tumores diseminados en el espacio pelvi rectal, haciéndolos accesibles a la cirugía radical. Este tratamiento estrogénico preparatorio, dura el tiempo necesario para la reducción máxima y suele ser reforzado por la orquidectomía.

La sobrevida conseguida por la cirugía radical por vía perineal del C. de P. inicial, oscila en las estadísticas de Young entre 5 y 27 años; lo que hace pensar sobre su discutida eficacia y es hora según este autor, que muchos urólogos cambien de actitud ensayando esta vía.

Entre nuestros urólogos se han realizado varias tentativas, poniendo en práctica este método. Pero ya por dificultades técnicas o malos resultados obtenidos, la prostatectomía radical por C. de P. se hallaba en desuso.

Es recién en 1952 que Surra Canard presenta un relato sobre la prostatectomía radical del C. de P. por la vía Belt y un año más tarde comunica a la Academia de Cirugía los resultados sobre 18 prostatectomías radicales por carcinoma.

En el Servicio donde actuamos (P. Argerich), se sigue practicando bajo las directivas de dicho cirujano, esa técnica de prostatectomía, con buenos resultados operatorios y post-operatorios cuyas secuelas superan siempre la naturaleza de la enfermedad sin riesgos de vida ya que la mortalidad operatoria aún en los muy ancianos ha sido casi nula y el confort post-operatorio excelentemente benigno.

Si es cierto que se han imputado a esta operación serias complicaciones como la incontinencia, la impotencia y las fístulas, volvemos a insistir que

ante la naturaleza de la enfermedad neoplásica, pueda aceptarse cualquiera complicación de las mencionadas como más banal que la enfermedad cancerosa si tal lesión puede ser radicalmente extirpada, dándole al paciente una chance de curación.

Tres nuevas observaciones de prostatectomía radical por vía perineal en el carcinoma, son nuestro aporte en la presente comunicación que sumadas a las ya realizadas en el P. Argerich y en la clientela privada, hacen un total de 26 observaciones cuyo balance nos resulta favorable en la solución de la enfermedad cancerosa de la próstata.

La técnica quirúrgica empleada, fué en todos los casos la de E. Belt (J. Urol. Sept. 1942, Vol. 48, N° 3). Este abordaje se caracteriza por: 1) pasar por dentro del esfínter anal y 2) por utilizar el espacio desplegable intrarrectal y consta de los siguientes puntos:

- 1) Posición perineal forzada.
- 2) Incisión curva bisquiática a $1\frac{1}{2}$ cm. de la unión cutáneo mucosa anal.
- 3) El labio inferior de la piel cortada se lo tracciona hacia abajo poniendo en tensión las fibras del rafe que se cortan apareciendo el esfínter anal que se lo desplaza hacia arriba, hasta que aparezcan las fibras longitudinales del recto.
- 4) Los músculos elevadores del ano, se los separa en la línea media y son desplazados hasta dejar a la vista el aspecto postero lateral de la próstata. Las fibras verticales del recto son deprimidas. Debajo del límite más bajo de la próstata. Los aspectos laterales de la próstata son separados por disección roma.
- 5) El pedículo vascular que entra en cada borde lateral inferior, es aislado y ligado.
- 6) La fascia que cubre las vesículas seminales inmediatamente por debajo del límite inferior de la próstata, es cortada transversalmente mostrando las vesículas y ampollas deferentes. Estas se disecan y sus pedículos vasculares se ligan. Las ampollas del deferente se cortan lo más alto posible.
- 7) Volviendo al vértice de la próstata, se corta la glándula y uretra dejando o no, un collarete de tejido prostático con la uretra membranosa. La disección se continúa entre la cara anterior de la próstata y el plexo venoso que la circunda, las venas deben respetarse.
- 8) La próstata pende ahora unida a la vejiga por la mucosa del cuello. La mucosa se corta alrededor y la pieza se extirpa completa con vesículas y ampollas deferentes.
- 9) La uretra y cuello de vejiga se anastomosan. El primero de los 4 puntos se coloca anteriormente mientras el cateter uretral el cual ha sido introducido a través de la uretra es levantado, dejando el orificio de la uretra cortada a la vista. El cateter uretral se introduce entonces en la vejiga. El cuello vesical y la uretra se aproximan. Dos puntos laterales y uno posterior, terminan la sutura entre ellas. La fascia de las vesículas seminales, que había sido cortada y reparada se sutura a la adventicia de la uretra membranosa dando un refuerzo adicional a la anastomosis entre uretra y cuello vesical y asegura una cura por prima.
- 10) Los músculos elevadores, son aproximados con puntos separados. Se emplea en todas las suturas catgut crómico N° 0.

- 11) El borde del esfínter rectal, es llevado al contacto del rafe por una sutura circular. Un drenaje lateral de rubber se deja en contacto con la cara posterior de la vejiga. La piel se cierra con sutura intradérmica o a puntos separados. El drenaje se deja 24 horas. La sonda uretral Foley o Bequill, 7 días. El control urinario es bueno si no hay lesión de la uretra membranosa.

OBSERVACIONES

Caso 1º: R. R., 55 años. Ficha 1191, del P. Argerich. Ingresó 2-IV-53. — Comienza hace año y medio con ardor en el pene y polaquiuria nocturna. Todas las pruebas urológicas



FIG. 1

A. A. — Tubos neoformados. B. — Revestimiento cúbico de tipo neoplásico

resultaron negativas excepto el tacto rectal que denunciaba la existencia de neoplasia próstato-vesicular derecha y el test hormonal con Dienestrol 30 mgs. diarios, positivo. El diagnóstico presuntivo fué el de carcinoma, practicándosele estrogenoterapia hasta que apareció la reacción mamaria y redujeron sus lesiones. No se efectuó castración para evitar la influencia psicológica de la misma, pero el paciente notaba la rápida atrofia de los testículos que eran duros como bolitas. El tratamiento definitivo fué la próstata vesiculectomía total vía Belt. En el post-operatorio se obstruye la sonda con extravasación de orina. *Alta*: 29-4-53, con incontinencia transitoria de orina e impotencia. El informe anatómo patológico pertenece al Dr. Colillas cuya gentileza agradecemos y dice: En los cortes del objeto remitido: próstata. Se observa una proliferación tumoral que aparece bajo la forma de tubos y pequeñas cavidades. Muy

rara vez aparecen cavidades grandes: el revestimiento de estos tubos y cavidades está formado por células cubo cilíndricas o cilíndricas dispuestas unas veces en una sola hilera, otras veces en varias hileras notándose algunas paredes activamente vegetantes, llegando a colmar la luz. Se ve también algunos pequeños islotes macizos y brotes acordonados formados por células de forma globulosa: el estroma es abundante formado por un tejido conjuntivo rico en fibrillas conjuntivas; se observa en algunas zonas pequeños focos inflamatorios y también una infiltración difusa de las células flogísticas. (FIGS. 1 y 2).

Diagnóstico: Adeno epitelioma. Hasta la fecha el paciente goza de buena salud y no presenta signos de recidiva local o alejada, el tratamiento intenso con estrógenos no había curado cáncer como lo demuestra el examen anatomopatológico.



FIG. 2

A. — Tubo tumoral revestido en parte por un epitelio cilíndrico. B.C. — Núcleo monstruoso. D. — Tubo neoplásico a paredes estratificadas. E.E. — Dos células tumorales invadiendo el estroma

CASO 2: D. P., 53 años. H. C. 1961, del P. Argerich. Ingresó 26-X-1953. — Se inicia con un ataque de hemorroides y fistula de ano que repercute sobre la micción produciéndole disuria obstructiva. El tacto rectal fué dudoso de neoplasia circunscripta a la próstata y el resto del aparato urinario, estaba bien. Fué practicado el test hormonal con Dienestrol y las lesiones sospechosas prostáticas se redujeron totalmente al llegar a producir la erección de los pezones. El paciente fué operado en el Servicio de Cirugía de sus hemorroides y fistula y sin castración, ya que sus testículos se habían reducido totalmente de tamaño; fué sometido a la prostatovesiculectomía total vía Belt. En el post-operatorio se obstruye la sonda y se extravasa la orina, pero cicatriza y cura, siendo dado de alta el 23-XI-53 con incontinencia parcial e impotencia. El examen anátomo patológico efectuado por gentileza del Dr. Pico Duni, Protocolo 5929, dice así: Pieza remitida, próstata. *Diagnóstico:* histopatológico: Adenocarcinoma. El paciente ha recuperado de su incontinencia y en los 7 meses transcurridos no presenta recidivas.

CASO 3: Z. J. M., 67 años. H. C. 1308, del P. Argerich. — Comenzó hace año y medio con polaquiuria nocturna y ardor miccional. El examen del aparato urinario alto es negativo y en la esfera baja la vejiga sana a la endoscopia; el tacto rectal demostró la existencia de neoplasia con caracteres de carcinoma y el test hormonal con Dienestrol fué positivo. Se efectuó además una castración, hallándose el único testículo que poseía, bien conservado todavía. Se procedió a la operación radical vía Belt y como la adherencia de las vesículas al recto era grande, se abordó la separación de aquéllas por delante. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y el paciente está continente. El examen anatómo patológico practicado por el Dr. Vivoli, que agradecemos, dice así: Pieza remitida, próstata, *Diagnóstico*: Adenocarcinoma. El paciente aún convaleciente está en buen estado general y su evolución ulterior justificará o no su operación.

COMENTARIOS

En el presente relato, hemos extractado los datos de interés en la historia clínica de nuestros pacientes cuyas edades, coinciden con otras observaciones de tumores malignos de la próstata. La condición fundamental que hemos tenido en cuenta para someter a nuestros pacientes a la operación radical, fué la existencia de lesiones limitadas a la glándula prostática y a las vesículas seminales habiendo establecido para su selección, las investigaciones siguientes: 1) Examen clínico urológico y general. 2) Examen de laboratorio (Sangre, Recuento globular, Eritro sedimentación, Fosfatasas ácidas y alcalinas. 3) Examen endoscópico. 4) Examen radiológico. 5) Test hormonal. 6) Examen anatómo patológico.

Estos elementos de juicio, han sido suficiente para diagnosticar nuestros casos y tener la seguridad de que se trataba de carcinoma. En la duda, no hubiésemos omitido la biopsia por punción o la biopsia operatoria. En cuanto a la técnica operatoria de Belt, por vía perineal nos ha resultado satisfactoria atribuyendo las dificultades a la falta de adiestramiento y creemos que es la técnica de elección porque respeta la anatomía de la región al máximo, trayendo como ventajas la recuperación sólida del periné y la recuperación rápida y segura del paciente.

Los casos operados evolucionaron bien, si consideramos que su evolución duró prácticamente 3 semanas y que la extravasación de orina por la herida en 2 casos, no fué inconveniente para la rápida cicatrización.

Podemos citar, como única complicación la incontinencia transitoria, ya que la impotencia sexual había quedado establecida con el tratamiento estrogénico con Dienestrol.

CONCLUSIONES

Por los resultados obtenidos en nuestros operados, con la operación radical por C. de P. por vía perineal, queremos verter un pequeño comentario sobre sus ventajas y sus desventajas.

En primer término diremos que se trata de una operación técnicamente quirúrgica para los defensores de ella y difícil y riesgosa ejecución para los detractores. En segundo lugar tiene la ventaja de ser una vía poco shockante pues se realiza a través de una pequeña incisión que no compromete las funciones vitales, razonamiento lo suficientemente importante para la operación de personas avanzadas en edad con menor riesgo. Por el contrario, la vía transvesical o retropúbica son indudablemente más riesgosas. En tercer

lugar, un drenaje en la parte más declive del cuerpo, y la proximidad a los planos cutáneos favorece la evacuación de posibles colecciones sanguíneas o infecciosas. En la vía abdominal, en cambio, si bien el drenaje puede hacerse hacia el periné, es más fácil que se produzca la desunión de las suturas vesicouretrales o derrames urohemáticos. En cuarto lugar, creemos que el campo operatorio aunque pequeño, es suficiente para abordar las lesiones localizadas prostatovesiculares. En este aspecto, la prostatectomía radical rectopúbica, tiene un mayor campo de acción para extirpar además las lesiones ganglionares. En quinto lugar diremos que las secuelas operatorias pueden ser las de cualquier tipo de cirugía; unas imputables al procedimiento empleado y las otras a la capacidad del cirujano. Finalmente, las inherentes al paciente.

Una de las más penosas complicaciones atribuida a la cirugía perineal, es la incontinencia de orina, la cual según Elliot J. (J. Urol. Vol. 71 N° 1, enero 1954), no sería debida al desgarramiento del esfínter externo de la uretra, sino a la destrucción del músculo liso vesicouretral de la incontinencia involuntaria. Como en la prostatectomía radical se respeta la aponeurosis triangular que contiene el músculo del esfínter estriado, la incontinencia no se produciría. Esto hace pensar que la incontinencia se produciría por las razones expuestas por Elliot. Ocurre que con la técnica Belt y otras, la incontinencia se restablece tal vez por una angulación de la uretra a nivel de la anastomosis vesicouretral, claro está que esto no es más que una hipótesis.

Todos conocemos casos de incontinencia aún en la operación de Freyer que son imputadas al arrancamiento de la mucosa de la uretra membranosa durante la extirpación del adenoma, con probable lesión del esfínter externo y que según los conceptos expuestos no tendría razón de ser.

Más aún, se dice que, en la prostatectomía retropúbica de Millin, no da incontinencia por la que sería actualmente la operación de elección, parecería esto un contra sentido ya que también debería producir incontinencia, de acuerdo a la idea de Elliot. También podría pensarse aquí, en una angulación de la uretra, en los puntos de fijación a la pelvis de la unión uretrovesical.

Según Puigvert, las incontinencias por cáncer, en la prostatectomía perineal, alcanzaría el 45 % de los pacientes que sobreviven; en cambio Belt es afirmativo al decir que con su técnica no hay incontinencia.

Otras de las complicaciones atribuidas a la prostatectomía radical por vía perineal, es la impotencia la que se observa actualmente debido al intenso tratamiento hormonal a que se someten estos enfermos antes de ser operados, ya que ellos sufren una esterilización química y por lo tanto quedan impotentes antes de ser operados. Esta complicación no es de tener en cuenta en la mayoría de los operados ya que son impotentes por la edad. Como causa de la impotencia se acepta la extirpación de los centros de la erección periférica, distribuidos en la próstata, vesícula seminales y la uretra y que a su vez están en relación con el centro medular sacro.

Para finalizar recordaremos en apoyo de la vía perineal la sentencia de Wesson: *"Ningún hombre tiene derecho a ser clasificado cirujano urológico, si no es competente para practicar cualquiera de los 4 métodos conocidos de prostatectomía"*. No olvidemos tampoco la advertencia de Albarrán cuando al hablar de la impotencia en la prostatectomía perineal por adenoma, dice: que lo primordial es curar la enfermedad obstructiva. ¿Por qué no aplicar entonces el mismo razonamiento en el carcinoma de la próstata donde nos interesa en

primer lugar curar el cáncer y luego reparar las secuelas? Este es nuestro criterio.

R E S U M E N

Se comenta la evolución de 3 casos de prostatectomía radical por carcinoma; estableciendo la necesidad de un diagnóstico precoz por el test hormonal o la biopsia operatoria. Se describe la técnica de Belt seguida de los 3 casos y después de sintetizar la evolución de los mismos, se hace un comentario sobre las ventajas y defectos atribuibles a sus resultados que no pueden invalidar esta técnica a pesar de las complicaciones que deben posponerse cuando se da al paciente un chance de curación o sobrevida.

Dr. Juan Irazu. — Carlos Calvo 618. Buenos Aires.

SESIONES QUIRURGICAS

CORRESPONDIENTE A LA 3ª REUNION DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

En el Servicio del Dr. Luis Pagliere del Hospital Italiano de esta capital, se llevó a cabo la sesión quirúrgica correspondiente al mes de junio actual.

La primera intervención consistió en una *nefrectomía* por tuberculosis renal, con intensa ureteritis estenosante, que el Dr. Pagliere, mediante lumbotomía transmuscular clásica, ligadura y sección previa del pedículo y abocamiento del cabo ureteral a la piel.

A continuación el Dr. Pagliere empleó su procedimiento para la *adenomec-tomía prostática*: abordaje suprapúbico y transvesical de la próstata, enucleación digital del adenoma y drenaje de la vejiga y de la celda con el tubo perineo-hipogástrico, taponando con una pequeña mecha de gasa.

NOTICIAS VARIAS

SESION CONJUNTA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA CON LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CANCEROLOGIA

A proposición de la Sociedad Argentina de Cancerología, la Sociedad Argentina de Urología realizará una sesión conjunta con dicha entidad el 21 de Setiembre del corriente año.

El tema elegido es el siguiente: "*Cáncer de vejiga*".

Han sido designados relatores:

"Anatomía Patológica"	Dr. José L. Monserrat.
"Síntomatología y Diagnóstico"	Dr. Armando Trabucco.
"Tratamiento Quirúrgico"	Dr. Rodolfo I. Mathis.
"Radioterapia"	Dr. Luis María Pons.
"Radiumterapia"	Dr. Luis P. Costa.
"Actinoterapia en general"	Dr. Ismael W. Gramajo.

Coordinador: Dr. Luis E. Pagliere.

SESION CONJUNTA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA CON LA ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA

Esta sesión conjunta se realizará en el mes de octubre próximo sobre el tema "*Cáncer de próstata*". Los relatores son los siguientes:

"Anatomía Patológica"	Dr. José L. Monserrat.
"Etiopatogenia"	Dr. Leónidas Rebaudi.
"Síntomatología y Diagnóstico"	Dr. Alberto E. García.
"Tratamiento"	Dr. Rodolfo de Surra Canard.

Coordinador: Dr. Gerardo Vilar.

SESION CONJUNTA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA
CON LA SOCIEDAD ARGENTINA PARA EL ESTUDIO
DE LA ESTERILIDAD

La Sociedad Argentina para el Estudio de la Esterilidad y la Sociedad Argentina de Urología realizarán una sesión conjunta el viernes 26 de Noviembre del corriente año.

Como relatores oficiales han sido designados, de común acuerdo entre ambas sociedades, el Dr. Armando Trabucco y colaboradores.

El tema escogido es el siguiente:

*“La uretra posterior en la esterilidad masculina: Patogenia.
Diagnóstico y Tratamiento.”*

REVISTA DE REVISTAS

Incontinencia fecal y urinaria debido a anomalías congénitas del riñón.

A. H. Bill, D. H. Dillard, H. E. Eggers, O. Jensen, Seattle, Washington.

«Surgery Gin. and Obstetrics». Vol. 98, N° 5. Mayo 1954.

El caso de dos historias con incontinencia debida a anomalías congénitas son comentadas. El tratamiento en cada instancia, consiste en trasplante de los uréteres dentro de un segmento de ileon la cual fué luego llevada hacia la piel de la pared abdominal para actuar como un conducto urinario (procedimiento Bricker). La incontinencia fecal ha sido bien manejada por medio de constipación, dieta y simples enemas.

La hidronefrosis preexistente se aumentó en cada caso. La infección urinaria fué eliminada. Los electrolitos se hallaron bien 9 a 15 meses después de la operación. Este método ha provisto una aceptable seguridad y medios convenientes del control urinario.

Aspectos quirúrgicos de hipertensión nefrógena. E. France Word y C. J.

Coady. «J. of Int. Coll. of Surg.». XXI, 447. 1954.

Los autores a través de su experiencia, dicen que hay un pequeño porcentaje de pacientes que pueden beneficiarse, si son cuidadosamente seleccionados, por un tratamiento quirúrgico.

En su experiencia establecen que han obtenido buenos resultados en enfermos cuyos riñones tenían microscópicamente lesiones crónica difusa, con escasos o sin cambios en la estructura arteriolar.

Insisten en la necesidad de seleccionar cuidadosamente los casos antes de someterlos a la terapéutica quirúrgica.

El tratamiento de la tuberculosis renal. J. K. Lattimer. «J. of Int. Coll. of Surg.». XXI, 489. 1954.

Expresa el autor que la tuberculosis renal es aún una enfermedad grave, de curso desconocido, si la enfermedad no es tratada convenientemente.

La extirpación de lesiones unilaterales o aisladas sea por nefrectomía total o parcial es el modo más efectivo de eliminar el foco tuberculoso, más que el mismo tratamiento quimioterápico, el que deja reservado para los casos inoperables, usando un gramo de estreptomina dos veces por semana y doce gramos diarios de ácido paraaminosalicílico. A ello agrega 300 miligramos diarios de hidrazida del ácido isonicotínico.

Basa su experiencia en el estudio de 544 casos.

Obstrucción del cuello de vejiga de la mujer. *P. Ch. Mathé* «Journ. of the Intern. Coll. of Surg.». Vol. XXI, N.º. 2. Feb. 1954,

Se ha establecido la identidad clínica de Obstrucción del cuello vesical en la mujer. El autor hace notar la importancia del diagnóstico y tratamiento precoces, antes de que se produzca lesión irreparable de la vía urinaria.

Se presenta una revisión histórica y bibliográfica. Se clasifican las diversas obstrucciones intrínsecas y extrínsecas del vesical de la mujer. Las lesiones intrínsecas consisten en: 1) padecimientos neurogénicos en los cuales existen espasmo o hipertrofia del esfínter, malformación congénita (incluyendo contractura de las valvas de la porción posterior de la uretra e hipertrofia del trigono) y 2) cambios anatómicos del cuello mismo, tales como hipertrofia fibromuscular, glándulas infectadas, pólicios, quistes, prolapso, tejido de granulación, repliegues, próstata femenina y tumoración maligna.

Los signos diagnósticos más importantes son la presencia constante de orina residual y los episodios recurrentes de cistitis y pielonefritis ascendente. El análisis de orina puede dar lugar a malas interpretaciones. Los síntomas más frecuentes son, Polaquiuria, deseo inmediato de micción, disuria, disminución del grosor del chorro urinario y retención urinaria. La obstrucción del cuello vesical se confunde a veces con la historia, cistocele o padecimiento del útero, anexos, órganos abdominales o riñones.

La obstrucción del cuello vesical puede visualizarse únicamente con un cistoureoscopio (no puede ser observada con el uso del cistoscopio de ángulo recto común). El examen con el uretrocistoscopio revela la lesión obstructiva así como los cambios consecutivos a la presión de la vejiga. La ureteropielografía demuestra el hidroureter e hidronefrosis resultantes. El estudio cistográfico algunas veces muestra el defecto de llenado en la base de la vejiga.

En los casos de contractura temprana del cuello vesical es efectiva la dilatación progresiva. Los pacientes que no responden a los tratamientos conservadores se tratan mejor por la resección transuretral o por la operación abierta. La técnica correcta es de gran importancia en la prevención de una fistula vesicouretral. No quitando mucho tejido la primera vez y mediante el empleo de una corriente coagulante débil el autor ha prevenido complicaciones desagradables. El autor ha obtenido resultados excelentes con el método descrito anteriormente para el tratamiento de la obstrucción del cuello vesical en la mujer.

La torsión espontánea del testículo ectópico. *Marino Mini.* «Arch. Ital. di Urol.». Vol. XXVII, Fasc. I, Pág. 15.

Un completo y acabado estudio, hace el autor de la frecuencia, sitio de la torsión y tipo de la misma así como las características de la lesión según el sitio donde asiente el testículo y se refiere a su etiopatogenia y mecanismo. Se detiene preferentemente en el diagnóstico diferencial y se muestra inclinado a la ectomía cuando alude al tratamiento, pues refiere que la atrofia es la consecuencia obligada de la alteración.

Cólico reno-ureteral atribuible a disfunción hormonal (síndrome hiperfolículo-líneo). *P. Zobolt y G. Cattelani.* «Arch. Ital. di Urol.». Vol. XXVII, Fasc. II, Pág. 123.

Definen los autores al cólico renal como un síndrome doloroso esencialmente provocado por un espasmo, más o menos circunscripto, del plexo muscular liso de las vías urinarias, localizado en un punto cualquiera del sistema excretor y originado dentro o fuera del riñón; además que todo aquello que afecte la tonicidad del plexo muscular puede generar un espasmo y hasta un cólico.

Citan ocho casos de cólicos renales donde no se observan lesiones renoureterales de ningún tipo en enfermas con síndrome hiperfolículo-líneo en los que se asocian una ligera espasmofilia asociada a una hipocalcemia, habitualmente constatada. Atribuyen esta espasmofilia a alteraciones de las paratiroides, centros diencefálicos o centrales y la relacionan con las alteraciones generales de la musculatura lisa a nivel del píloro, vesícula biliar, bronquios, etc.

Estudio sobre el comportamiento histofuncional del uréter y del sigma después de la ureterosigmoideostomía. P. Cavazzana y M. Carando.
«Arch. Ital. di Urol.», Vol. XXVII, Fasc. II, Pág. 90.

Refieren los autores los estudios necrópsicos de siete enfermos de los cuales seis habían sufrido abocamientos bilaterales y uno unilateral, por distintas causas: neoplasias vesicales, ectrofia vesical, neoplasia de útero y tuberculosis vesical, después de lapsos que varían entre 5 meses y siete años, llamando la atención sobre la adaptación funcional e histológica de la neoboca y la inutilidad de practicar quirúrgicamente esfinteres o un largo trayecto intramural en le sigmoide.

Contribución al estudio de las acciones de las hidracidas del ácido isonicotínico en la tuberculosis de las vías urinarias. B. Terruzzi. «Arch. Ital. di Urol.», Vol. XXVI, Fasc. VI, Pág. 522.

Refiere el autor su experiencia en 11 casos de tuberculosis renal, siete bilaterales y cuatro en riñón único, observando el trípede sintomático constituido por cistitis, piuria y baciluria. Manifiesta que en general la droga es bien tolerada aún en los hiperazotémicos y encuentra un solo caso de exantema de tipo anafiláctico.

De los 11 enfermos en ocho encuentra mejorías, en dos estacionamientos de las lesiones, en uno empeoramiento, sin referir ninguna curación, pero comunica que la hidrácida del ácido isonicotínico es mejor tolerada que las tiosemicarbazonas y el P.A.S.

Reglamentación Editorial

(Con las modificaciones aprobadas en la Asamblea Extraordinaria del 26 de Junio de 1952).

- a) El trabajo presentado debe ser original.
- b) Los originales deben ser escritos a máquina, con doble interlínea, sobre un solo lado de las hojas, numerando las páginas, evitando errores de ortografía, sobre todo en idiomas extranjeros.
- c) Título breve (con aclaración en párrafo aparte).
- d) Las citas bibliográficas deben mencionar: 1º. Apellido del autor. 2º. Iniciales de sus nombres. 3º. Título del trabajo. 4º. Título de la revista (abreviado). Año. Volumen. Página.
- e) Los trabajos de casuística deben constar exclusivamente con una historia clínica sucinta con las radiografías o dibujos del caso presentado.
- f) Los socios designados Relatores en jornadas, como así también los que fueren invitados a pronunciar conferencias en nuestra Sociedad, gozarán con respecto a la publicación de la impresión de 10 páginas y 8 sitios para clisés o dibujos. Lo que exceda queda a cargo del autor.
- g) Todo miembro titular o adherente que presente trabajos en nuestra Sociedad queda sujeto al compromiso del pago que demande el texto, clisés y dibujos.
- h) Los apartados de la Revista estarán a cargo de los autores y deberán ser solicitados al hacer entrega de los originales del trabajo (modificación art. 14. - Regl. Revista - Asamblea 22 Julio 1948).
- i) La Comisión de la Revista tiene amplias facultades para publicar o no un trabajo científico. Tendrá en cuenta para resolver en esta materia el valor científico de dicho trabajo.

Estas resoluciones se tomarán después de oír la opinión de todos sus miembros.