

“CIRUGIA DEL URETER TERMINAL”

por el Dr. ALBERTO J. CLARET

Tengo el grato honor de iniciar la reunión científica de las Primeras Jornadas Rioplatenses de Urología. Aunque inmerecida, la satisfacción de ser relator en esta ciudad es enorme, pero también grande la responsabilidad que ello involucra.

Venir a esta ciudad hermana como relator de las Primeras Jornadas Rioplatenses de Urología y del 5º Congreso Uruguayo de Medicina, ser Relator Oficial de un tema que hace muy poco ha sido tratado exhaustivamente y con el brillo que lo hicieron los Dres. Casal y Dotta en Tucumán, hará que la comparación de relatos tan frescos en la memoria de Uds., deje un saldo desfavorable para este modesto aporte a la cirugía del uréter terminal. Felizmente iniciamos hoy estas ansiadas Jornadas para las cuales auguro el mayor de los éxitos, para que en un futuro, en amistosa contienda, podamos superarnos para bien de nuestra especialidad.

Tengo que agradecer la honrosa designación y la colaboración de los Dres. J. Casal, J. M. Guzmán, C. A. Mackintosh y E. Fisch que me han ayudado, los primeros, permitiéndome incluir parte de su trabajo presentado en Tucumán y los últimos colaboradores y amigos de mi servicio del Policlínico de Avellaneda.

He dividido, para la exposición, el relato de la siguiente manera:

CUADRO I

I DEFINICION DE URETER TERMINAL			
II ANATOMIA NORMAL			
III FISILOGIA			
IV FISIOPATOLOGIA Reflujos			
V FATOLOGIA			
VI CLINICA			
VII TRATAMIENTO	{ Médico	{ Endoscópico	{ Abordaje
	{ Quirúrgico	{ Cruento	{ Ureterocistoneostomías
			{ Plásticas tubulares
			{ De necesidad Plásticas de remplazo
			{ Procedimientos antirreflujos
VIII CASOS CLINICOS			
IX CONCLUSIONES			
X RESUMEN			
XI BIBLIOGRAFIA			

DEFINICION

Consideraremos dos definiciones:

La primera estrictamente anatómica, que sería adopción de la que Casal dierra en Tucumán: "Uréter terminal es el trozo o porción de uréter pelviano que se extiende desde la inserción del músculo de Waldeyer a 3 ó 4 centímetros por encima de la vejiga hasta el orificio ureteral". La segunda definición o quirúr-

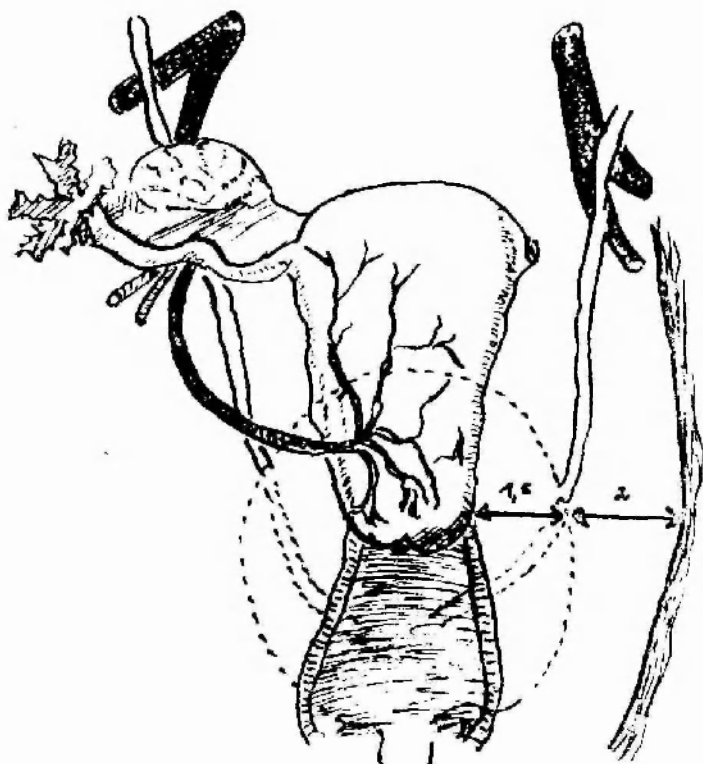


Figura 1

gica, de límites menos definidos, más imprecisa, pero más práctica tal vez para el tema que nos ocupa dice: "Es el segmento de uréter que pierde su vinculación con el peritoneo extendiéndose en longitud entre 4 y 6 centímetros por encima del meato ureteral". Más sencillamente aún, la porción baja del uréter pelviano y el segmento intramural.

ANATOMIA

Estudiaremos una parte *extravesical* y otra *intra-vesical*.

Al entrecruzar por delante los vasos ilíacos primitivos en su bifurcación, el uréter pelviano desciende hacia la vejiga, siguiendo una dirección curvilínea, pasando por delante de la articulación sacro-ilíaca y por detrás de los vasos ováricos en la mujer.

El izquierdo cruza la terminación de la arteria ilíaca primitiva y se encuentra a su vez cruzado y cubierto por el colon izquierdo. El derecho pasa sobre el

origen de la ílaca externa. Su dirección hacia abajo, afuera y adelante se hace transversal, para llegar a la vejiga, rodeado de vasos: arterias, génito-vesicales, plexos venosos lateroviscerales, linfáticos. Sus relaciones varían aquí en el hombre y la mujer. En el primero, el uréter pasa por debajo del deferente (2º jalón quirúrgico) y llega a la vejiga por su cara posterior, encontrándose delante de las vesículas seminales, donde és rodeado por las arterias vesicogenitales: rama vesical por delante y vesículo deferencial por detrás.

En la mujer, atraviesa la base del ligamento ancho en la condensación de la fascia iliopélvica o condensación de Mackenrodt y toca la pared posterior de la vejiga, por delante de la pared anterior de la vagina.

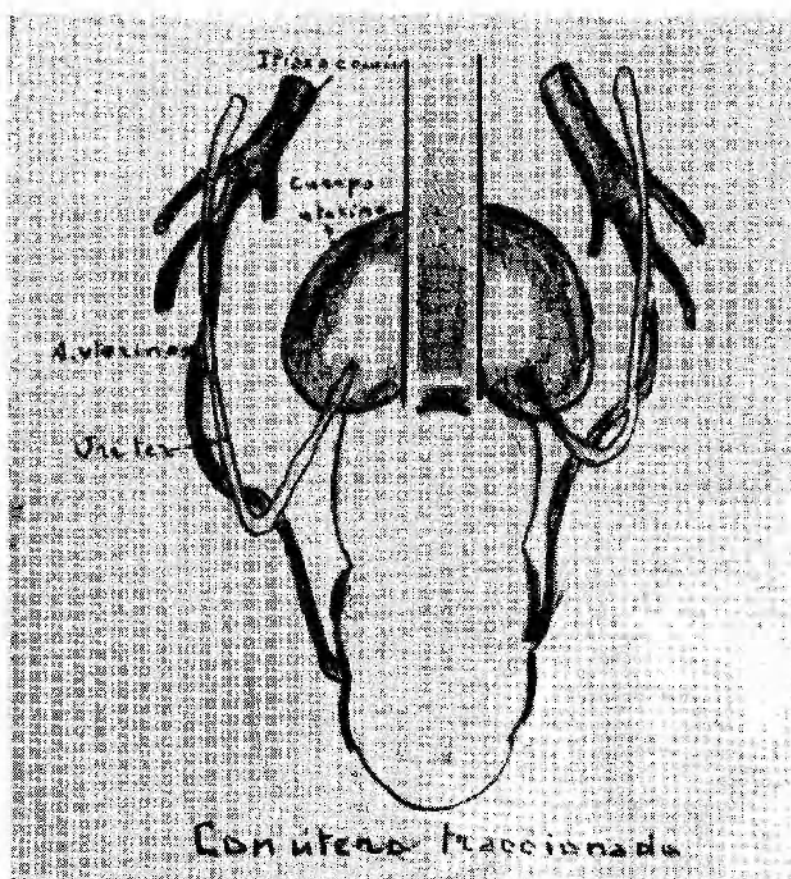


Figura 2

De acuerdo con Brasch, las relaciones entre vagina y uréter, varían. Una porción del uréter asienta en el tejido conectivo, entre vagina y vejiga, y luego en la pared misma del músculo vesical. La asimetría es la regla: el uréter izquierdo tiene más relación con la vagina que el derecho. Los vasos que rodean el uréter, al llegar a la vejiga son más importantes que en el hombre, siendo la arteria uterina la principal. (Fig. 2). A este nivel el uréter pasa por debajo de ella, dando ramas cérvico vaginales y vesicales. La arteria vaginal larga pasa por detrás del uréter. Dos grupos venosos infra y supra ureterales contribuyen a formar el estuche vascular que será necesario seccionar para el abordaje de esta porción del uréter.

Resumido así el segmento extravascular, pasaremos al estudio del uréter intravascular para lo cual tomaremos los recientes estudios de Casal y Guzmán.

Este tubo muscular constituido esencialmente por músculo liso en sus dos terceras partes, se encuentra en esta porción extravascular reforzado por el músculo de Waldeyer al que por su importancia estudiaremos en particular. (Figura 3).

Para su función específica, la unión urétero-vesical tiene caracteres anatómicos especiales que los distinguen del resto del órgano, constituyendo juntamente con la vejiga un mismo segmento funcional. (Fig. 4). La porción intravascular consta a su vez de dos partes: la 1ª *transvesical* o *intramural*, (c) cuya longitud depende del estado de vacuidad o dilatación vesical; la 2ª *submucosa*

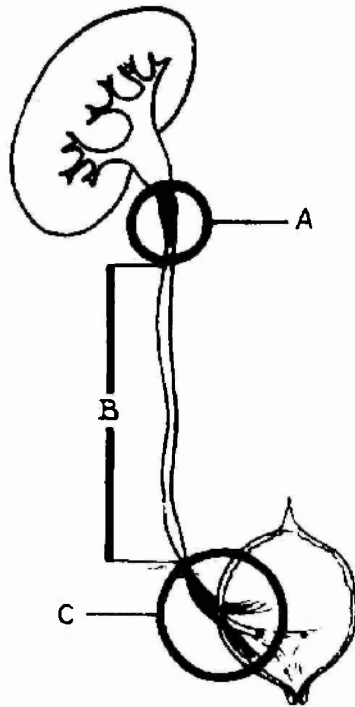


Figura 3 (Dr. Casal)

(d) de una longitud, en el adulto que varía entre 1,5 cm. a 2 cm., siendo más corto este segmento en el niño.

La penetración del uréter en la vejiga se hace en su cara posterior, en un verdadero hiato formado por el asa de Heiss, por dentro y el asa hiatal anterior por fuera. (Fig. 5).

El primero, junto con el músculo longitudinal posterior, dan apoyo a la porción intra y transvesical del uréter. Algunas de estas fibras se insertan en la próstata y otras se confunden con el detrusor. (Fig. 6).

El segmento transparietal está rodeado por tejido laxo que facilita el deslizamiento del uréter en los distintos grados de repleción vesical. (Fig. 7).

La porción submucosa, desprovista de elementos musculares, asienta sobre el plano muscular que le da sostén y apoyo. También Hutch comparte este concepto: el uréter pasa a través del hiato, libre de fijación, excepto la proporcionada por el músculo de Waldeyer. La vejiga puede así moverse sobre el uréter.

(Fig. 8): Músculo de Waldeyer: única conexión entre vejiga y uréter. Forma el límite superior del uréter terminal. Según Testut sería el tercer plano muscular externo formado por fibras longitudinales (existe otra capa interna separada por una intermedia de fibras circulares).

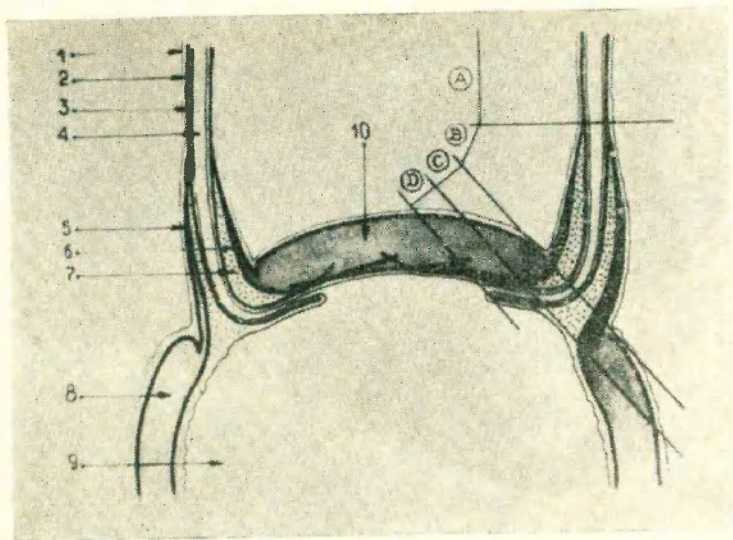


Figura 4 (Dr. Casal)

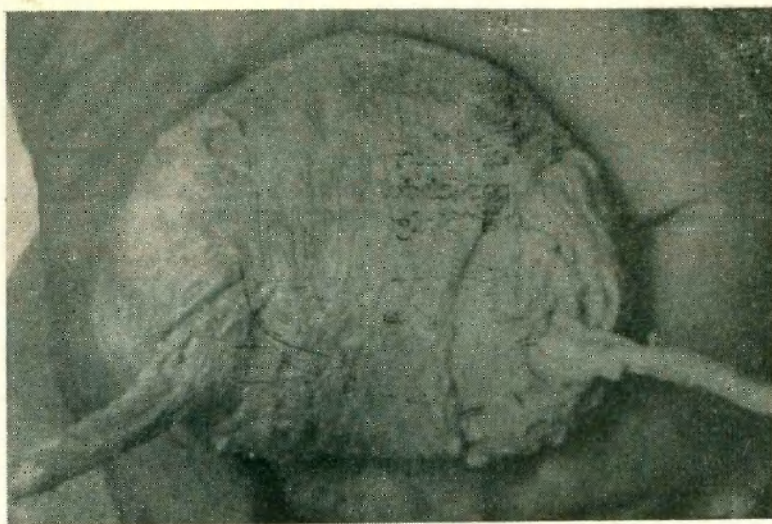


Figura 5 (Dr. Casal)

Waldeyer le dio el nombre de vaina y fue considerado como un plano de deslizamiento. Este mismo autor con Zuckerkandl lo interpretó de origen vesical.

La adventicia del uréter es reforzada y engrosada en su porción distal por fascículos longitudinales de músculo liso hasta su terminación en la vejiga, formando con el tejido fibroso una vaina, de Waldeyer. Hutch relaciona éste con el músculo de Bell y el músculo interuretérico de Mercier. (Figs. 10 y 11).

Casal dice: es una formación constante de caracteres semejantes. Toma origen en la vejiga y asciende cubriendo ambas caras laterales y la posterior, dejan-

do libre la anterior del uréter. (Fig. 9). Más hacia arriba, el manguito se hace completo y rodea por tres o cuatro centímetros el uréter. Salvo los lugares de inserción éste se encuentra rodeado por un tejido conjuntivo denso, que permite la disección del músculo y el uréter. Al llegar a la vejiga se forman dos fascículos; los inferiores se dirigen hacia adelante para formar el ansa preureteral (an-

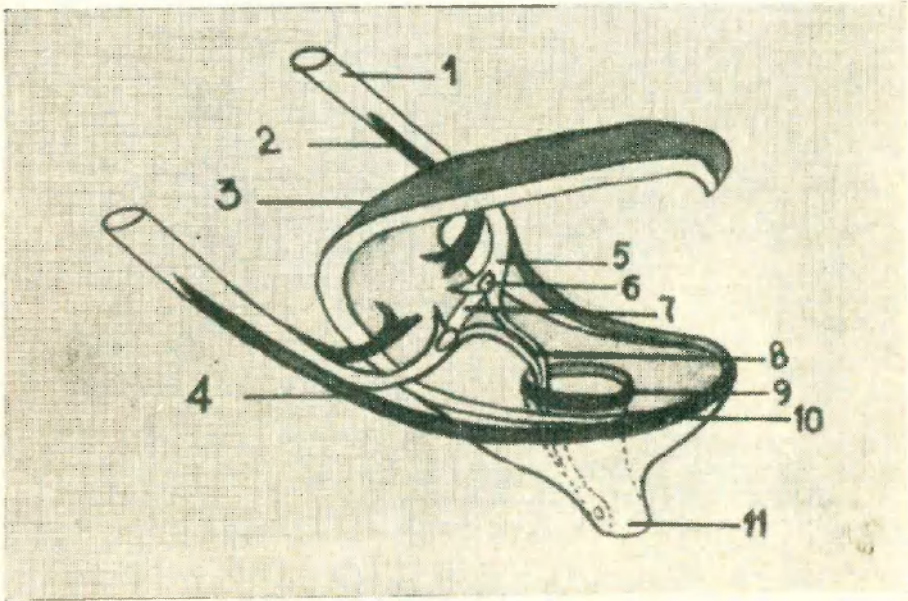


Figura 6 (Dr. Casal)

sa del detrusor de G. Vernet), el fascículo interno, se incurva adentro y se pierde en el detrusor, en la musculatura profunda, de la cara posterior de la vejiga. (Figura 13).

Las fibras longitudinales del uréter se dividen en dos fascículos: (Fig. 13) el superior, más grueso; se une con el del lado opuesto y forma el músculo interuretérico de Mercier dando también algunas fibras al detrusor. El otro, más del-



Figura 7 (Dr. Casal)

gado, bordea el trígono y en forma de abanico, sigue hasta la uretra posterior, insertándose a nivel del verum montanum. De esta manera, estas fibras longitudinales han buscado apoyo y fijación en el detrusor. Al llegar al meato, el uréter se despoja también de sus fibras circulares, así el segmento intramural o transvesical, reducido a un tubo mucoso, constituye el tercer segmento o sub-



Figura 8 (Dr. Casal)

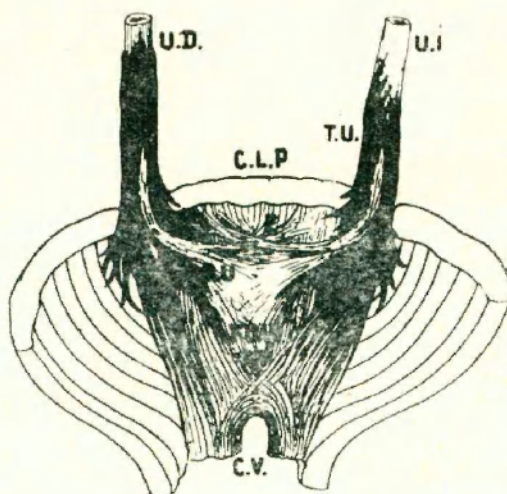


Figura 9 (Dr. Casal)

mucoso. Rodeado sólo de tejido fibroso laxo, tiene un verdadero plano de clivaje y separación con la mucosa vesical. Orientado hacia abajo y adentro, descansa sobre el haz longitudinal posterior de la vejiga y las formaciones musculares laterales del detrusor, aunque no tiene ninguna conexión con éste. El tejido celular que lo separa de la mucosa es el mismo que lo aísla del músculo de Waldeyer. Los meatos son el mayor punto de fijación del uréter. Casal y Guzmán

han demostrado que no varía la distancia entre sí (de 2,5 a 4,5 cm.). Cualquiera sea el grado de repleción o vacuidad de la vejiga. (Fig. 14). El triángulo es la porción fija de la vejiga. No sucede lo mismo con la longitud que llega a du-

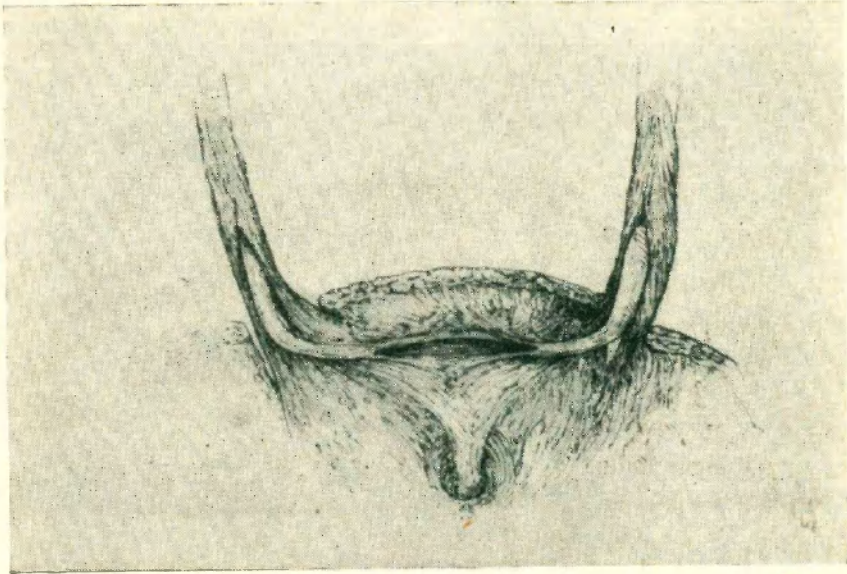


Figura 10 (Dr. Casal)

plicarse en el mayor grado de repleción. Fig. 15. Casal y otros autores consideran este mecanismo de fundamental importancia en el sistema valvular ureterovesical. Dicha longitud también varía con la edad.

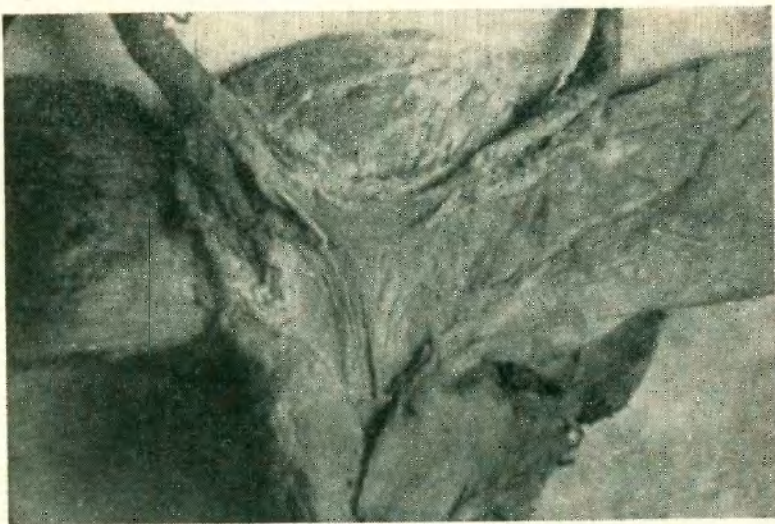


Figura 11 (Dr. Casal)

CONCEPTO ESTATICO DE HUTCH:

Prematuro 7 meses	0,1 cm.
Prematuro 8½ meses	0,35 cm.
Nacimiento	0,5 cm.
1 año	0,7 cm.
2 años	0,55 cm.
6 años	0,85 cm.
10 años	1.15 cm.
12 años	1 cm.
19 años	1,45 cm.
Más 21 años	1.35 cm.

La *vascularización* del uréter está dada por la arteria ureteral inferior, rama de la vesical inferior, de la íliaca primitiva o de la hipogástrica; de ramas accesorias o arterias cortas provenientes de la vesículo-deferencial y de la prostática en el hombre y en la mujer de la uterina y de la cervicovaginal. Ramos inconsistentes pueden venir de las vesicales inferiores y hemorroidal media. En la ad-

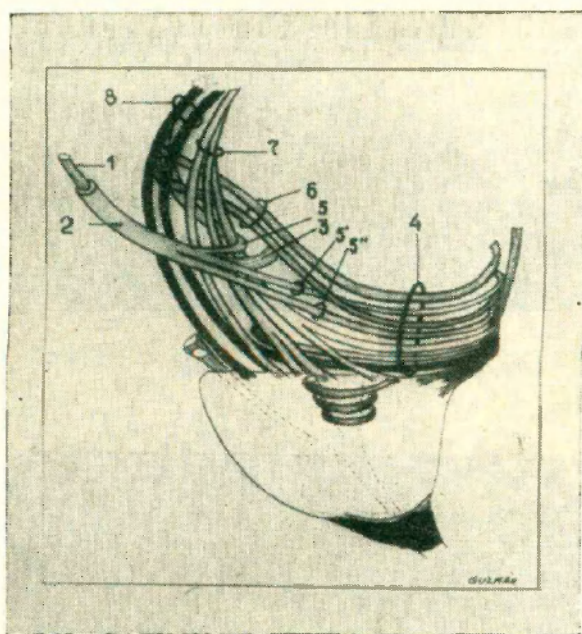


Figura 13 (Dr. Casal)

venticia ureteral las arterias dan ramos ascendentes y descendentes que se anastomosan entre sí, recorriendo el uréter en toda su longitud dando ramas musculares y submucosas.

Las *venas* son semejantes a las arterias y van por intermedio de las vesículo-deferenciales a desagotar en las hipogástricas.

El *sistema linfático* se distribuye por la adventicia, muscular y submucosa yendo los colectores al ganglio latero-sacro, o sino al ganglio del promontorio sobre la bifurcación de la aorta. Un segundo grupo de colectores cruza la arteria umbilical y termina en los ganglios de la íliaca externa. Pueden también hacerlo

sobre ganglios de la arteria umbilical. Un tercer grupo sigue la adventicia más de un tercio de su longitud y termina en un ganglio interaórtico. Figura 16.

Inervación: Está dada por los nervios y ganglios hipogástricos que constituyen el plexo hipogástrico. El filete llamado por Latarjet, nervio lateral principal de la porción pélvica, alcanza el uréter en el estrecho superior y se divide en ramos ascendentes y descendentes. Del ganglio hipogástrico sale una rama, el nervio uréterovesical externo que cruza el uréter a un cm., por encima de su entrada en la vejiga y le proporciona ramos ascendentes que se anastomosan con el anterior. A su vez esta rama, se une con la laterovesical interna y constituye el asa preureteral. Estos filetes terminan en el uréter, formando tres plexos sub-adventicio, muscular y coriónico.

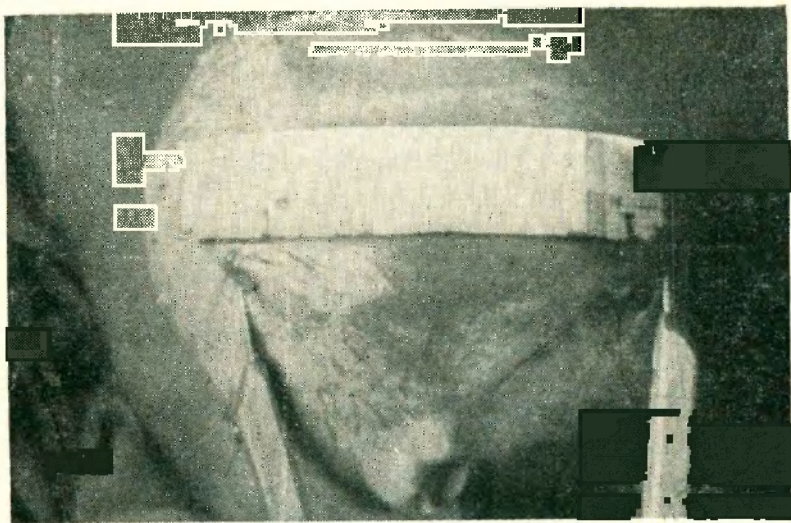


Figura 14 (Dr. Casal)

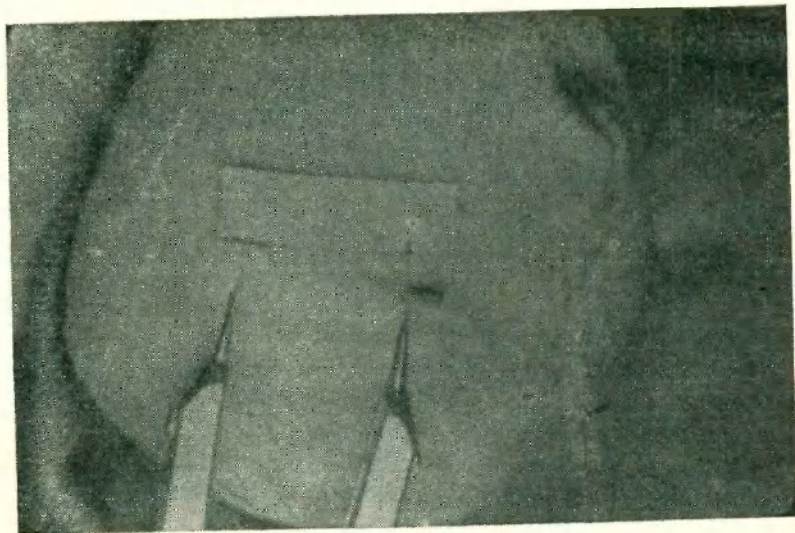


Figura 15 (Dr. Casal)

FISIOLOGIA

El uréter tiene dos funciones esenciales: 1ª conducción de la orina; 2ª protección tensional de los sectores proximales.

A nivel de los distintos segmentos de las vías de excreción existen diferentes tensiones, comprobadas hoy muy bien por la electrotonometría.

En el momento de la micción se modifica la presión endovesical. Para preservar la función normal de las entidades suprayacentes y la presión útil de filtración se ponen en juego mecanismos estáticos dinámicos.

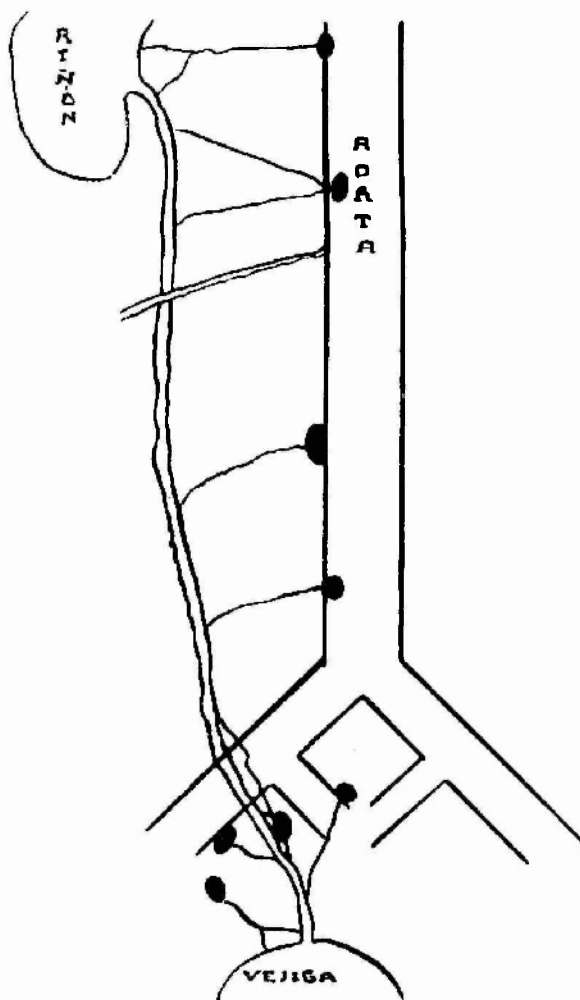


Figura 16

Son diversas las teorías que tratan de explicar el papel del sistema nervioso, endócrino y sus relaciones con el sistema nervioso vegetativo y central.

Pasaremos por alto, por escapar a los límites de este trabajo, las numerosas teorías que tratan de explicar la dinámica ureteral.

Sólo nos ocuparemos del uréter como órgano de protección.

El lleno vesical actúa como verdadero obstáculo a la eliminación, elevando la presión basal del uréter y alterando el ritmo y amplitud de las contrac-

ciones. Ejemplos comunes de esta alteración son la dificultad de eliminación del índigo carmín en las pruebas funcionales con vejiga llena y la obtención de ureteropielografías descendentes, más perfectas con vejiga llena.

La primera porción alterada es el uréter terminal y su dilatación va acompañada por hiperpresión y no por hipotonía.

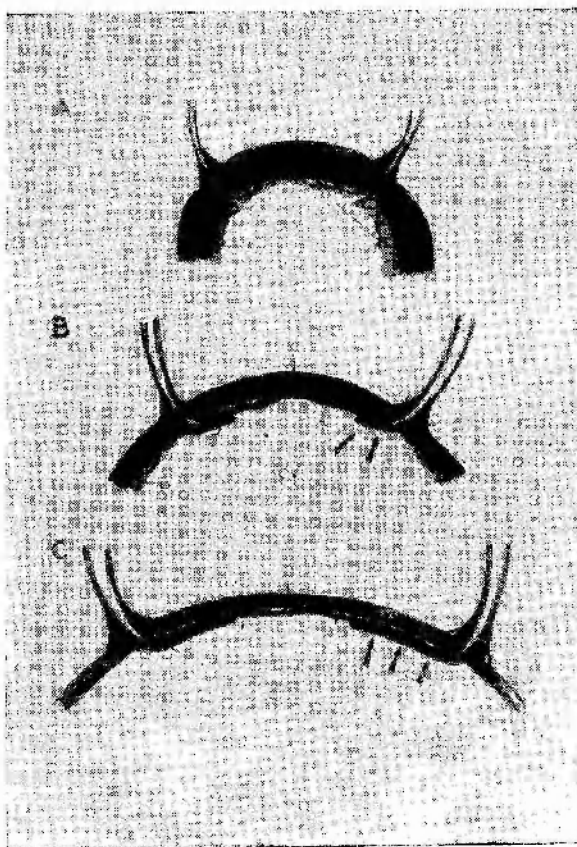


Figura 17 (Dr. Casal)

En mujeres y niños se ve con frecuencia el pasaje de orina vesical al uréter, al elevarse bruscamente la presión endovesical. El reflujo no es patológico, si es fugaz o intermitente y siempre que la presión basal del uréter se mantenga en límites normales.

El aumento de la presión vesical por encima de la basal del uréter no provoca reflujo, sino que modifica la presión basal del uréter y su peristáltica.

Contención ureterovesical. Muchas teorías han sido expuestas; pero resumiremos la presentada en Tucumán: el meato ureteral es el punto fijo amarrado a la aponeurosis perineal media y luego al pubis por intermedio de los músculos antes citados.

El desplazamiento meático en sentido transversal no llegará a los 2 ó 3 milímetros entre el estado de vacuidad y el de máxima distensión vesical. Así fijo el uréter al distenderse la vejiga gracias al plano de deslizamiento, la porción submucosa entra en la vejiga y duplica su longitud. (Fig. 17):

A la acción de este amarre estático se unirá el músculo de Waldeyer, actuando como amarre dinámico.

El uréter submucoso tendría así una pared anterior constituida por dos planos mucosos y una pared posterior, también mucosa.

Fijo al trigono y mantenido por el músculo de Waldeyer y demás fascículos, bastará el aumento de la presión intravesical, para que esas paredes mucosas se adosen e impidan la penetración ascendente de la orina en el uréter. Figura 17. De aquí la frase de Guyon: "La vejiga es el guardián de los uréteres".

Siguiendo los estudios de Casal y sus comprobaciones personales, diremos que la presión basal y el peristaltismo (demostraciones electromanométricas) se alteran en las siguientes situaciones: obstrucciones ureterales, distintos grados de repleción hasta llegar a su máxima presión vesical voluntaria y por último las modificaciones producidas con reflujo en los distintos grados de repleción.

El aumento de esta presión será proporcional a la distancia de la ubicación del proceso. No se modifica en oliguria o normaluria.

A nivel del uréter submucoso, la presión registrada es dada por los segmentos superiores. No existe peristaltismo a ese nivel, por la escasez de fibras musculares.

FISIOPATOLOGIA

La principal función del uréter terminal es la protección del parénquima renal, impidiendo la hiperpresión y la infección de la parte proximal del aparato urinario. Según Hutch, la gran mayoría de las pielonefritis tendrían su origen en un defecto del funcionamiento valvular de este segmento y se han comprobado diversos casos de pielonefritis con atrofia renal, hipertensión y uremia en individuos sin lesiones obstructivas, pero con reflujo. Las lesiones se asemejan a las de las hidronefrosis por obstrucción ureteropielica, publicando Leadbetter casos de nefrectomía con diagnóstico erróneo en los que, estudios posteriores permitieron ver el ascenso del medio de contraste en el muñón ureteral y el riñón, adelfo.

La aparición de la cineradiografía, mejorando el estudio de los enfermos, ha aumentado el porcentaje de los reflujos, de un 12 a un 50 por ciento.

Nos parece acertada la definición dada por Lepoutre en 1926: "Hay reflujo vésico ureteral o renal cuando el contenido vesical asciende hacia las vías urinarias altas, forzando el meato ureteral". Tal vez sea más completa la definición de W. Leadbetter: "Es un estado caracterizado por diversas gradaciones de insuficiencia del mecanismo valvular vesicoureteral que determina el pasaje retrógrado de orina o líquidos introducidos en la vejiga a los uréteres y de allí a la pelvis renal, como consecuencia de la hiperpresión abdominal, de aumento del tonismo vesical o como resultado del esfuerzo miccional."

El reflujo debe ser buscado: 1º) En la pielonefritis crónica, riñones pequeños con caliectasia (comprobación radiográfica). 2º) Dilataciones inexplicables del aparato urinario superior. 3º) Residuo vesical en niños (hasta hace poco considerado como expresión de enfermedad del cuello). 4º) Casos de osteodistrofia inexplicable.

¿Por qué se hace el reflujo? Existen numerosas teorías que tratan de explicar esta falla valvular. Lepoutre relacionó el estado vesical con la acción pasiva valvular y la activa, dada por la contracción del detrusor. La destrucción experimental de la porción submucosa confirma lo visto en la clínica produciéndose el reflujo.

Hughes dice que el peristaltismo ureteral sólo es capaz de evitar el reflujo.

Casal ha graficado los distintos factores que pueden intervenir en la falla valvular de la siguiente manera: (Fig. 20)

Estos factores pueden intervenir asociados o individualmente, alterándose entonces la formación del uréter submucoso. Estas modificaciones del músculo detrusor y de sus formaciones musculares, se ven en las vejigas inmaduras (niños, mujeres) y vejigas neurogénicas.

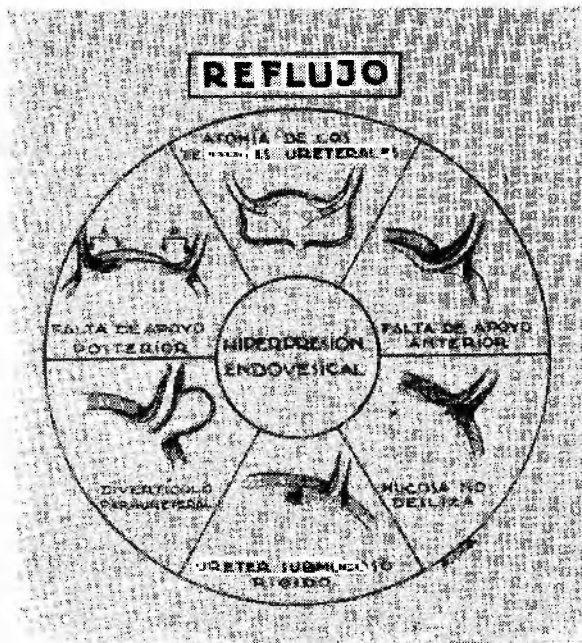


Figura 20 (Dr. Casal)

Es en las disquinencias que falla todo el sistema, en el que el músculo de Waldeyer y su fijez a al cuello, hacen que el uréter, en el momento de lleno vesical, adose las paredes mucosas del mismo que de submucoso se ha hecho extravesical.

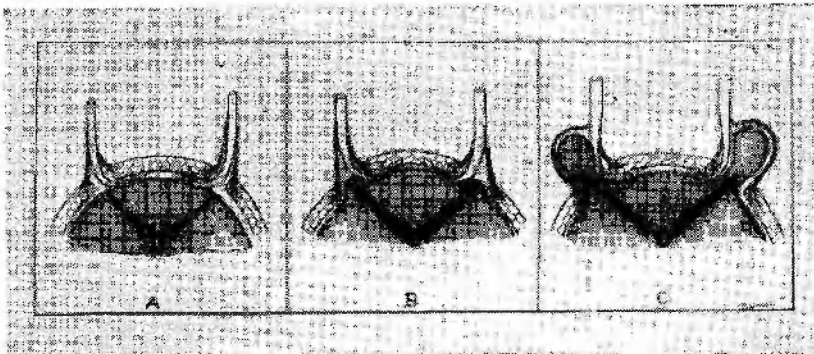


Figura 21 (Dr. Casal)

La alteración de la mucosa vesical por procesos inflamatorios, ya sean agudos, con producción de edemas, o crónicos haciendo perder la elasticidad, puede también conducir a la producción de reflujo (ulceraciones, tuberculosis, operaciones, dilataciones, quistes, tumores, electrocoagulaciones, etc.).

En las vejigas neurogénicas sucede lo contrario; la mucosa vesical herniada, arrastra al ureter terminal y le hace perder el apoyo posterior. (Hernia y extravascularización de Hutch). (Figs. 21, 22, 23). Esto es expresado radiológicamente por los signos de la orejuela y de la muesca. (Fig. 24).

En el reflujo por sorpresa (vejigas no inhibidas supranucleares) no hay tiempo a la formación del apoyo.

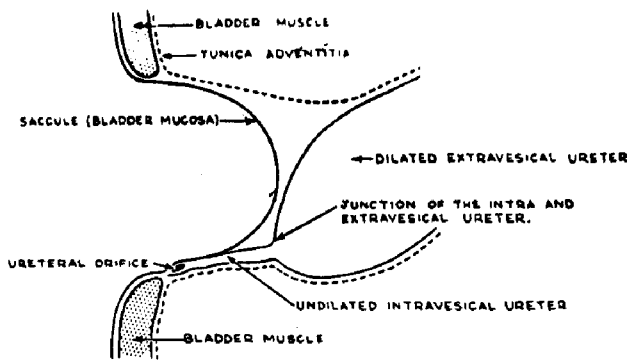


Figura 22 (Dr. Hutch)

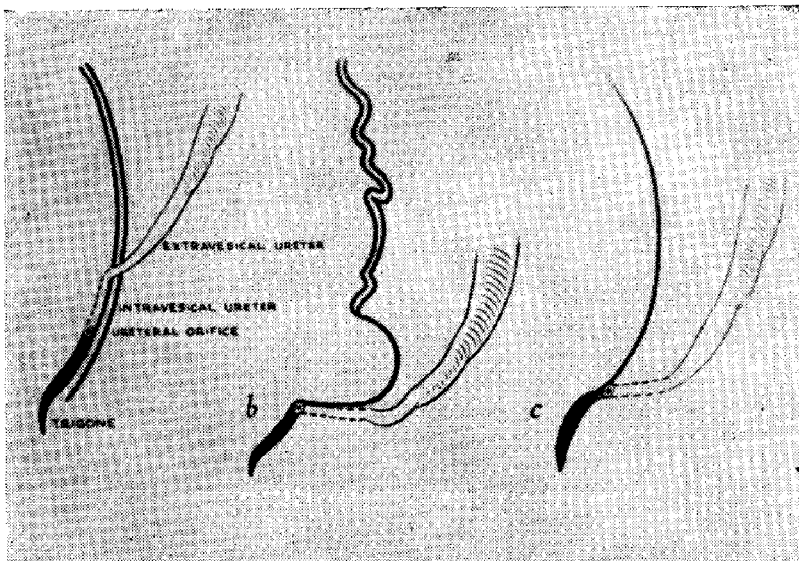


Figura 23 (Dr. Hutch)

El solo aumento de la presión intravesical no da lugar a reflujo, esto ya es conocido de tiempo atrás, sin embargo se lo ve en algunos obstruidos cervicales o infracervicales.

Todo factor que actúe impidiendo o disminuyendo las dos condiciones en la fisiología ureteral de transporte o contención, nos dará uroectasia con todas sus consecuencias.



Figura 24 (Dr. Hutch)

PATOLOGIA

I
ANOMALIAS
CONGENITAS

VALVULAS

- URETEROCELE
 - Unilateral
 - Bilateral
 - Complicados
 - cálculo
 - uronefrosis
 - Intermitente
 - Intermitente ocasional
 - Invariable
 - Prolapsado

- PROLAPSO DEL URETER
 - Permanente
 - Intermitente
 (Diferencia con ureterocele)

- DIVERTICULOS
 - Verdaderos
 - Falsos o adquiridos

- ANOMALIAS DE IMPLANTACION
 - Vesículas seminales, deferente
 - Vagina, útero, vestibulo
 - Uretra, conducto eyaculador, utrículo
 - Divertículo vesical
 - Recto
 - Piel, etc.

MEGAURETER

- ESTRECHECES
 - Yuxtavesical
 - Intramural
 - Mucosa
 - Congénitas
 - Adquiridas
 - Inflamatorias
 - No inflamatorias

URETER RETROILIACO

- REFLUJO VESICoureTERAL
 - Activo
 - Pasivo
 - Precozes
 - Tardíos
 Síndrome del megacisto de I. Williams

- OBSTRUCCIONES
 - Cervicales
 - Infracervicales

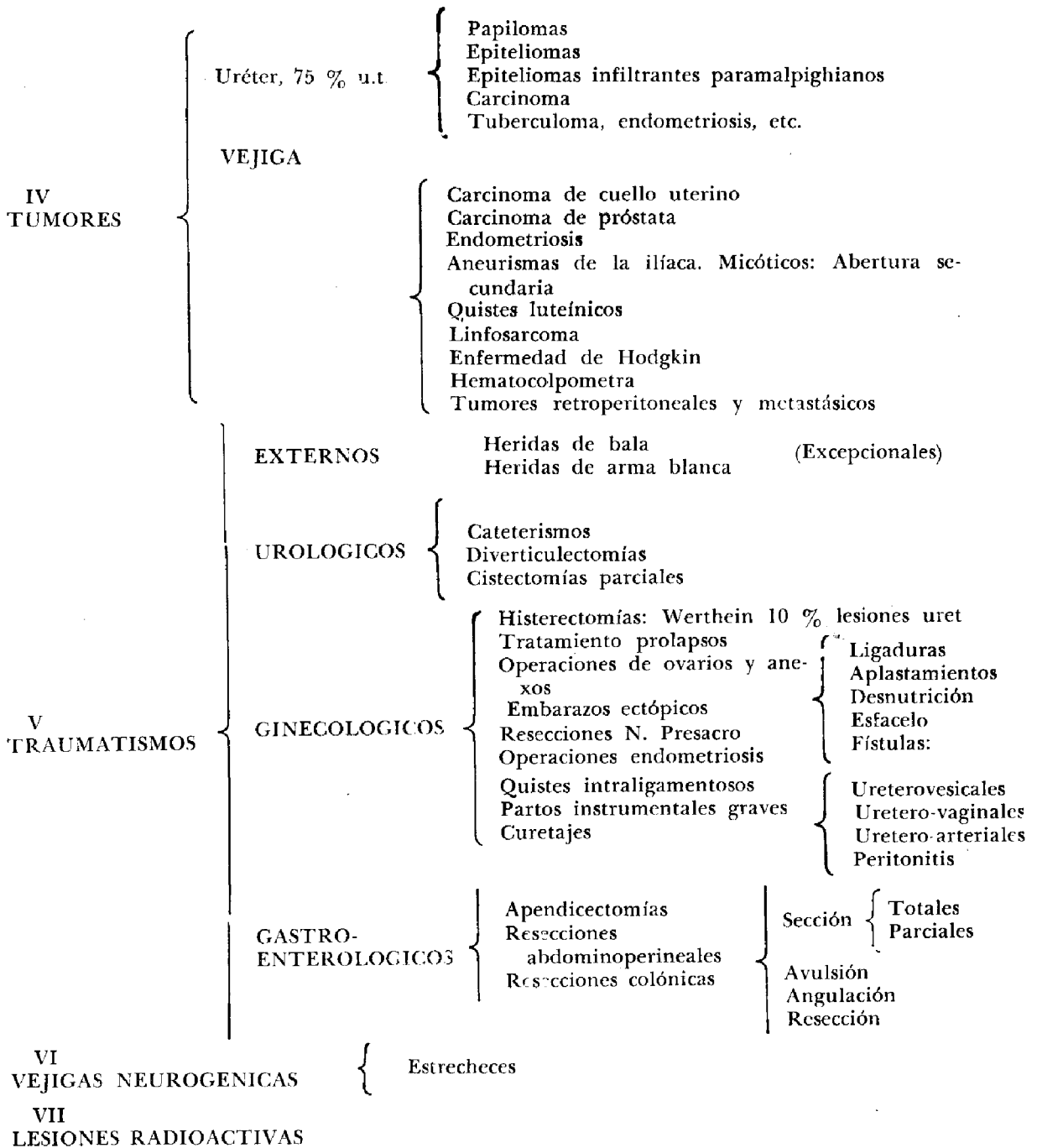
II
LITIASIS

- URETERALES
 - Inespecíficos
 - TBK, Bilharziosis
 - Muñones urterales patológicos
 Hidropio
Absceso
Peritonitis

III
PROCESOS
INFLAMATORIOS

- VESICALES
 - Ulceras
 - Cistitis
 - Agudas
 - Específicas: TBK
 - Inespecíficas
 - Crónicas
 - Específicas: TBK., Bilharziosis

- DE VECINDAD
 - Vesículo deferentitis
 - Deferentitis
 - Abcesos pelvianos, parametritis
 - Anexitis
 - Enteritis regionales
 - Periureteritis



Como hemos visto en este cuadro, toda la patología puede asentar a nivel del uréter terminal. Es un sitio de predilección, con preferencia especial para las anomalías congénitas, sumando a los procesos propios del uréter, los de vecindad.

Desde hace tres meses tengo en atención alrededor de 20 casos con diversa patología del uréter terminal: 4 son reimplantes por tumores vesicales; 1 mega-uréter; 1 ureteroceles; 2 fístulas ureterovaginales post-Wertheim; 5 estenosis yuxtavesicales, 3 por tuberculosis y 2 inespecíficas; 2 obstrucciones por tumores prostatopelvianos y la última de obstrucción bilateral por operación ginecológica. Esta casuística demuestra lo frecuente de este tipo de patología.

La obstrucción y el reflujo con sus consiguientes repercusiones sobre el aparato urinario superior, ectasia, dilatación, infección, serán las etapas sucesivas que llevarán a la total destrucción y pérdida del parénquima renal.

CLINICA

Los procesos que asientan a nivel del uréter terminal, pueden ponerse de manifiesto de distintas maneras: seudocontinencia de orina en algunas variedades de anomalías de implantación, seudoretención en los reflujos, procidencia por el meato uretral de ureteroceles gigantes, sepsis urinarias por obstrucciones o procesos inflamatorios propios o de vecindad. Dolor espontáneo o provocado, permanente, periódico (endometriosis), o tipo cólico, con irradiaciones varias: periné, sacro, nalgas, etc., que puede ser también ilíaca o lumbar miccional en casos de reflujos uretero vesicales.

La *hematuria* en los casos de tumores ureterales puede ser visualizada cistoscópicamente con características propias: inicial, se escurre en los intervalos de las eyaculaciones ureterales, (signo de Suter). El tumor puede ser visto por momentos, así como reducirse y desaparecer en el meato. El *cateterismo ureteral* dará sensación de obstáculo blando y sangrante, apareciendo la sangre entre cateter y orificio ureteral (signo de Chevassu) o la desaparición de la sangre del cateter al transponer esta zona tumoral dando entonces salida a orina clara. La *cistoscopia* permitirá en numerosos casos efectuar un diagnóstico y la indicación quirúrgica adecuada. La *palpación bimanual* o el tacto a nivel del tercer punto ureteral pondrá de manifiesto, despertando dolor o individualizando algunos procesos locales: litiasis, periureteritis, deferentitis, tumores, etc. La *radiología* exige algunos pequeños trucos que destacaremos. El orden del estudio es el ordinario: la radiografía simple descubrirá pequeñas sombras yuxtavesicales capaces de provocar los síntomas que llevaron al enfermo a la consulta. El *urograma* ratificará o no la coincidencia de las sombras anteriormente vistas en las vías urinarias inferiores; estenosis con uroectasias de todos los tipos: desde la inicial a nivel del uréter terminal hasta aquellas que llegan a alterar la morfología urétero-renal en forma grosera. En casos de ureteroceles se verá la terminación del uréter en forma de cabeza de serpiente y el doble halo que rodea al seudoquiste: expresión de la mucosa ureteral (Fig. 25).

Fonio ha llamado la atención sobre las diferencias de tamaño de la tumoración en las placas seriadas provocadas por el llene y vaciamiento del uréter anormal. La *cistografía* marcará la falta de relleno redondeada, lisa, que toma parte o casi la totalidad de la vejiga según sea el tamaño y llene de la cavidad quística. Las vejigas neurogénicas darán signos característicos que acompañan o no a la uroectasia, irregularidad de su contorno, el signo de la orejuela, el signo de la muesca, el reflujo.

El radiólogo debe conocer con exactitud, el estudio que se necesita. El llene de la vejiga con el medio de contraste a expensas del riñón sano, enmascarará la porción del uréter terminal, por lo cual se impone la indicación del vaciado vesical por micción.

La prolongación de los tiempos solicitados y aún una dosis de refuerzo serán necesarias para un mejor llene del uréter terminal, cuando la lesión hubiere afectado la función renal. Efectuaremos una pielografía ascendente a lo Chevassu o una pielografía descendente por punción renal como fuera preconizada en el extranjero y por diversos urólogos de nuestro país.

Alsina ha podido estudiar el segmento obstruido combinando la vía descendente hasta el stop superior y la pielografía ascendente hasta el inferior. Se asemeja el procedimiento al usado por Sabadini en las lesiones uretrales.

El tiempo de evacuación con el llene requerido y el retiro del catéter ureteral dará en placas sucesivas una noción del dinamismo ureteral y la ubicación y características del proceso.

Mucho se ha escrito respecto a las cistografías para el estudio de los reflujos, dándose diversas técnicas para dicho examen. Creemos conveniente tomar diversas placas en el orden siguiente: a) de llenado vesical a la presión deseada; b) miccional; c) retardada a los 30 minutos de la micción y d) si hay reflujo, a los pocos minutos de vaciada la vejiga por cateterismo.

Otra técnica de cistografía digna de tener en cuenta, es la del doble contraste: paciente bajo anestesia. Se inyectan 40 a 60 c.c., de líquido opaco a baja presión y se toma la primera placa (reflujo pasivo). Dado el costo de las

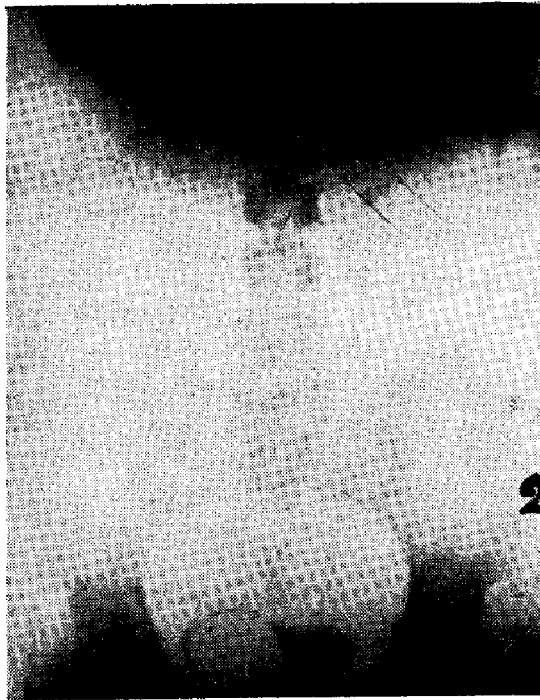


Figura 25

substancias de contraste y de vejigas de gran capacidad, se continúa el llene con aire que empuja el contraste hacia el trigono ocupando el primero la cúpula. Esto presenta la ventaja de visualizar el uréter terminal, que no es así enmascarado por la substancia de contraste. Segunda placa una vez obtenido el llene vesical. La tercera se hará después de vaciar rápidamente la vejiga apreciándose paralelamente la evacuación vesical. Placas sucesivas serán necesarias cuando esta evacuación ureteral no se realiza y tendremos así una idea sobre la dinámica ureteral.

Debe ser buscado el reflujo en aquellos enfermos en que el urograma muestra dilataciones del uréter inferior e irregularidades del mismo, distorsiones caliciales y atrofia renal.

Marshall ha presentado una importante serie de enfermos con estas características que pudieron ser relacionadas con el reflujo ureterovesical.

En la reunión conjunta entre pediatras y urólogos, realizada en New York en mayo de este año, con motivo de la Convención Anual de la Sociedad Médica del Estado de New York, Paquin, Marshall, Lattimer, Waterhouse, Mc Govern y en especial W. L. Parry destacaron con énfasis, la importancia especial que tiene la *cinerradiografía* para este tipo de estudios. Individuos, en especial niños, cuyos urogramas eran perfectamente normales y en los que era imposible hacer cistografías dada su edad y ante la imposibilidad de obtener una respuesta adecuada del paciente, este nuevo procedimiento puso de manifiesto reflujo que explicaban la sintomatología.

Las cifras de los reflujo han ascendido así del 13 al 50 por ciento, no por mayor incidencia de este tipo de lesión, sino por mejor estudio de los enfermos.

La *electrotonometría* es un recurso más, que poco a poco deberá estar entre los procedimientos comunes de estudio para este tipo de afecciones.

La escuela uruguaya de F. Hughes, así como la del Hospital Español de Buenos Aires, han aportado ya novedades interesantes al respecto.

TRATAMIENTO

Después de esta somera revista a la anatomía, fisiología, patología y clínica de este segmento del uréter, dedicaremos nuestra especial atención a este capítulo.

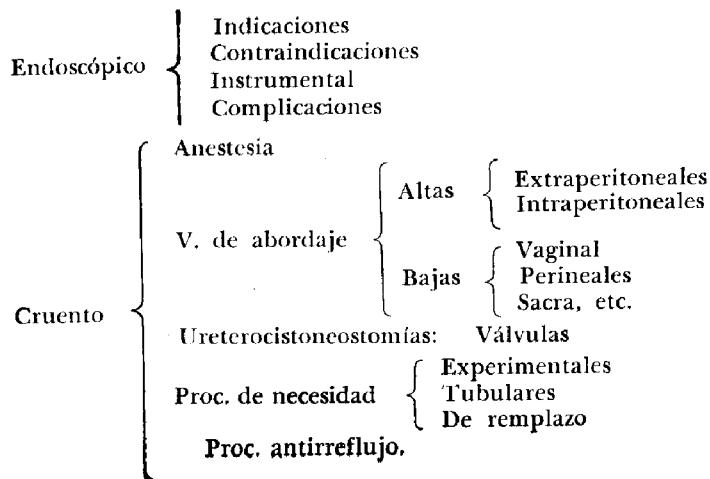
Unas pocas palabras respecto al tratamiento médico: algunos casos de obstrucción, reflujo, mejorarán y curarán mediante un tratamiento etiológico: antibióticos para aquellas cistitis que pueden ser causa de reflujo, corticoides y antibióticos combinados con dilataciones cervicales, ureterales o uretrales cuando la obstrucción sea la causa.

Lattimer y col. llaman la atención sobre los riesgos de la cirugía cervical o plástica de la unión uréterovesical y presentan una serie numerosa de niños que fueron tratados exitosamente con antibióticos, dilataciones y resección endoscópica.

Las estenosis recientes y las litiasis han sido solucionadas en numerosos casos con tratamiento médico: corticoides, vitamina E, hormonas (estradiol 3.000 a 5.000 unidades diarias por vía oral), antiespasmódicos, extractos pancreáticos desinsulinizados, etc., ya sea siguiendo esquemas o indicaciones como las preconizadas por Trabucco, Mackintosh, Pasteau, Ponce de León, etc.

Meig aconseja como medida profiláctica después de su histerectomía dejar dos meses sonda de drenaje vesical para disminuir la tensión ureteral, evitando las lesiones secundarias.

TRATAMIENTO QUIRURGICO



TRATAMIENTO ENDOSCOPICO

Resumido en el cuadro que sigue veremos los procesos que pueden ser tratados con estos procedimientos, sus indicaciones, contraindicaciones, complicaciones e instrumental a usar.

<p>I OBSTRUCCIONES RECIENTES Op. ginecol, Tratam. T.B.K.</p>	<p>Dilataciones, Bujías y catéteres Vliestra Nº 9 al 16 Cateterismos a permanencia (3 semanas)</p> <p>Secciones { Tijeras Collins o de Bransford Lewis Electrosección</p> <p>Electrocoagulación (un lado por vez, gran edema y estenosis reversible)</p>
<p>II URETEROCELES:</p>	<p>Sección { Tijera Meatotomo de Bunge</p>
<p>III MUÑONES PATOLOGICOS DEL URETER</p>	<p>{ Fulguración del meato Dilatación Instilaciones</p>
<p>Indicaciones (amplias)</p>	<p>{ Cálculo a 5-7 cm. de altura como máximo Tamaño hasta 7 mm. Forma regular Infección leve Buena función renal Pelvis y uréter no dilatados Atención reciente</p>
<p>Contraindicaciones</p>	<p>Uretra no permeable Cistitis Incumplimiento de las indicaciones anteriormente señaladas</p>
<p>Dilatación</p>	<p>{ Dilatadores { Buerger. Articulados de Lewis Bujías metálicas Bujías dilatadoras Dourmashkin</p> <p>Método de Croweld: 3 a 5 bujías en ramillete Dilatación - lubricación - presa</p>
<p>IV LITIASIS</p>	<p>{ Catéteres ureterales de Nitze Sonda lazo de Zeiss Sonda lazo Ellik</p> <p>Pinzas cistoscópicas { B. Lewis Chevassu</p> <p>Extractores { Davis Jonhson Dornia (m) Browne (m) Levant (p)</p> <p>Extracción endoscópica {</p> <p>Extracción transureteral paracistoscópica (procedimientos a usar en la mujer) { Coppridge André-Delvaux</p>
<p>COMPLICACIONES</p>	<p>{ Rotura de la sonda ureteral, de las varillas, del eje, etc. Retención del extractor Infección, fiebre</p> <p>Rotura del uréter { Perforación Desgarros Abscesos periureterales. Muerte.</p> <p>Obstrucción por fragmentación del cálculo. Pielonefritis Reflujo ureterovesical</p>

Este tratamiento puede ser de gran utilidad por sus amplias indicaciones. Requiere habilidad manual, hábito endoscópico y un estricto cumplimiento de las indicaciones y contraindicaciones. Como dice Cibert, la moderación debe dominar, si se quiere que estos procedimientos sean un verdadero progreso en el tratamiento de la litiasis ureteral.

TRATAMIENTO QUIRURGICO CRUENTO

A decir de Puigvert, el uréter era la cenicienta de la especialidad. Influenciado por las lesiones secundarias altas la atención del urólogo era desviada hacia éstas, efectuando en la mayor parte de los casos una terapéutica radical: la exéresis renal. Por otro lado el poco éxito en los primeros intentos plásticos, practicados desde antes de principio de siglo decidieron a muchos autores a no continuar con estos procedimientos. Con el andar del tiempo y los mejores conocimientos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos se ha conseguido ir al origen del problema con una cirugía más racional y conservadora.

Leadbetter, apoya con un interesante trabajo estos conceptos; presenta 2 casos de reflujos en los cuales se hicieron hidronefrosis graves tratadas con nefrectomías. Estos mismos pacientes estudiados tiempo más tarde con métodos más modernos, revelaron reflujo del lado opuesto, susceptible de curación mediante tratamiento plástico conservador. Esto no quiere decir que seamos conservadores obstinados. La repercusión a través del tiempo hará que decidamos una terapéutica que pueda ser no conservadora.

Relataré un caso oportuno, sobretodo aquí en el Uruguay: un ureteroceles gigante que nos tocó tratar en segunda instancia. La paciente ya había sido intervenida, pero continuaba con su sintomatología baja de disuria y polaquíuria y finalmente retención, adoptando extravagantes posiciones para la micción. El examen mostró una exclusión renal derecha y una enorme falta de relleno típica en vejiga de gran ureteroceles que luego se documentó con cistografía (imagen de reflujo). (Fig. 26).

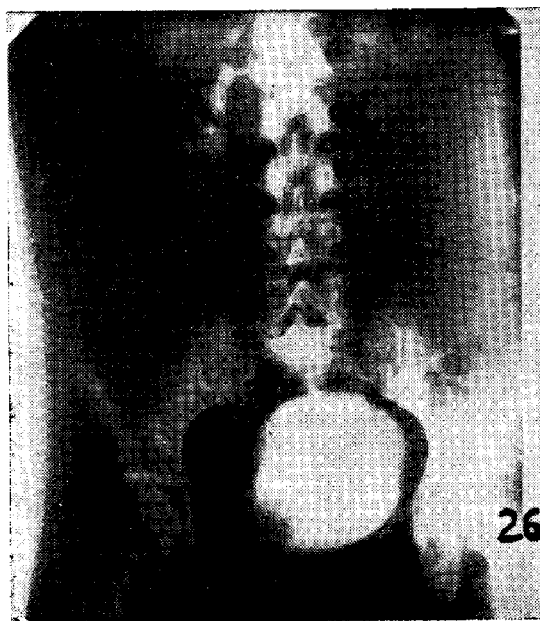


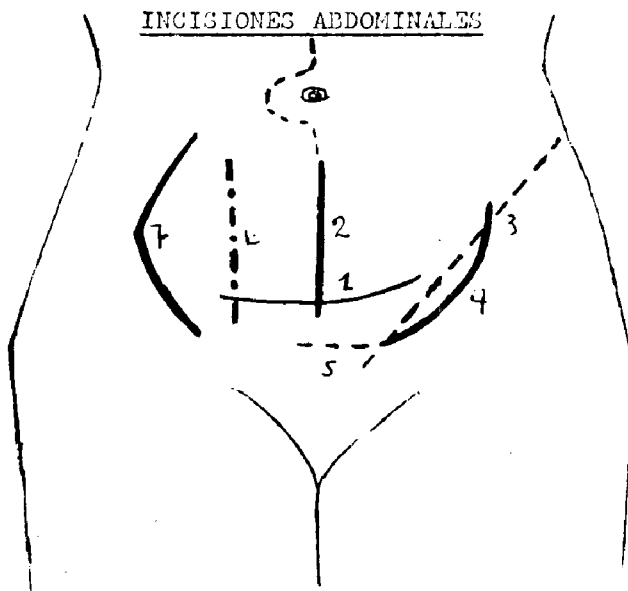
Figura 26

La resección del tumor y el procedimiento plástico de Bischoff, fue un aparente éxito quirúrgico por el aspecto cistoscópico del meato, la desaparición del reflujo y la mejoría de la enferma dada por la exéresis del tumor; pero la tan deseada recuperación funcional de la glándula hasta donde nosotros pudimos controlar a la enferma no se produjo. Pensamos ahora que si en aquel entonces hubiéramos efectuado lo que nos mostraran los profesores Hughes, Viola y colaboradores en 1961, en Mendoza, "el pronóstico relacionado al efecto nefrográfico en los riñones no funcionantes", nuestra indicación terapéutica hubiera variado fundamentalmente.

El tratamiento corrector debe ser precoz y adecuado al tipo de lesión para evitar que la uroectasia y la infección no nos lleven al anterior ejemplo.

Al plantear una terapéutica quirúrgica debe decidirse el abordaje de la lesión. Este primer paso es de una importancia enorme, porque de su exacta elección se verán facilitados los gestos quirúrgicos ulteriores (Fig. 27A).

VIAS DE ABORDAJE ALTAS



- 1 incisión de Pffanehstiel y Chernay
- 2 incisión de Judd, mediana infraumbilical
- 3 incisión de Regnier y Mazzoni.
- 4 incisión de Israel Albarran.
- 5 Incisión de Gibson.
- 6 incisión de Boeminghaus. Pararrectal.
- 7 incisión lateral subperitoneal.

Figura 27 A

Por su profundidad y relaciones con otros órganos la búsqueda del uréter se hace difícil. Se ha propuesto un índice relacionado con la forma de la cavidad pelviana para hacer una mejor elección de la vía de acceso.

Soso-Jaroschewitsch ha ideado la fórmula siguiente:

$$\frac{\text{Distancia sacro sínfisis}}{\text{Distancia espina iliaca antero superior}} = 100$$

“Cuanto menor sea la distancia sacro-sínfisis y mayor la distancia de las espinas ilíacas, menor es el índice y tanto más fácil resultará el abordaje al uréter yuxtavesical *desde arriba*”.

Este índice da preferencia a la vía lateral entre 58 y 70; entre 70-78 es indiferente y cifras mayores de 78, el abordaje se hace por vía mediana.

El valor medio hallado en el hombre es de 74 y la cifra más baja 56 y 100 la mayor.

V I A S D E A B O R D A J E

VIAS ALTAS Abdomen	Fig.	Oblicuas o curvilineas	{	Israel-Albarrán
				Gibson (sección recto)
				Dodson
VIAS ALTAS Abdomen	Fig.	Rectas	{	Judd (paravesical)
				Voelker y Papin (extraperitonización vesical)
				Paramediana
VIAS ALTAS Abdomen	Fig.	Transversales	{	Pararrectal de Boeminghaus (usada por 1ª vez por Barlett y Mackenrodt)
				Pffanestiel, Stimson-Pffanestiel
				Van Hook
VIAS BAJAS				Cherney
				Intraperitoneales (Proc. de P. Duval)
				Transvesicales - Cálculos (hasta 4-5 cm.), tumores, ureteceles. U. T. Neostomías Combinadas
				Vía vaginal (P. Duval)
				Transversal de Albarrán (litiasis yuxtavesical)
				V. Perineal
				Fenwick
V. Cocciperineal Paracoccígea o isquiorrectal de Zwin Voelker y Violle				
V. Látero-sacra, pararrectal de Delbet.				
V. Sacra				
V. Transrrectal de Ceci.				

INCISION DE I. ALBARRAN: Parte del borde externo del recto anterior mayor de abdomen y paralela a la arcada crural, a un través de dedo por encima, llega hasta 2 centímetros de la espina ilíaca anterosuperior y sigue luego vertical sobre la pared abdominal hasta tres traveses de dedo por encima de la misma. Divulsión de los planes musculares y ligadura de los vasos epigástricos. Decolamiento del peritoneo y visualización de la arteria ilíaca primitiva. El uréter debe buscarse junto a la serosa, puesto que se encuentra adosado a la misma. No es necesario profundizar demasiado; el órgano se encuentra superficialmente. Aislamiento, reparo y profundización hasta el entrecruzamiento con el deferente (2º jalón), se lo sigue hasta el cono carnosos vesical que forma la pared de la vejiga al ser traccionada.

El plano muscular seccionado constituirá la *incisión de Gibson*. En caso de necesidad, ésta puede ser ampliada, abriendo la vaina de los rectos y seccionando el músculo.

INCISION DE REGNIER Y MAZZONI: Se dirige desde la espina del pubis hasta la altura necesaria sobre la proyección del conducto inguinal, el cual es abierto, siguiéndose luego el deferente hasta que se encuentre con el uréter para continuar luego la dirección de éste. No descubre el uréter lo suficiente y no da campo para algunas intervenciones laboriosas.

INCISION SUBPERITONEAL LATERAL: En media luna, se inicia en el borde externo del recto mayor anterior, a un través de dedo por encima de la arcada crural y corre paralela hasta su mitad, angulándose luego hacia el ombligo, hasta llegar a 2 centímetros de recto mayor. Sección muscular cuidando la inervación del recto y el daño de los vasos epigástricos. Lesiona demasiado los músculos, dando eventraciones.

MANIOBRA DE POZZI Y PROUST: En la cirugía femenina, se secciona entre ligaduras el ligamento redondo y de la parte unida al útero, se lo usa como tractor, reduciendo la anteversión normal del útero, ascendiendo y exteriorizando la base del ligamento ancho, el uréter y la arteria uterina. El reparo siguiente sería el fondo de saco vaginal lateral. El uréter está por fuera del mismo. Disección del mismo en el espacio intervésico vaginal.

VIA SUBPERITONEAL MEDIANA: Incisión puboubilical de Judd o de Pffanestiel, Van Hook o Cherney. Decolamiento peritoneal entre arteria umbilical y uraco. No siempre es necesario seccionar este último. Permite llegar hasta el fondo vesical, uréteres y vesículas seminales.

VIA DE VOELKER Y PAPIN: Es semejante a la anterior pero efectúa la extraperitonización vesical dando también un magnífico campo.

VIA INTRAPERITONEAL: Procedimiento P. Duval. Incisión suprapúbica mediana. Apertura del peritoneo. Protección de ansas, búsqueda del uréter ilíaco en el estrecho superior, diferente a la izquierda y a la derecha: a 1 centímetro por fuera de la bifurcación arterial. El uréter cruza verticalmente el vaso encontrándose directamente bajo el peritoneo. A la izquierda es necesario desplazar el colon, cuando éste tiene un meso complaciente. Si el mesocolon es corto hay que atravesarlo lo mismo que el peritoneo parietal a 4½ centímetros de la línea media, cuidando no lesionar los vasos cólicos.

Reparado el uréter, se incide el peritoneo sobre el mismo y se lo sigue hasta la vejiga.

VIA INTRAVESICAL: Acceso común de vejiga. Se pueden usar las incisiones siguientes:

Circular tomando como centro el meato correspondiente u oblicua en cara posterior y lateral de vejiga siguiendo la dirección del uréter. Se efectúa la disección de éste en el tejido perivesical (Fig. 27 B).

VIA MIXTA: Muy útil para casos difíciles y para resecciones de tumores vesicales con reimplantación ureteral.

VIA BAJA: *Parasacra* de P. Delbet (1901). Incisión en L. La rama larga sigue el borde externo del sacro y corta las fibras de glúteo mayor. Llega al peritoneo por la cara lateral del recto. El uréter puede ser seguido y tratado hasta 6 ó 7 centímetros.

Coxiperineal: Desarticula temporariamente el coxis, aborda los órganos de la pelvis por su cara postero inferior.

Via vaginal: P. Delbet indicó la técnica. La enferma debe colocarse en posición ginecológica extrema efectuándose palpación bimanual bajo anestesia para localizar el lito, principal indicación de esta vía. Tracción del cervix hacia abajo y el lado opuesto a operar. Incisión transversa de 3-4 cm., en el fórnix lateral y disección roma evitando la arteria y el escape del cálculo para lo cual se toma el uréter con pinza especial por encima del mismo. Ureterotomía, extracción, sutura ureteral y de planos superficiales dejando drenaje. (Figura 28 A).

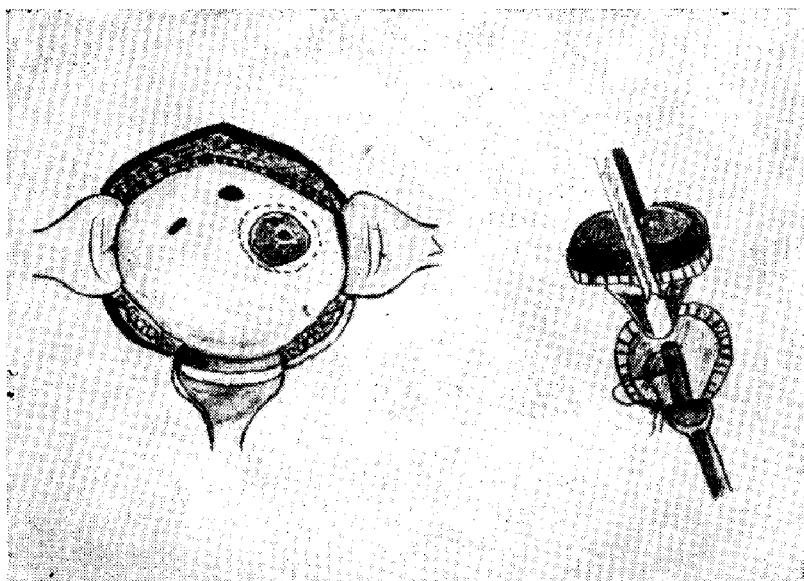


Figura 27 B

Garceau amplió esta vía para cálculos alojados en el uréter pero más altos. La incisión debe ser realizada en el fórnix anterior, se disecciona y rechaza la vejiga y luego el fondo de saco vésico-uterino. Se efectúa la tracción del cervix al lado opuesto y la exposición del uréter correspondiente.

Cordier, Melínez y Seneze efectúan una incisión vaginal transversal sobre pared anterior a 25 centímetros por detrás del meato uretral. Dicha incisión es prolongada hacia los lados y atrás hasta los labios menores. Se hace una amplia separación vésico-vaginal hasta un collar, que comprende las 2/3 partes de la pared vaginal. Se puede ampliar más la incisión por epifisiotomía transversal u oblicua. No debe seccionarse el músculo elevador del ano. El decolamiento previo reparo del collar vaginal se continúa hasta el fondo de saco peritoneal; liberación lateral y reconocimiento del uréter. Este se disecciona de dentro afuera continuando con la cara posterior y luego la anterior. Se tracciona la arteria uterina modificando sus relaciones con el uréter. (Figs. 1 y 2). La arteria desciende más que el uréter presentándose primero, será necesario entonces liberar hacia arriba y afuera.

Procedimiento de Reynolds: Se emplea para las ureteroneocistomías. Se efectúa dejando a permanencia una pinza especial: forceps de Dudley, el que se pasa por urétra y luego sale de vejiga por un orificio cercano al uréter liberado al que toma y atrae a la vejiga. La pinza es extraída cuando se considere conveniente.

Procedimiento de Phoenomenoff: Es usado para el tratamiento de las fistulas ureterovaginales. Cateterismo de la misma, incisión en su periferia en forma de círculo y liberación ureteral. El collar liberado es así fijado a la vejiga por puntos no perforantes. Colocada una sonda por la uretra, la cavidad vesical es abierta sobre ella. Con la misma sonda se efectúa el cateterismo ureteral y se hace un segundo plano de sutura aproximando los labios de la herida vesical al collar ureteral.

Ventajas de la vía vaginal: Tiene una convalecencia sencilla, no dando shock ni produciendo eventraciones, el riesgo de infección es escaso por la fácil

ejecución y poca disección. El uréter es fácilmente localizado y el drenaje se hace en declive. La operación puede realizarse en obesas o intervenidas anteriormente.

Desventajas: Escurrimiento del cálculo en el uréter dilatado. Ubicación alta del mismo. Campo limitado, siendo la intervención dificultosa en nulíparas.

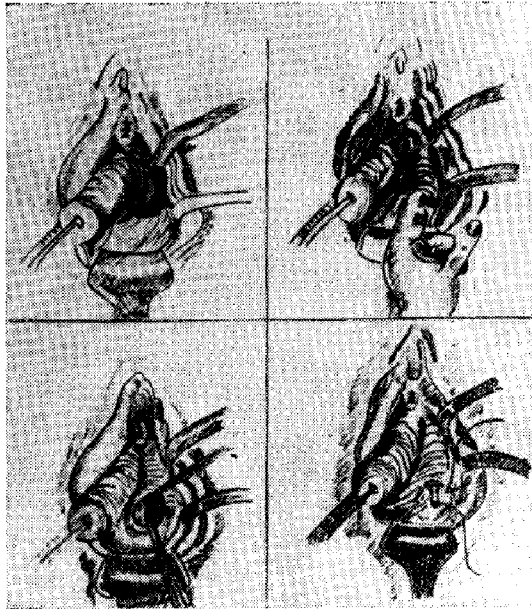


Figura 28 A

Complicaciones: Son escasas y producto de la mala indicación de la vía o por mala técnica. Las fístulas ureterovaginales no se producirán sino hay obstrucción baja. El peritoneo, la vejiga y la arteria uterina pueden ser heridas y también el cálculo puede escaparse hacia arriba obligando a una intervención por vía alta o a su extracción con una sonda cesto.

Son numerosos los autores argentinos y extranjeros que usan con muy buenos resultados esta vía para el tratamiento de la litiasis ureteral. Nosotros también la hemos usado con muy buenos resultados.

MÉTODOS DE IMPLANTACION URETERAL: SINONIMIA.

La reimplantación del uréter recibe diferentes denominaciones:

Ureterocistotoneostomía.

Ureterocistostomía.

Ureteroneocistoanastomosis.

Ureterocistoplastia.

Los procesos que se beneficiarán con este tipo de terapéutica quirúrgica son los siguientes:

Tumores ureterales y vesicales.

Estrecheces de la unión urétero vesical.

Megauréter.

Divertículo.

Válvulas, prolapsos.

Ureterocele.

Anomalías de implantación.

Algunos tipos de traumatismos.

Fístulas.

Contraindicaciones: 1º) Naturaleza de la enfermedad, condiciones generales del paciente. 2º) Uréteres dilatados, de paredes delgadas, vejigas contracturadas de paredes gruesas. El proceso no debe asentar más arriba de los 5 centímetros aproximadamente. El uréter puede ser anastomosado por vía intra o extraperitoneal. Será necesario suturar el peritoneo y dejar drenaje en caso de usar la primera. La reimplantación por esta vía es la que se utiliza si la lesión es producida en un acto quirúrgico y descubierta en el mismo.

El uréter se adhiere a los tejidos vecinos haciendo difícil, la identificación y liberación, cuando existen lesiones urinarias secundarias a cirugía habitualmente radical de la pelvis.

Este tipo de intervención debe llenar los principios cardinales de la cirugía plástica: colgajos bien irrigados, cuidando la adventicia, suturas mínimas, limpias y sin tracción, cortes netos, impedir la infección. Se evitará así la retracción, estenosis, rigidez, dehiscencia y reflujo dándole al uréter, nuevamente sus funciones de transporte y protección.

PROCEDIMIENTO DE NOVARRO: (1893) Usado para fístulas ureterovaginales. Transperitoneal por línea media. Tutor vesical. Cistostomía de 10 a 12 cm., sobre el mismo sutura del uréter abierto en V. El vértice de la V es fijado al ángulo inferior de la herida vesical. Los labios de ésta son unidos a los labios ureterales con puntos.

Puntos a lo Lembert dan apoyo y solidez por arriba. Extraperitonización, drenaje, no se deja sonda vesical. Cateterismo cada 3 ó 4 horas.

PROCEDIMIENTO DE PEDREA: Incisión transversa en semicírculo de una espina ilíaca antero superior a la del lado opuesto; vía transperitoneal. Incisión vesical sobre sonda metálica. Una Nélaton remplaza esta última y es usada como tutor ureteral. Puntos no perforantes son colocados entre vejiga y uréter.

PROCEDIMIENTO DE BAZY: 2º Técnica (1893). Laparotomía, investigación ureteral. Cistostomía baja con sonda Nelaton ureteral que sirve de modelación para las suturas y drenaje de la orina. Anastomosis ureterovesical mucomucosa, 2 ó 3 planos consolidan la anastomosis. Deja catéter a permanencia y sonda vesical.

PROCEDIMIENTO DE ROUFFART: (1894). Laparotomía mediana. Investigación del uréter. Una sonda especial colocada en vejiga, parecida a la de Pawlick, con dos aletas ranuradas y un resorte. A pocos centímetros de la extremidad existen diversos agujeros. La sonda se transforma así en pinza. Es pasada a través de la cistostomía de dentro afuera, cubriéndola con el uréter, siendo las paredes de éste tomadas por las aletas. Tracción del mismo hacia la vejiga.

PROCEDIMIENTO DE VAN HOOK: (1894). El uréter es tallado en punta. Se forma un tubo en forma de conducto con las paredes vesicales. Estas son suturadas por encima del uréter. Muy usada en Estados Unidos, parece ser el primero en dar importancia a la forma de entrar el uréter en la vejiga.

PROCEDIMIENTO DE BUDINGER: (1894). Emplea las suturas a lo Witzel. La plástica ureteral se hace en un pliegue de la pared en forma oblicua.

PROCEDIMIENTO DE BAYER: Laparotomía, se pasa un clamp de finos dientes por uretra hasta vejiga. Incisión vesical sobre el clamp. El uréter es reparado con tres hilos de seda que son llevados por la pinza al exterior a través de la uretra manteniendo así el uréter en el interior de la vejiga. Se colocan varios puntos separados ureterovesicales.

PROCEDIMIENTO DE BALDY: (1893). Incisión vesical en relación con el uréter y pasaje por la misma de tres hilos de catgut que han sido colocados a 1½ cm. por encima de la sección ureteral. Estos hilos salen otra vez hacia el exterior de la vejiga a pocos mm. de la incisión y allí se anudan. El uréter queda así aplicado en forma de collarete. Dos planos de sutura, fijándolo a la vejiga y ésta a la pared pelviana.

PROCEDIMIENTO DE KRUG: Similar al anterior.

PROCEDIMIENTO DE KAIJSER: (1897). El uréter con un hilo anudado a las paredes es mantenido en posición intravesical por un peso exterior de 200 grs. (similar a un aparato de extensión) disminuyendo así la tensión de las suturas ureterovesicales.

PROCEDIMIENTO DE KRAUSE: Análogo al de Bayer.

PROCEDIMIENTO DE FRISTCH: (1899). Emplea una tenacilla especial, constituyendo en el momento de la anastomosis ureteral, una especie de canaleta con la serosa vesical.

PROCEDIMIENTO DE KELLY: (1900). Sonda intravesical. Incisión del reservorio sobre la misma, con la que es cateterizado el uréter. Liberación amplia de la vejiga en su cara anterior, para efectuar la sutura anastomótica en la parte más baja. Se hace por vía intraperitoneal, pero se extraperitonizan las suturas que han constituido dos planos.

PROCEDIMIENTO DE SAMPSON: El uréter es abierto en forma de valvas; una dorsal y otra ventral. Ambas son reparadas con hilos de seda. Cistostomía en forma de H, siendo la rama mediana transversal. La abertura tiene entonces forma cuadrada, introduciéndose en ella los colgajos del uréter, aplicándolos a la mucosa vesical como el procedimiento de Kelly. Se fijan luego rebatidos sobre el uréter los dos colgajos vesicales obtenidos por la incisión en H.

PROCEDIMIENTO DE STÖEKEL: (1903). Asegura la ostomía con una sonda a permanencia, basándose en la atracción lateral y hacia arriba de la vejiga por delante del uréter. Este fija ligeramente a la vejiga.

PROCEDIMIENTO DE FRANZ: (1903). El uréter seccionado, es traccionado al interior de la vejiga por dos puntos que vuelven a salir al exterior para ser anudados en la pared vesical. Se consolida la fijación con diversos puntos ureterovesicales seromusculares. La vejiga se fija a la pared abdominal en alto.

PROCEDIMIENTO DE LICHTENAHUER: (1904). Movilización muy amplia del uréter traccionando el riñón. Dos colgajos son tallados en el uréter pasándoles hilos montados en agujas. Pasa los hilos a través de la hendidura vesical y los hace salir al exterior de la vejiga, ayudando a entrar el uréter con una pinza. Anudados los puntos en el exterior de la vejiga, los dos colgajos ureterales se aplican contra la mucosa vesical.

Puntos de fijación a la serosa vesical.

PROCEDIMIENTO DE RISSMANN: Fijación lateral de la vejiga hacia arriba mediante 5 puntos de sutura. Abertura sobre sonda. El uréter es seccio-

nado en pico de flauta alargada, fijándole un hilo. Segunda abertura vesical próximo a la anterior. El extremo ureteral en pico sale de la vejiga por la 2ª abertura; fijación a la pared mediante el hilo. No hay suturas a nivel de la anastomosis siendo el uréter mantenido por el hilo de tracción y por la fijación de la vejiga.

PROCEDIMIENTO DE RICARD: Incisión mediana infraumbilical, investigación del uréter, liberación, sección, abertura vesical y evaginación dejando 2 cm. en la cavidad vesical. Puntos de fijación vesico ureterales. Fijación vesical al peritoneo pelviano. Drenaje. (Fig. 28).

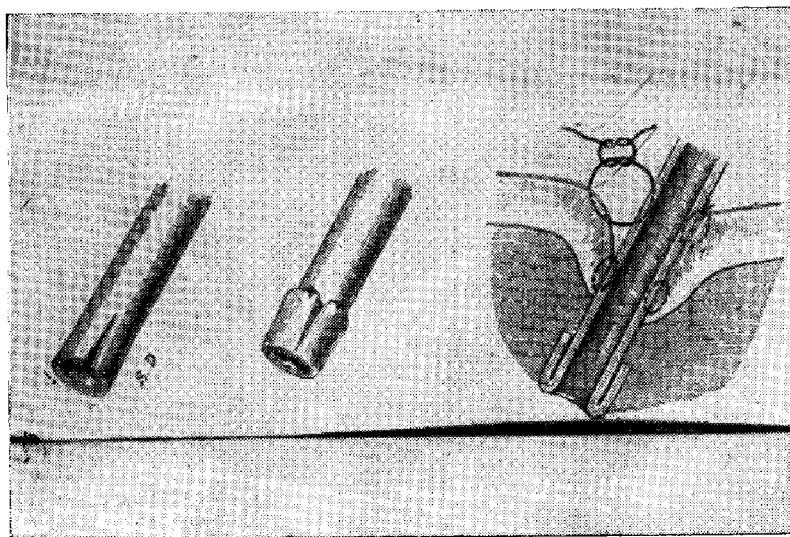


Figura 28 B

PROCEDIMIENTO DE PAYNE: Formación de dos valvas ureterales por hendidura del uréter en varios milímetros. En la mitad de cada valva pasan dos hilos que se fijan en el interior de la misma a cada lado de la incisión vesical. De esta manera se evitan suturas cercanas a la neoboca que pueden traer retracción cicatricial. (Fig. 29).

PROCEDIMIENTO DE DANIEL: (1919). Implantación en trompa. Procedimiento rápido que es útil en el curso de intervenciones donde se descubre la lesión producida al uréter. Técnica: amarre del uréter seccionado con un hilo, perforación de la vejiga de dentro afuera, mediante pinza introducida por uretra, tracción del hilo. Sutura, fijando el uréter al orificio vesical. Fijación en ansa con un hilo de seda pasado a través del extremo al meato ureteral.

PROCEDIMIENTO DE ISRAEL: (1894). Primer procedimiento extra-peritoneal de la U.C.N. Tiene el valor de la vía de abordaje que es empleada habitualmente.

PROCEDIMIENTO DE VEIT: (1894). El uréter herido es llevado al exterior, luego prolongando la incisión hacia la sínfisis, abre la vejiga extraperitonealmente y sutura el uréter. No cumple con los preceptos de la cirugía plástica por la tracción que hace el uréter al hacer pasar éste por encima del peritoneo anterior.

PROCEDIMIENTO DE WITZEL: (1896). Incisión ilíaca o inguinal, investigación del uréter, fijación de la vejiga a la pelvis. Pliegue en forma de canal.

PROCEDIMIENTO DE MACKENRODT: Incisión pararrectal. Mediante trocar se engancha el uréter a su cánula y se fija a la vejiga quedando un exceso de 5 mm. Dos puntos de sutura y un segundo plano vesical invaginando en pliegue alrededor del uréter.

PROCEDIMIENTO DE LEGUEU: Incisión mediana. Búsqueda del uréter por vía intra o extraperitoneal. En caso de no hallarlo, se repara y cierra la serosa, continuando extraperitonealmente. Liberación, sección e implantación adaptándose los orificios ureteral y vesical con pocos puntos de sutura: 1º Plano mucoso; 2º Muscular. Varios puntos más se encargan de enterrar estas suturas. (Fig. 30).

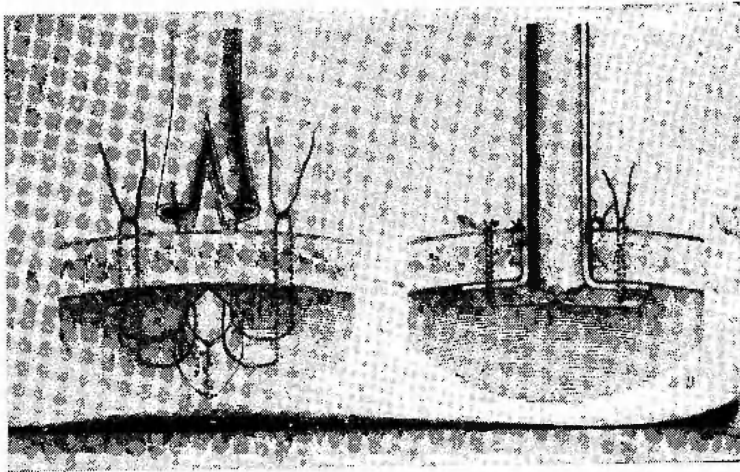


Figura 29

PROCEDIMIENTO DE WITT STETTEN: (1928). Incisión paramediana, decolamiento peritoneal hasta el uréter, movilización amplia. La vejiga que ha sido distendida previamente, es traccionada por una brecha peritoneal, excluyéndosela por un plano sero seroso. La implantación se hace con el uréter tallado en dos colgajos, con catgut crómico. 2º plano uniendo uréter y vejiga.

PROCEDIMIENTO DE SANTY: (1945). Con vejiga cerrada se aísla el cabo ureteral distal sin mayor disección, se dilata con bujía hasta permitir pasar el extremo inferior del cabo distal cargado en una sonda ureteral que saldrá luego por la uretra. Se sostiene la invaginación por 4 puntos que atraviesan todo el espesor del segmento invaginado.

PROCEDIMIENTO TRANSVESICAL:

Procedimiento de Bazi: 1ª manera. Por talla hipogástrica se cateteriza el uréter con un estilete o sonda acanalada; sobre ésta se incinde vejiga y uréter hasta el punto estenósico, sutura de los labios vesicales a los ureterales, reseándose el orificio fistuloso. Fue la primera U.C.N. que hizo el autor abandonando luego el método para practicar la anastomosis por vía intraperitoneal.

PROCEDIMIENTOS MIXTOS:

Procedimiento de Hünner: Cistostomía sobre la cúpula de tres cms. Punción

posterior de la pared vesical cercana a la implantación normal. Una pinza curva penetra por la primera incisión y sale por la segunda para tomar el uréter al cuál se le han tallado dos colgajos con sus respectivos cabos que vuelven a salir al exterior para ser anudados. Se hace un segundo plano seroso y se cierra el primer orificio vesical.

PROCEDIMIENTO DE BOEMINGHAUS: (Fig. 33). Movilización ureteral con sus tejidos periureterales, se pasan dos puntos de catgut a 3 cm. por encima del extremo distal y se dejan las hebras largas, el segmento es introducido así en vejiga unos dos cms., liberado de sus tejidos periuretéricos. Si es necesario, la vejiga es desplazada y fijada a la pared lateral de la pelvis. Abierta la vejiga en un sitio fácilmente abordable, con una pinza afilada se hará divulgación del músculo de dentro hacia afuera. En las mujeres esta pinza puede ser pasada a través de la uretra. Por dicho orificio es atraído el muñón uretérico, fijándolo a la pared vesical externa con los puntos colocados a ambos lados del uréter quedando así uno a izquierda y otro a derecha. El uréter no debe quedar evaginado. Según Böeminghaus esto produciría el acodamiento en los cambios de repleción y de depleción vesical. Da gran importancia a la penetración roma a través de la musculatura, para una pronta unión y para que no escape orina. Se suprimen así la insuficiencia y la estenosis. Esta penetración

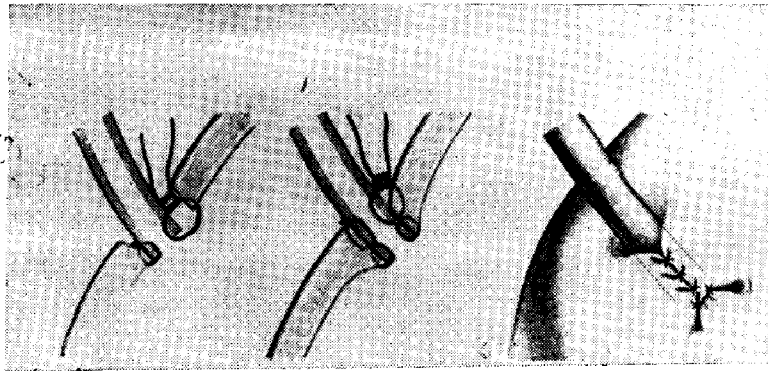


Figura 30

puede hacerse indiferentemente en forma perpendicular u oblicua. La vejiga tiene cierto grado de contracción y el canal rectilíneo se transforma en oblicuo al llenarse la cavidad. Es indiferente también la forma del extremo ureteral. Lo fundamental es que el uréter sea introducido relativamente profundo en la vejiga. Siempre se produce un cierto grado de retracción del uréter reimplantado. La formación de estenosis es casi inevitable, si el muñón no hace prociencia dentro de la cavidad.

Por el estasis temporario que se produce en el postoperatorio inmediato, algunos dejan un cateter hasta la pelvis, cateter provisto de orificios laterales en casi toda su extensión. La sonda saldrá por la uretra. Las opiniones están divididas al respecto, si bien el drenaje evita el estasis urinario también puede causar la infección ascendente y la necrosis del muñón ureteral.

Para evitar la retracción del muñón, diversos autores aconsejan la movilización amplia de la vejiga, seccionando los ligamentos vésico umbilicales y pubo vesical. Algunos todavía fijan la vejiga a la pelvis o al peritoneo, facilitando así la nueva unión de la anastomosis.

PROCEDIMIENTO DE DOEFF: Semejante al de Boenminghaus incinde el peritóneo dorsal para la movilización del uréter traccionando y fijando la pared vesical al peritoneo posterior. Debe cuidarse que los puntos laterales de implantación del uréter queden en el punto más declive del peritóneo vesical donde es llevado el peritoneo pelviano.

Este procedimiento figura también como método de Furness.

PROCEDIMIENTO DE MEZO: Para uréteres cortos, sección transversal en vejiga y sutura longitudinal, modificando la forma oval.

TECNICA DE DODSON: Incisión inguinoabdominal. Liberación y sección del uréter en bisel. Este es cateterizado con un tubo de goma 10 o 12 Ch. El tubo estará cortado en bisel con orificios laterales. Es fijado al extremo del uréter por catgut 00. La cara posterior de la vejiga es incindida oblicuamente, la adventicia y la muscular, no así la mucosa que es disecada por ambos lados. Esta es abierta lo más abajo posible y por ahí se exterioriza una sonda vesical que había sido pasada previamente por uretra. Se unen ambas y se tira el extremo uretral. Puntos de catgut 00 crómico a cada lado del uréter y a dos cms. del bisel que pasan a través de la pared vesical, de dentro afuera a cada lado de la incisión; al atarlos el uréter es arrastrado a la vejiga. El punto superior del cierre vesical toma en forma leve el uréter y lo baja externamente, deja drenaje, tutor que saca al 7º día y sonda Pezzer durante 8 a 10 días.

TECNICA DE HESS: Para estenosis intramural. Cistostomía, cateterismo del uréter con estilete en ángulo recto hasta estrechez. Tracción y corte sobre el estilete. Se incinde la vejiga hacia arriba y en forma oblicua buscando el uréter. Localización de la estrechez, liberación intramural y denudación de la mucosa trigonal enterrando el extremo del uréter bajo la mucosa fijándola con catgut. Cateter N° 8 hasta pelvis, saliendo al exterior por la uretra. La brecha vesical se cierra con catgut 00. El uréter es anclado por un punto posterior que toma al mismo y toda la pared vesical. La vejiga es cerrada totalmente retirándose la sonda ureteral al 6º día y la sonda uretral luego.

TECNICA DE PAQUIN (Fig. 31): Incisión Pffanenstiel, mediana infraumbilical o inguinoabdominal. Liberación del uréter y de cara posterior y lateral de vejiga. Incisión transversa y luego vertical de vejiga hasta 1-2 cm. del uréter; éste es seccionado. Se labra un túnel submucoso de 10 mm. de ancho por 20 a 30 de largo en dirección al cuello. Incisión mucosa transversal. Si el uréter es ancho se corta en cuña la cara avascular y se sutura disminuyendo su diámetro.

Si el uréter es normal: incisión longitudinal para evertirlo en puño de camisa. Sutura con catgut crómico 0000 atravesando mucosa, músculo vesical y pared de uréter. Se colocan 4 puntos cardinales. Sonda Pezzer y cierre parcial de vejiga. Drenaje laterales y del Retzius. Se deja cateter ureteral 10 días. La Pezzer deberá permanecer alrededor de dos semanas. (94 % de éxitos en síndromes de megacistos.)

TECNICA DE VALK Y DONALD: Abordaje inguinoabdominal, cateterismo del uréter con tubo de Levine 8-10, previa investigación y sección del uréter. El tubo es llevado hasta la pelvis y atado con un punto de catgut simple. Cateterismo uretral con sonda metálica 20, ésta hace prociencia sobre la pared vesical, donde se efectúa ojal. Tracción del tubo por la sonda con salida al exterior y arrastre del uréter a la vejiga donde es fijado con 2 o 3 puntos de catgut crómico 00.

TECNICA DE ZIMMERMANN PRECOURT Y THOMPSON: Basada en el procedimiento de Keller para los uréteres cortos. Movilización vesical y ascenso. Incisión de Gibson. Identificación y sección. Desperitoniza la vejiga y libera con un dedo en vejiga que pasa a través de un ojal tallado en su parte alta, la levanta hacia el muñón ureteral corto y la fija a la aponeurosis del psoas con catgut crómico. Los puntos no son perforantes.

TECNICA DE PATTON: (1939). El uréter es implantado sobre el lecho intramural original, para lo cual dicha porción es dilatada y el extremo ureteral distal es pasado y anastomosado.

TECNICA DE PUIGVERT: Indicaciones: estenosis inflamatorias por TBK, traumatismos, cálculos, lesiones congénitas y tumores. Estas lesiones no deben estar más altas de 5 cm., vejiga con buena capacidad y elasticidad. Incisión mediana infraumbilical. Cistostomía. Incisión que corta mucosa y músculo

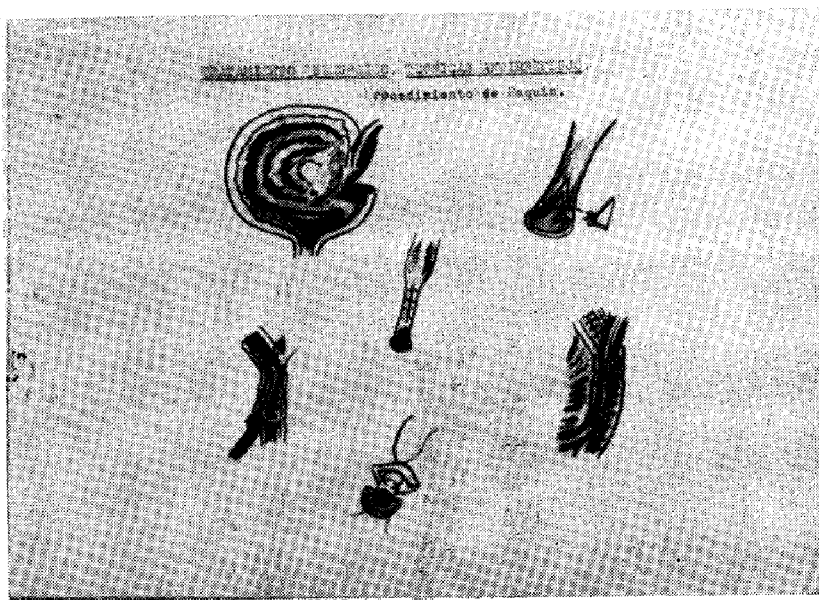


Figura 31

sobre meato con electrobisturí. Disección y liberación de uréter, sección por encima de la lesión y abocamiento a lo Payne. Una valva a cada lado del ojal, cierre de las comisuras y total de vejiga. No deja tutor. Sonda uretral 11 días. Hay autores que por esta vía llegan hasta 20 cm. de profundidad. (Fig. 32).

URETEROCISTONEOSTOMIA LATEROLATERAL: TECNICA DE KROJUS (1924). Para estenosis intramurales o yuxtavesicales. Especialmente con uréteres dilatados.

Vía mediana infraumbilical extraperitoneal. Libera el uréter hasta la porción intramural. El uréter dilatado se apoya sobre la cara posterior de vejiga. Se efectúan dos pequeñas incisiones frente a frente en uréter y vejiga de una extensión de 2 cms. Se suturan en dos planos con catgut crómico 000.

TECNICA DE VON LICHTENBERG: Para las estenosis ureterales. Cistostomía. Se pasa aguja Reverdin hasta pasar la estrechez con hilo grueso de lino. Se efectúa una atadura que desviteliza seccionando la porción estenosada. El extremo del hilo sale al exterior por la uretra en las mujeres, por la herida en los hombres.

TECNICA DE ORR: Sección sobre sonda acanalada y puntos submucosos. Estas técnica tiene el inconveniente de producir reflujo.

TECNICA DE DARGET Y BALLANGER: Propusieron una ureterostomía ilíaca, efectuando luego el cateterismo descendente con bujía de Philips y luego tubo de polietileno que se deja 12 días.

ANASTOMOSIS TERMINO ENDOTERMINAL DE POZZI: Invagina el extremo proximal con el distal y luego sutura con catgut crómico 0000.

URETEROCISTONEOSTOMIAS CON BOTONES ANASTOMOTICOS:

El primero que lo hizo fue *Boari* en 1894. Su botón consta de dos platos de alrededor de 13 mm. de diámetro separadas por un resorte arrollado alrededor de un eje. Su altura total es de 1½ cm. *Pruneri* lo modificó en forma más

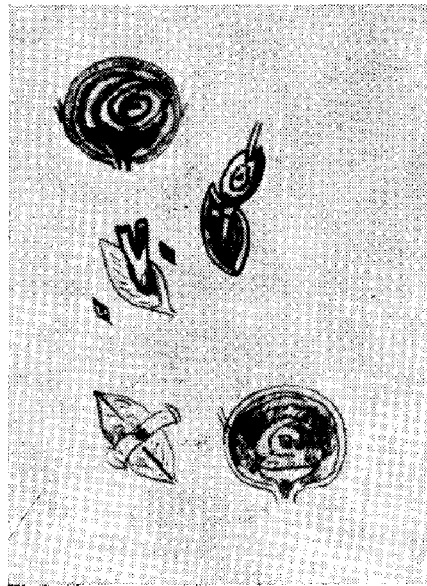


Figura 32

simple. Después *Charplet* de Toulouse describió un procedimiento para la anastomosis con un tubo de cobre niquelado con una ranura circular. El uréter es fijado con hilo de seda que sale por la uretra. El uréter se sutura a la vejiga con catgut, puntos seromusculares a cada lado de la incisión vesical. El hilo de seda permite retirar el botón cuando se desea después de haberse ulcerado el muñón ureteral con la fijación del uréter a la vejiga.

PROCEDIMIENTO DE CIAVANTONNI: (1900). Criticó los procedimientos anteriores por engorrosos e ineficaces y modificó el botón de Boari, poniendo en su luz un pequeño catéter para canalizar la orina por encima de la aplicación. Los hizo construir en diferentes tamaños variando de uno a otro en 1 mm. El peso es igual al de Boari, ½ gr.

En todos estos procedimientos es necesario retirar el botón cuando cae en la vejiga. En los dos últimos salen por la uretra previamente dilatada.

PROCEDIMIENTO DE J. M. GIL VERNET: (Fig. 33) Resume los malos resultados obtenidos con los botones anteriores que se incrustan trayendo obstrucción y propone basado en Blakmore y Donestky (1958) un cambio del anillo de plata por acero inoxidable, tantalio o vitalio, de 3 a 10 mm. En su borde superior el anillo lleva cuatro pinchos.

Los urogramas han demostrado buena eliminación. El autor dice que se evita la retracción y que no conoce el mecanismo por el cual no se produce el reflujo. Ha efectuado en algunos pacientes procedimientos clásicos que dieron reflujo y fueron curados por el anillo.

PROCEDIMIENTOS DE NECESIDAD

PROCEDIMIENTOS TUBULARES: Boari (1894) también fue el iniciador de estos métodos haciéndolo experimentalmente en un perro que vivió 4 años. Van Hook en 1893 lo hizo en cadáveres y recién fue aplicado en el hombre en 1926 por Benda.

Consideramos que las técnicas de necesidad pueden ser usadas con muy buen resultado para reparar lesiones de hasta 15 cm. de altura. Como condición exigen tener vejiga con buena capacidad y elasticidad.

La técnica de Boari (Fig. 34) emplea como vía de acceso la mediana infraumbilical o la vía ilíaca. Consta de dos tiempos fundamentales que son: la preparación del uréter y el tallado del colgajo vesical. Este se efectúa previa desperitonización de la vejiga, oblicuo de arriba abajo y de fuera adentro de 3 cm. en su base afinando en el extremo hasta 2-2,5 cm. El largo se calcula de acuerdo a las necesidades. Se colocan dos puntos de reparo en sus extremos. El tubo se hace sobre sonda ureteral gruesa con puntos separados de catgut cromado 0000 tomando músculo y no mucosa. Se debe colocar el primer punto en base; el uréter anteriormente preparado y cateterizado. La unión se hace término terminal. Algunos introducen el uréter dentro del tubo vesical. Se retira el catéter ureteral y se substituye por el que se encuentra en el tubo construido. La unión se efectúa con catgut crómico 000 y con puntos en U. Estos previenen la estrechez. Los posteriores se colocarán primero, luego los laterales y finalmente los anteriores. Si el uréter no tiene mayor calibre se lo secciona en bisel. Otra variante sería abrirlo a lo Payne e insertarlo así, tal cual lo hicieron Obkerblad y Carlson en 1936. (Fig. 34.)

Dillon prepara el lecho del colgajo resecaando un trozo de mucosa tratando de conseguir una mejor coaptación. Es necesario que el tubo sea siempre unos 5 cm. más largo de lo necesario. (Fig. 35.)

López Engelkin de Méjico en su magnífico trabajo sobre "Ureterocistoneostomías en diversos problemas urológicos" resuelve el problema con muy buen resultado espatulando el uréter e introduciéndolo 2 o 3 cm. en el tubo. Dos puntos seroserosos en la unión de la boca de anastomosis con dos o tres puntos radiales y termina colocando el colgajo con puntos separados, pero tres de ellos forman la serosa del techo ureteral. No evita cierta tensión y estiramiento, basado en las teorías de Lapidés cree que eso evita el reflujo.

La sonda que sale al exterior puede hacerlo por el costado de la sonda uretral, por su interior o por un pequeño orificio vesical. Se deben dejar drenajes, tutor alrededor de 15 días.

Las variaciones de esta técnica son numerosas pero conviene dejar consignadas la de *Thiermann* que talla dos colgajos cortos que se adaptan luego para fabricar el tubo evitando así la necrosis.

GIL VERNET: Combina la formación del tubo con la anastomosis ureteral submucosa y la sección elíptica del uréter tratando de evitar así el reflujo. (Fig. 36).

Personalmente he efectuado dos veces esta técnica, el paso del uréter a través del tubo submucoso fue dificultoso por el grosor del uréter y en el otro caso el túnel no fue exactamente submucoso por encontrarse la mucosa adherida a la muscular. El pasaje se hizo en pleno músculo. En ambos aunque el postoperatorio no fue grave, fue largo y molesto. Los enfermos mantuvieron una fístula que demoró en cerrar más o menos unos 35 días. Los urogramas de control postoperatorio muy recientes muestran dilatación alta que no sabemos si será reversible.

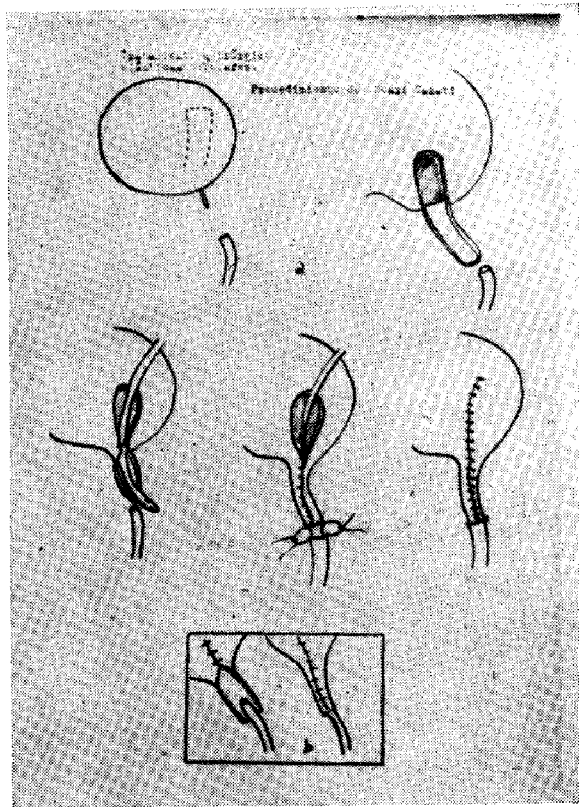


Figura 34

BERNES Y FORLEY: Tallan los colgajos transversales y circulares haciendo la anastomosis terminoterminal.

MODIFICACION DE TSUJI, KUSODA E ISHIDA: Efectuada en perros aplican los conceptos de Denis Brown.

Se efectúan dos incisiones longitudinales y paralelas de 5 a 6 cms. interesando todas las capas vesicales. Cierra la pared vesical adosando la mucosa vesical contra la vejiga. Efectuada la autopsia del perro a las tres semanas el tubo se encuentra formado comunicando con la vejiga.

PROCEDIMIENTO DE M. GREGOIR: (1954). Saca dos colgajos de la cúpula vesical, previa incisión longitudinal de 3 cms. de pared vesical. Tunelización y anastomosis.

PROCEDIMIENTOS ANTIREFLUJO

PROCEDIMIENTO DE VEST: Indicada para los megaureteres, uréteres dilatados y reflujos. El uréter dentro de la vejiga es remangado en botón de camisa y así suturado mucosa a mucosa.

MODIFICACION DE GRAY, FLYNN Y GOODWIN: Meatotomía y liberación mucosa vertical pero dejando fijo el trigono. Un punto fija el catéter colocado en el uréter. El uréter se remanga automáticamente sobre sí mismo. Sutura mucosa.

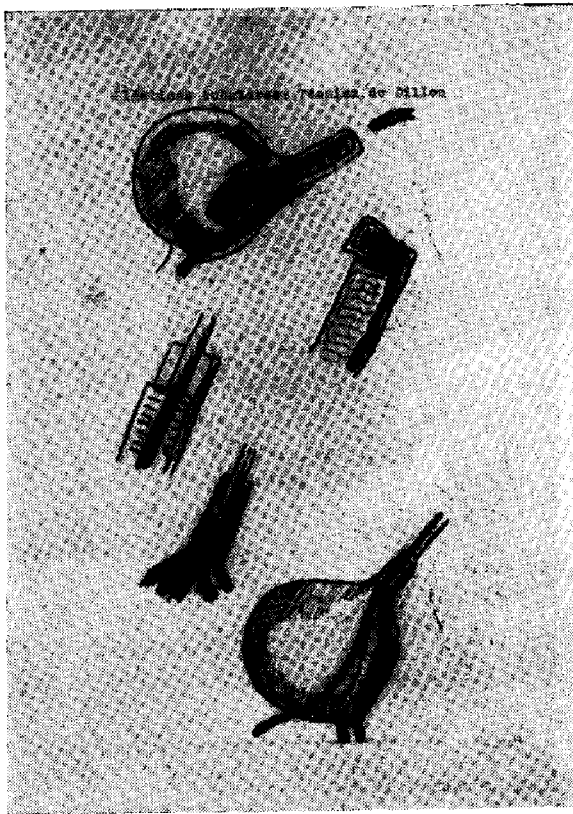


Figura 35

TECNICA DE POLITANO Y LEADBETTER: (Fig. 37). Procedimiento transvesical. El uréter es cateterizado. Se coloca un punto de tracción en el meato, disecando circularmente éste y luego el uréter en sus porciones intramural y yuxtavesical. Túnel submucoso de 2 cms. por encima. Incisión mucosa en su parte superior. A ese nivel una pinza sale al exterior de la vejiga para tomar el uréter libre e introducirlo, haciéndolo pasar luego por el túnel para reanastomosarlo con cuatro puntos mucosos. Se deja tutor y sonda Foley en vejiga.

PROCEDIMIENTO DE DELFINO GALLO (Guadalajara). Basado en el procedimiento de Mathiesen para uréterocolon anastomosis.

PROCEDIMIENTO DE STEVENS MARSHALL: También talla túnel submucoso, el uréter con dos colgajos o valvas es anastomosado después de ser traído a través del túnel por una pinza. Las dos valvas se suturan a la mucosa con catgut crómico 0000.

De los casos publicados por estos autores, Mc Govern revisó 14 y encontró 11 reflujos en los que fue necesario derivar la orina. Se comprobó uroectasia sin obstrucción, dando solo 13 % de éxitos. La técnica es mala porque permite el reflujo.

TECNICA DE BELL Y LLANOS: Cateterismo ureteral a cielo abierto con tubo de goma. Liberación del uréter. Extravesicalización del mismo. El catéter se fija a la pared ureteral con dos puntos de seda. Estos se colocan a

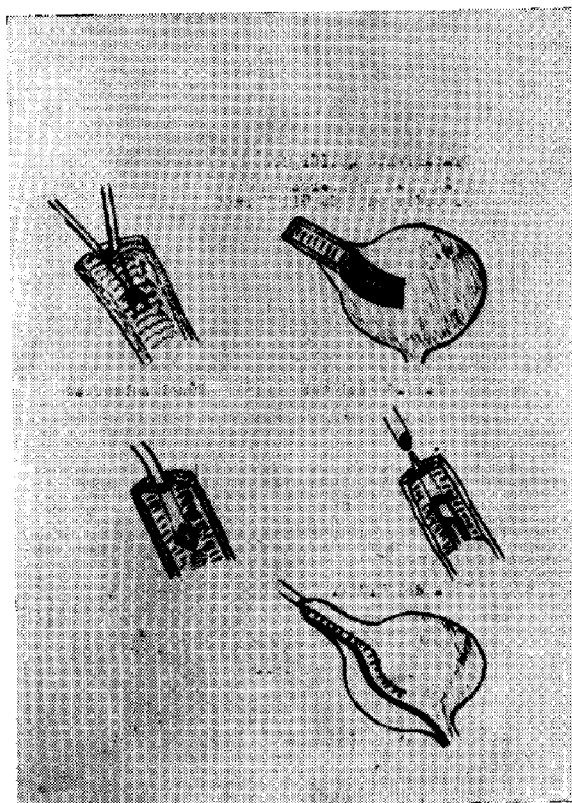


Figura 36

la distancia que se desea acortar el uréter. Al retirar el catéter se produce una invaginación del uréter. El extremo de la invaginación que aparece en vejiga es suturado con catgut 000. Se colocan por fuera puntos. El catéter se retira luego de cortar los puntos correspondientes. De los 5 casos presentados 3 volvieron a tener reflujo.

TECNICA DE BISCHOFF: Resección y modelaje. Incisión ilíaca. Diseción del uréter inferior hasta las fibras del detrusor, sección en bisel, dejando en la vejiga un segmento de calibre normal de una longitud de 1 a 1½ cm. tallado en pico de flauta. Disección hacia arriba liberando las acodaduras hasta pelvis, obteniéndose así un largo considerable. Se presenta al segmento inferior de manera rectilínea. Todo el exceso es suprimido por corte oblicuo. Un tubo de polystan es colocado un extremo hacia la vejiga y otro hacia la pelvis. El

uréter superior es modelado suprimiendo parte de su circunferencia y suturado sobre tutor con puntos separados de catgut. El segmento inferior es atraído y suturado con dos o tres puntos al extremo distal. Drenaje, sonda ureteral y uretral que se dejan 15 días. Bischoff ha obtenido sobre 80 intervenciones un porcentaje de 70 % de curaciones. (Fig. 38).



Figura 37

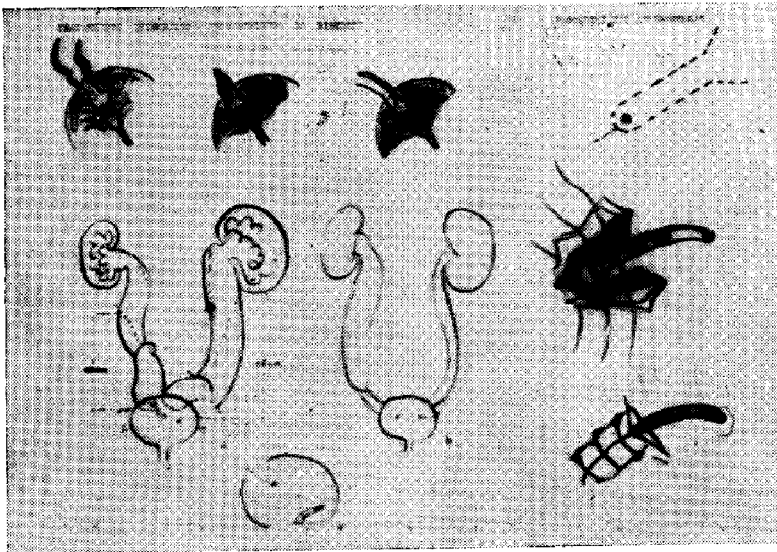


Figura 38

Operación antireflujo: Basada en la técnica de Denis Brown. Vía intravesical. Un hilo repara el meato en su borde superior. Incisión circular sobre el meato en $\frac{3}{4}$ partes de su circunferencia. A partir de cada una de las extremidades se efectúa una doble incisión paralela hacia el cuello, sobre una distancia de 2 cms. Persiste así continuidad entre la mucosa meática y la trigonal.

En el niño la incisión puede ser menor de 2 cms. El largo de la porción mucosa es igual a la circunferencia del nuevo canal. La mucosa vesical es decolada lateralmente para ser movilizada. Se coloca un tubo de polietileno. Este entra por el meato y sale por la uretra. Los bordes de la mucosa son aproximados sobre él con algunos puntos de catgut. El meato queda así sumergido. El catéter se deja 15 días. Este procedimiento sólo debe ser usado como antireflujo o combinado con los anteriores. Sobre 232 veces que lo ha usado su autor ha obtenido 96 curaciones.

TECNICA DE HUTCH: (Fig. 39). 1º) Liberación del uréter terminal de las fibras del detrusor por vía extravesical. 2º) Por vía intravesical: incisión de la pared por encima del meato, sobre el relieve de un catéter colocado previamente. 3º) El uréter es tironeado hacia la vejiga haciendo un ansa saliente. La adventicia ureteral es así fijada a la parte superior de la incisión, en el pun-

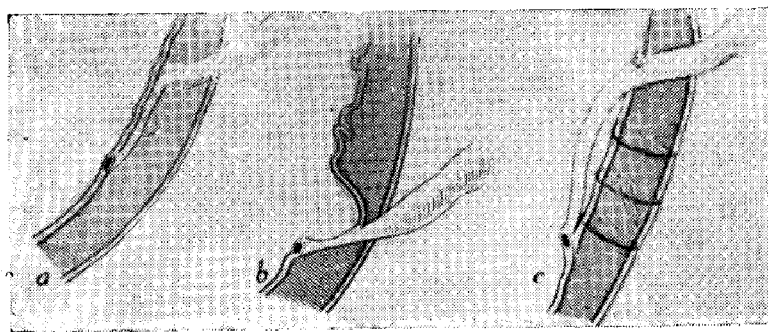


Figura 39

to que emerge en vejiga. Se reconstruye la pared bajo el ansa, formando un plano resistente. Cierre de la pared, la sonda se deja 12 días. Hutch la ha usado en parapléjicos y niños con meningoceles. Sobre 8 casos, en 3 corrigió el reflujo, agravándose la obstrucción (nefrostomía) sobre riñón único. 7 excelentes, 2 satisfactorios.

Una encuesta efectuada en Estados Unidos dió un 71 % de éxitos, sobre 17 casos tratados de vejiga neurogénica.

TECNICA DE FIRSTATTER: (Fig. 40). Para obstrucciones altas (10 centímetros). Incisión de Albarran extraperitoneal. Liberación ureteral de 4 a 6 cms., por encima de la obstrucción. Preparación de cara posterolateral de vejiga. Puntos de reparo no perforantes sobre uréter. Sección por encima del proceso obstructivo. Fijación de uréter a la vejiga a 2 ó 3 cms., de su extremidad inferior inmediatamente por encima del sitio elegido para la ostomía. Perforación vesical con electrobisturí y ampliación con pinza de Halstead. Son pasados entonces con aguja de Reverdin los hilos del uréter a través del orificio. Este es traído a la cavidad vesical. Se retiran los hilos de tracción y se colocan dos puntos ureterovesicales anteriores. El uréter debe quedar sin tensión 1 ó 2 centímetros libre en la cavidad vesical. Sonda de Foley y drenaje paralaterovesical.

5 casos: 4 con buenos resultados, 1 sin modificación.

TECNICA ANTIRREFLUJO DE LICH, HOWERTON Y DAVIS: Cateterismo ureteral por vía extravesical. Liberación del uréter hasta alcanzar la mucosa vesical, sección de la pared vesical sobre el lecho del uréter hacia arriba. El uréter es sumergido en este lecho submucoso y los bordos de la herida aproximados con catgut 0000. Se modifica así la salida del uréter. Visto por su cara externa, lo hace en forma más alta.

NEFROURETERECTOMIAS

También tienen un tiempo en que el uréter terminal debe ser abordado para su extirpación, por lo general con el cono vesical. Las variantes usadas han dado lugar a las siguientes técnicas:

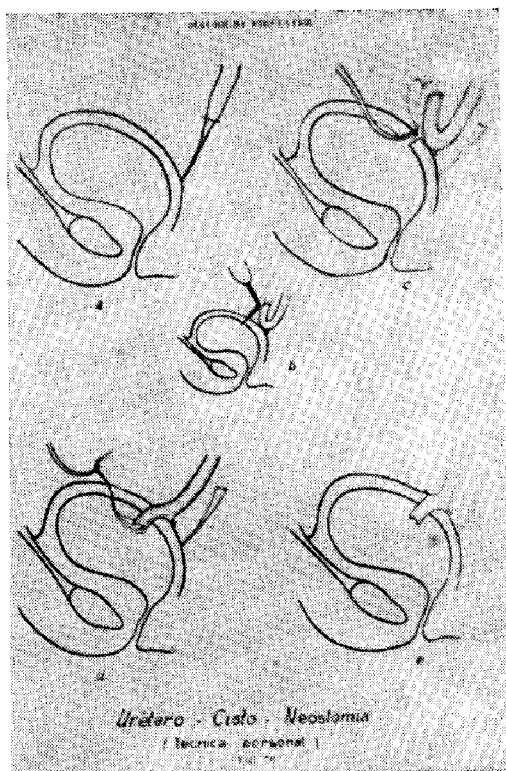


Figura 40

TECNICA DE PATTON: Cateterismo ureteral. Vía inguino abdominal es localizado el uréter. Liberación. Tracción formando carpa de la vejiga con dos pinzas de Allis. Disección del uréter intramural. Se retira el catéter y se extirpa en masa el meato y la pared vesical correspondiente. Cierre de la brecha vesical. Sonda uretral. Drenaje.

TECNICA DE MAC DONALD UPELRICH: La resección del meato se hace por vía endoscópica. Electrocoagulación del lecho para evitar la diseminación. Por vía lumbar se practica la nefrectomía, traccionándose el uréter. Drenaje inferior. Sonda uretrovesical dos semanas.

TECNICA DE MC DONALD: Se coloca catéter de Chevassu por vía endoscópica o de arriba abajo. Nefrectomía lumbar, dilatación ureteral de arriba abajo hasta el N° 16. Invaginación como para fleboextracción. Denudador ciego de Mayo y liberación del uréter, tracción delicada del extremo externo

hasta llevarlo a vejiga. Cierre de la lumbotomía. Resección del uréter por vía endoscópica.

TECNICA DE COUVELAIRE Y NICOL: Su mayor indicación es en operados y obesos. Consta de dos tiempos: 1) Nefrectomía sin sección del uréter. El riñón queda colgado al extremo inferior de la herida. 2) Incisión coxiperineal en el hombre, colpotomía transversa anterolateral o perineotomía en la mujer y abordaje de la parte inferior.

CIRUGIA DE NECESIDAD: REMPLAZOS

Desde mucho tiempo atrás se ha intentado substituir el uréter lesionado. La magnitud del daño y la ubicación hacen imposible otro recurso quirúrgico. Así han nacido los injertos como elementos de reemplazo.

En el campo experimental se han efectuado injertos libres o pediculados: con vena yugular, arteria carótida, ileum, apéndice, piel, fascias, peritoneo, trompa de Falopio, etc. Los resultados en general han sido desalentadores. Se han utilizado también materiales extraños al organismo: goma, plata, vidrio, vinilío, tántalo, polietileno con el mismo resultado. La incrustación, obstrucción y fibrosis dieron por tierra con la esperanza de su aplicación.

Los últimos intentos con dacron y teflon parecen ser diferentes, especialmente con el último material: 51 perros injertados con prótesis de teflon llevan ya una sobrevida de 7 meses, sin inconvenientes. Los autores aconsejan dejar durante un largo tiempo un tutor en su interior. Otras experiencias con los mismos materiales no han corrido la misma suerte de esta serie presentada por S. V. Koevara, F. Zak, por cuanto los plásticos formaron cálculos en su interior o fueron a la fibrosis.

REEMPLAZO URETERAL DE NECESIDAD CON ILEUM: La idea data de Finger en 1894. En 1900 se consigue una sobrevida en el perro de 32 días, demostrándose que el aparato urinario se conservaba normal. En 1912 Melnikoff dijo: La operación es posible pero laboriosa. Algunas malas experiencias hicieron que no se aplicara en el hombre hasta 1906, en que Shoemaker hiciera la primera reconstrucción vesical. En 1940 también fue realizada una plástica ureteral (Nissen de Bale) por una fístula ureteral después de una ureterolitotomía. El enfermo fue controlado durante 6 años. Longuet en 1944 le da el nombre de ureteroilioplastia y empleó el procedimiento en una fístula ureterovaginal post Wertheim. La paciente anduvo bien durante tres años al cabo de los cuales falleció por metástasis. La utilización del ileum como medio de transporte demostró que no tenía los riesgos de reabsorción que presentaba como reservorio. Desde entonces las publicaciones exitosas se han sucedido con relativa frecuencia.

TECNICA: Preparación: general a la cirugía general intestinal. Se aconseja efectuar nefrostomía de descarga, cuando hay hidronefrosis o riñón único.

Incisión: Mediana infraumbilical que se puede prolongar hacia arriba, transversal u oblicuamente en dirección a la novena costilla. También se pueden realizar dos incisiones: laparotomía mediana y lumbotomía. La vía que se utiliza es mixta: intra y extraperitoneal.

Consta de tres tiempos fundamentales:

1) Elección del segmento de reemplazo. Este puede ser colónico (ciego y ascendente para la derecha, sigmoideo para la izquierda) o ileum. Se prefiere el último por su calibre, facilidad de movilización y largo apropiado. El ansa

hasta hace poco tiempo isoperistáltica, hoy casi indiferente, es tomada a 15 ó 20 cms., de la válvula ileocecal. El largo será decidido por el cirujano por el remplazo a afectar. Las ansas cortas hacen tracción de las suturas y las largas, codos inconvenientes que pueden llevar inclusive a la torsión.

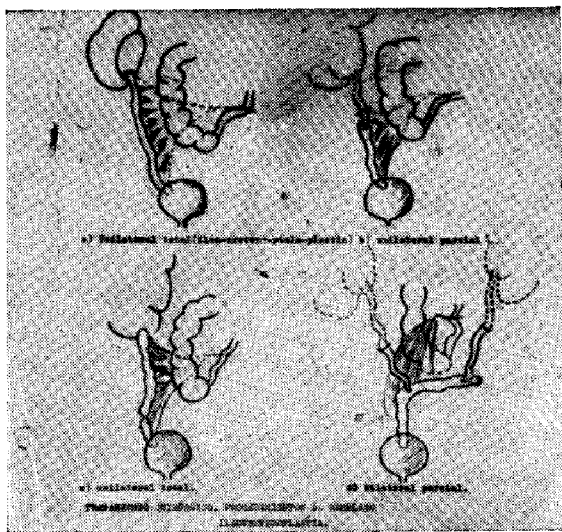
2) Restablecimiento de la continuidad intestinal por anastomosis término terminal o latero lateral.

3) Anastomosis ureteroileal. Puede ser retromesocólica o premesocólica.

4) Anastomosis ileovesical en tres planos por puntos separados: serosero-so, seromuscular y mucomucoso. Puede ser terminal o lateral.

5) Evitar los recesos capaces de permitir la estrangulación de ansa.

La plástica puede ser parcial, total, unilateral, bilateral, en anillo, en J. en U, en S. (Fig. 42).



(Figura 42 (Dr. Casal))

La operación puede hacerse en dos tiempos, cuando el estado general del enfermo lo requiera: operación de Bricker y luego anastomosis ileovesical.

Resultados: La mortalidad es escasa 1 en 35 (serie de Kumusoki) 1 en 10. serie de Kuss.

Indicaciones: Constituye la principal los casos de destrucción, retracción posthisterectomía, substituye a la nefrectomía y a la nefrostomía cuando el valor de la glándula es casi satisfactoria y no son aplicables las técnicas clásicas.

No remplaza a la ureteroneostomía, ni a las plásticas tubulares cuando se pueden realizar.

CONCLUSIONES

Los recursos conque contamos prueban el ingenio del hombre y su disconformidad con los resultados obtenidos.

La patología del uréter terminal, zona de stress de este órgano varía con las edades: las anomalías son patrimonio de los niños, así como los procesos post-cirugía y los tumores, lo son del adulto y el viejo respectivamente.

La "ceniciento de la cirugía urológica", empleando las palabras de Puigvert, se pone de moda y las publicaciones sobre el tema son mundiales. Nosotros hemos tenido una serie afortunada de casos.

Creo que nuestra atención debe ser dirigida no sólo al buen conocimiento de las soluciones, sino también a la manera de disminuir ese gran capítulo de las enfermedades iatrogénicas. Son altas las cifras y la variedad de las complicaciones en la cirugía abdominal, aún en manos de hábiles cirujanos. Las técnicas usadas deben reconsiderarse especialmente aquellas que tienden a la persecución de la célula neoplásica.

La literatura médica se enriquece con las lesiones que producen los procedimientos endoscópicos mal empleados. No en vano Cibert pide moderación en su uso, considerándolos un progreso terapéutico.

La cirugía reparadora tratará de restituir funciones tan delicadas e importantes como son la protección del riñón y la conducción o transporte de la orina.

Las técnicas basadas en la fisiopatología requieren: conocimiento, destreza y decisión, pero nada será de tanto valor como respetar las indicaciones y los principios de la cirugía plástica. El entusiasmo por ellas hará olvidar a veces la utilización de recursos más sencillos. Marshall llama la atención sobre los inconvenientes de las ureteroneocistostomías y presenta interesantes series de enfermos tratados y curados con procedimientos médicos o endoscópicos.

No obstante, no conviene demorar un tratamiento quirúrgico, o la indicación de una técnica y una vía de abordaje adecuada cuando fuere necesario.

En nuestra experiencia los casos más numerosos han sido los tumores vesicales y los daños causados por la cirugía ginecológica.

Hemos usado casi todas las vías de abordaje clásicas. Creemos que cada una tiene sus indicaciones. La vía vaginal nos fue muy útil en los casos de litiasis urinarias bajas. La vía inguino abdominal extraperitoneal fue empleada en las litiasis y en algunos casos de nefroureterectomías con bastante buen campo. Para los casos de litiasis bilateral, así como para las plásticas más o menos laboriosas, debe abordarse por vía mediana infraumbilical, con la posibilidad de una ampliación en caso necesario. La vía transvesical proporciona un postoperatorio más tranquilo que cuando se efectúan grandes movilizaciones.

Con las técnicas de Payne y Boeminghaus hemos resuelto a satisfacción diversos problemas.

Las técnicas de Boari y Gil Vernet han sido los procedimientos tubulares usados. El primero en 6 oportunidades. Los resultados inmediatos fueron buenos, uno alejado malo, por estenosis de todo el tubo en ambos lados. No podemos hablar de resultados lejanos por la pérdida de casi todas las enfermas por metastasis y recidivas. Dos casos fueron tratados recientemente por la técnica de Gil Vernet: el postoperatorio fue molesto por la fístula urinaria que tardó en cerrar.

Como procedimientos antirreflujo hemos empleado el Leadbetter con buen resultado y el Gil Vernet.

Dos remplazos bilaterales de uréteres por ileum vivieron con buen funcionamiento del ansa 15 días el primero y 28 el segundo, falleciendo ambos, por desequilibrio electrolítico el primero y enteritis estafilocócica el segundo. Ambos enfermos con lesiones blastomatosas habían sido tratados por distintos cirujanos, quienes efectuaron cirugía radica.

Pese a todas las soluciones enumeradas para el tratamiento de los diversos problemas del uréter terminal, aún no se ha encontrado una solución ideal para restablecer la función perdida y la profilaxis de las lesiones de este segmento ureteral debe estar en la mente de todos los cirujanos que abordan el abdomen.

CUADRO ESQUEMATICO DE LOS CASOS CLINICOS

<i>Caso</i>	<i>Técnica</i>	<i>Via</i>	<i>Etiología</i>	<i>Evolución inmediata</i>	<i>Evolución inmediata</i>
1)	Boari	extrap.	fístula ureterovaginal izq. postrauma quirúrgico.	mala (ectasia y posterior nefrostomía)	Buena
2)	Payne	mixta	tumor de vejiga (uréter izquierdo)	buena	Buena
3)	Payne	extrap.	ureteritis estenosante derecha post. TBC.	buena	Buena
4)	Politano y Leadbeteer	mixta	tumor de vejiga (uréter izquierdo)	fallecido (desequilibrio)	---
5)	Payne (si tubo tutor)	mixta	tumor de vejiga (uréter izquierdo)	buena	buena (con reflujo)
6)	Legueu	mixta	tumor de vejiga (uréter izquierdo)	buena	residuo tumoral
7)	Legueu	mixta	estenosis cicatricial bilateral postcistoneostomía parcial	fracaso derecho éxito izquierdo	ídem (fallece a los 4 años por metástasis)
8)	Legueu	transves.	tumor de vejiga (uréter derecho)	buena	buena
9)	Legueu	mixta	tumor de vejiga (uréter izquierdo)	buena	buena (con reflujo)
10)	Boeminghaus	mixta	tumor de vejiga (uréter izquierdo)	buena	fallece por recidiva tumoral
11)	Leadbetter (sin tubo tutor)	extrap.	fístula post. quirúrgico	traumatismo mala (estenosis)	corrección a lo Bazy y fallecimiento
12)	Payne	extrap.	ligadura bilateral quirúrgica y fístula	mala (hiperazoemia)	se ignora
13)	Payne	mixta	tumor de vejiga (uréter izquierdo)	buena	metastasis cancerosa

Caso	Técnica	Vía	Etiología	evolución mediata	
14)	Payne	transves.	tumor de vejiga (uréter izquierdo)	buena	fallece por enfermedad intercurrente
15)	Payne	transves.		buena	buena
16)	Uretero-ileoplastias	intrap.	T.B.C. urinaria	buena	buena
17)	Boari bilateral	extrap.	estenosis ureteral bilateral postquirúrgica	buena	mala
18)	1) Leguen 2) resección ureteroceles y antiref. Bischoff	1) extrap. 2) transves.	ureteroceles derecho y reflujo acentuado derecho	1) mala 2) buena	— — — en observación
19)	Boeminghaus	mixta	Ca. vejiga	buena	? ? ?
20)	Gil Vernet	mixta	estenosis inflamatoria inespecífica	regular	? ? ?
21)	Gil Vernet	mixta	estenosis inflamatoria inespecífica	regular	? ? ?
22)	Ureteroilio-cistoplastia bilateral	Intraperitoneal	estenosis bilateral post Boari post. Wertheim	regular	? ? ?
23)	Nefrectomía	—	T.B.K. Estenosis U. term. Tram. Méd.	excelente	ídem
24)	Boari unilateral	mixta	Estenosis inespecífica	regular	buena
25)	Leadbetter	extrap.	megauréter reflujo	buena	reciente
26)	Bischoff bilateral	extrap. transves.	reflujo bilateral	buena	reciente
27)	Ureterest. cutan. bilat.	extrap.	Ca. vejiga	mala	—

BIBLIOGRAFIA

- Aboulker*: Deux observations de cystoplastie de l'extrémité inférieure de l'urètre pour fistule urétéro-vaginale. *J. d'Urol.* 59:293, 1953.
- Aboulker, P. et Givanola, B.*: Les fistules de l'urètre après appendicectomie. *J. d'Urol.* 22:209, 1953.
- Adam, M. et Jaloustre, S.*: Dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'urètre prolapsée par l'urètre et étranglé au méat. *J. d'Urol.* 55:53, 1949.
- Ahumada, J. C. y Ahumada, J. L.*: Fistula ureteral incompleta de origen obstétrico. Neoplantación del uréter. Curación. *Boletín de la Soc. de Obst. y Ginec. de Bs. As.* XXXII, 306, 1943.
- Aimó, M. A.*: Cistectomía parcial con reimplante ureteral por neoplasia de vejiga. Resultados alejados. *Rev. Arg. de Urol.* 27:74, 1959.
- Albertelli, J., Bottini E., Madrid Páez y Monzón R.*: Sección quirúrgica accidental del uréter. *Rev. Arg. Urol.* 22:203, 1953.
- Alvarinhas, F. y Pedraglio C. de*: Tumor primitivo del uréter, 6º Congr. Arg. Urol. III:48, 1960.
- Alyea, E. P.*: Cytoscopic removal of large ureteral calculi. *J. Urol.* 40:83, 1953.
- Ambrose, S. S. y Nicolson, W. F.*: Causes of vesico-ureteral reflux in children. *J. Urol.* 87:695, 1962.
- Andreas, B. F. and Costing, M.*: Primary amyloidosis of the ureter. *J. Urol.* 79:929, 1958.
- Anselm*: Ureterocele y aborto habitual. *Arch. Esp. de Urol.* IX:20, 1953.
- Arenas, N., Lockhart, J., Di Paola, G. y Pagliere, L.*: Accidentes postoperatorios del uréter y su tratamiento en cirugía ginecológica. 26º Congr. Arg. Cirug. 151, 1955.
- Aschner, J. W.*: Accidental injury to ureters and bladder in pelvic surgery. *J. Urol.* 69, 774, 1953.
- Astraldi, A. y Monserrat, L.*: Epitelioma primitivo del orificio ureteral. *Rev. Arg. Urol.* 10:16, 1951.
- Auvert, J.*: Les reflux à partir du bassin. 51º Congr. Franc. de Urol. París, 1957.
- Auray, P.*: Résultats éloignés de la chirurgie réparatrice de l'urètre. *Act. Urol. Belg.* 29:91, 1961.
- Baker, W. F. and Graff, E. C.*: Tumors of the ureter. *J. Urol.* 70:390, 1953.
- Barnes, R. W. and Farley, S.*: Reconstruction of lower segment of ureter with tube made from bladder flap, preliminary report. *J. Urol.* 59:466, 1948.
- Bazterrica, E., Ferracani, R., Schenone, E. E. y Siocca, S. M.*: Ureterocistoneostomía. A propósito de 2 casos. *Bol. Soc. Obst. y Ginec. Ps. As.* XXII:400, 1953.
- Belt, E. y Llanos, M. A.*: Reconstrucción plástica de la válvula ureterovesical por invaginación del uréter. VI Congr. Am. y III Arg. Urol. IV:412, 1956.
- Bernardi, R. y Budich, M.*: Estenosis ureteral tuberculosa doble en un riñón único. Su evolución. *Rev. Arg. Urol.* 29:256, 1953.
- Bernardi, R.*: Sobre tres casos de ureteritis terminal tuberculosa. *Rev. Arg. Urol.* 22:281, 1953.
- Bertolotto, R. e Cavazzana, P.*: Sul comportamento della rete vascolare intraparietale dell'uretere terminale. *Urologia*: 364, 1957.
- Best, J. W. and Ormond, J. K.*: Empyema of the residual ureter. *J. Urol.* 61:904, 1949.
- Bischoff, P.*: Operative treatment of megaureter. *J. Urol.* 85:268, 1961.
- Bischoff, P. and Bush, G. K.*: Origin clinical experience and treatment of urinary obstructions of the lower ureter in childhood. *J. Urol.* 85:739, 1961.
- Bischoff, P.*: Betrachtungen sur Genese des megaureters. *Urol. Internac.* 11:257, 1962.
- Bitker, P.*: Le reflux vésico-uréteral chez le paraplégique. Esquisse d'une pathogenie. Classification des reflux dans les vessies neurologiques. *J. l'Urol.* 64:88, 1958.
- Blanc, M.*: Un cas singulier d'infection latente de l'urètre restant après néphrectomie pour lithiase infectée. *J. d'Urol.* 44:81, 1937.
- Blum, E.*: Fistule urétéro-vaginale opérée par voie transvésicale. *Act. Urol. Belg.* 26:69, 1958.
- Bocquentin, Ch.*: Le reflux vésico-uréteral dans la tuberculose urinaire. *P. d'Urol.* 61:849, 1955.
- Bohne, A. W., Urwiller, L. D., y Armento, D. F.*: Vesico-ureteral reflux. *J. Urol.* 86:548, 1955.
- Boissonat, P.*: Urétéroceles chez la nourrisson. *J. d'Urol.* 60:684, 1954.
- Bors, E. and Comarr, E.*: Vesico-ureteral reflux in paraplegic patients. *J. Urol.* 68:691, 1952.
- Bors, E.*: Neurogenic bladder. *Urol. Survey* 7:177, 1957.
- Bottini, E.*: Dilatación quística de la extremidad inferior del uréter. Litiasis secundaria. Malformación de vías excretoras. *Rev. Arg. Urol.* 15:437, 1946.
- Boulvin, R.*: Un cas de dilatation kystique de l'urètre droit prolapsé au méat uréteral et voie de gangrene. *Act. Urol. Belg.* 27:169, 1959.

- Brea, L. M., Goyena, J. R., Márquez Busto, J. y Ruiz, R.:* La vía transvesical en el tratamiento quirúrgico de los procesos de uréter inferior. VI^o Cong. Arg. Urol. III:146, 1960.
- Brea, L. M. y Antelo, R. A.:* Tuberculoma del uréter. Rev. Arg. Urol. 28^o70, 1959.
- Brène, J.:* Urétérite terminale sténosant d'origine tuberculeuse. 9nastomose latéro-lateral urétéro-vesicale. J. d'Urol. 65:402, 1959.
- Brene, J.:* Ephitelioma mixte de l'uréter. Act. Urol. Belg. 23:266 1,955.
- Brock, D. R.:* Ureteral obstruction from endometriosis. J. Urol. 83:100, 1960.
- Brodny, M. L. and Hershman, H.:* Pedunculated hemangioma of the ureter. J. Urol. 71:539, 1954.
- Brueziere, J.:* Remplacement de l'uréter par un greffon intestinal séro-sereux. Etude expérimentale. J. d'Urol. 68:175, 1962.
- Bunge, R. G.:* Further observation with delayed cystograms. J. Urol. 71:427, 1954.
- Bunts, R. C.:* Vesico-ureteral-reflux in paraplegics patients. J. Urol. 79:747, 1938.
- Burghelle, Th., Simici, P. et Goldstein, J.:* Urétérocele, nid de calculs. J. d'Urol. 74:348, 1955.
- Burns, R. A.:* Reconstruction of the lower ureters by a tube made from bladder flaps: a case report. J. Urol. 74^o348, 1955.
- Burns, E. and Peiser, J.:* The treatment of urologic complications in gynecology. J. Urol. 75:438, 1956.
- Calandra, D., Sanmartino, R.:* "Enfermedades de la vulva", 66, 1959.
- Campbell, M. F.:* Ureterocele. J. Urol. 45:598, 1941.
- Cantiniiaux, V.:* Retention totale ureteropyelique par lésions tuberculeuses de l'ostium de l'uréter du rein restant apres nephrectomie. J. Belg. d'Urol. 12:305, 1939.
- Caporale, L.:* Sulla chirurgia dell'uretere iuxtavesicale. Miner. Urol. 12:191, 1960.
- Cartelli, N.:* Fístula ureterocutánea post-intervención quirúrgica por embarazo tubario roto. Rev. Arg. Urol. 13:61, 1944.
- Carter, R. G.:* Ureterovaginal Fístula. J. Urol. 71:200, 1954.
- Casal, J.:* Fisiopatología del uréter terminal. VII Congr. Arg. Urología. Tucumán.
- Castaño, E.:* Dos nuevas observaciones de dilatación quística del extremo inferior del uréter tratadas y curadas por electrocagulación. Rev. Arg. Urol. 1:27, 1932.
- Castaño, E., Grimberg, J. y Bertolasi, A.:* Dilatación quística del extremo inferior del uréter. Rev. Arg. Urol. 4:411, 1935.
- Castaño, E., Ortiz, A. B., Torroba J. P.:* Tumor de vejiga. Cistectomía parcial y reimplantación del uréter. Rev. Arg. Urol. 16:366, 1947.
- Cavazzana, P. e Bertolotto, R.:* Ricerche sulla disposizioni delle reti vascolari intraparietali dell'uretere umano. Urol. 24:280, 1957.
- Caughlan, G. V.:* Ureterovaginal fistula; repair of ureteral defect by use of bladder flap. J. Urol. 58:428, 1947.
- Cendron, J.:* Ureterocele, Dilatation pseudokystique intravesicale de l'extremité inferieure de l'uréter. J. d'Urol. 61:191, 1955.
- Chavin, H.:* A propos de quelques cas d'urétéro-cysto-neostomie. J. Urol. 60:80, 1954.
- Chauvin, M.:* Etude experimentales de l'operation de Boari. J. d'Urol. 59:219, 1953.
- Chesa Ponce, N. y Ponce Caballero:* Un caso de fístula vesico ureteral bilateral. Ureteroneostomía bilateral. Curación. Arch. Esp. Urol. 11:59, 1955.
- Chute, R. and Salade, R. L.:* Bilateral side by side cutaneous ureterostomy in the midline for urinary diversion. J. Urol. 85:280, 1961.
- Chevassu, M.:* L'ureteropraghie de l'uréter pelvien. J. Belg. d'Urol. 14:373, 1946.
- Chinn, J., Horton, R. K. and Rusche, C.:* Unilateral ureteral obstruction a sole manifestation of endometriosis. J. Urol. 77:144, 1957.
- Cibert, J. et Durand, L.:* A propos du traitement de l'ureterite tuberculeuse. J. d'Urol. 62:367, 1956.
- Cibert, J., Foret, J. et Durand, L.:* Urétérectomie avec reimplantation dans le traitement de certains calcule de l'uretere pelvien. J. d'Urol. 59:609, 1953.
- Cibert, J. et Cibert, J.:* Compressions sucesives de deux ureteres iliaques par sclérose du tissu cellulo adipeux prévasculaire. Néphro-urétérectomia gauche. Intraoperitonisation de l'uréter droit. J. d'Urol. 68:653, 1962.
- Cifuentes Delatte, L.:* Le traitement chirurgical de choix, sanglant ou endoscopique des calculs uretereaux. Act. Urol. Belg. 25:365, 1957.
- Clarcke, B. G.:* Transurethral ureteral meatotomy and vesicoureteral reflux. A Clinical study of operative results. J. Urol. 86:319, 1961.
- Comotto, C.:* Carcinoma primitivo del uréter. Rev. Arg. Urol. 29:45, 1960.
- Conger, K. and Rouse, P. V.:* Ureteroplasty by the bladder flap technique: report of two cases. J. Urol. 84:485, 1955.

- Cordier, G., Malinaz et Seneze:* L'abord de l'urétére terminal par voi vaginale. Precisions anatomo-chirurgicales. *J. d'Urol.* 56:435, 1950.
- Cook, W. C.:* Urologic complications of obstetrics and gynecology. *The J. of Int. Coll. of Surg.* 30:302, 1958.
- Couvelaire, R., Nicol, M.:* La nephro-urétérectomie totale par voi mixte: lombaire et vaginale ou lombaire et périnéale. *J. d'Urol.* 57:501, 1951.
- Couvelaire, Rs:* Sur l'urétéro-cystoneostomie avec lambeau vesical tubulé. *J. d'Urol.* 58:386, 1952.
- Couvelaire, R., Magder, E., Debray J. et Cros-Decam, A.:* Documents sur les sténoses de l'urétére du tuberculeux. Incidences radiologiques et thérapeutiques. *J. d'Urol.* 58:612, 1952.
- Couvelaire, R., Patel, J. y Petit, P.:* Nouveau précis de Pathologie Chirurgicale. 1949. Tomo VI. Ed. Masson y Cia.
- Cowen, R.:* Uretero arterial fistula. *J. Urol.* 73:801, 1955.
- Cristoi, M.:* Volumineux calcul de l'urétére juxta-vesical. Urétérolithotomie. Nephro-urétérectomie consecutive. *J. d'Urol.* 43:546, 1937.
- Dante, J., Trabucco, A.:* Tumor de extremidad inferior de uréter. *Rev. Arg. Urol.* 6:18, 1937.
- Darget, R. et Ballanger, R.:* Urétéroplastie par sonde modelante pour rétrécissement tuberculeux de l'urétére pelvien. *J. d'Urol.* 61:145, 1945.
- Darget, R.:* Fistula urétérovaginale guerie par implantation directe de l'urétére dans l'intestine. *J. d'Urol.* 54:468, 1948.
- Dávalos, A.:* Ureteral anastomosis experimental studies; preliminary report. *J. Urol.* 58:22, 1947.
- Davidson, O. W. and Smith, R. P.:* Uretero arterial fistula. *J. Urol.* 42:257, 1939.
- David, E. and Lee, L. W.:* Transmidline uretero-ureterostomy necessitated by solitary damaged kidney. *J. Urol.* 63:1053, 1950.
- David, E., Leed, L. W. and Davis, E. (Jr.):* Transurethral endovesical ureterolithotomy with the resectoscope. *J. Urol.* 67:634, 1952.
- Davids, A. M. y Lesnick, G. J.:* Reconstrucción experimental de los ureteres por substitución de segmentos del intestino delgado. *Anal. de Cirug.* 12:459, 1953.
- Davis, D. M.:* Ureteral meatotomy with the fine wire electrode. *J. Urol.* 65:795, 1951.
- Davis, D. M. and Zimskind:* Progress in urodynamics. *J. Urol.* 87:243, 1962.
- Delporte, T.:* L'urétérite terminale stenosante. A propos de deux observations. Technique de la urétéro-cysto-neostomie. *J. Belg. d'Urol.* 22:253, 1954.
- Dillon, J. R. (Jr.):* Use of bladder pedicles as substitutes for the lower ureter. *J. Urol.* 23:583, 1960.
- Di Paola, G. y Tymjanker, J.:* Ureterocystoneostomía. *La Prensa Méd. Arg.* 43:1914, 1956.
- Dodson, A. I.:* Urological Surgery. 1944.
- Dodson, A. I.:* Some improvements in the technique of uretero-cystostomy. *J. Urol.* 55:255, 1946.
- Dolan, P. y Kirkpatrick, W. E.:* Multiple ureteral diverticula. *J. Urol.* 83:571, 1960.
- Dossogne, M.:* Résultats éloignés de la chirurgie reparatrice de l'urétére. *Act. Urol. Bel.* 29:95, 1961.
- Dotta, J. S.:* Ureteroceles. Técnica para su corrección quirúrgica. *Rev. Arg. Urol.* 27:94, 1958.
- Dotta, J. S., Delporte, T.:* Cirugía reparadora en un caso de obstrucción post quirúrgica del uréter. *Rev. Arg. Urol.* 29:92, 1960.
- Dotta, J. S., Delporte, T. y Colombo, A.:* Evolución alejada de una ureterocystoneostomía en un niño de 10 años. *Rev. Arg. Urol.* 17:519, 1948.
- Dotta, J. S.:* Clínica y tratamiento del uréter terminal. VII Cong. Arg. Urología. Tucumán.
- Dourmashkin, R. L.:* Cystoscopic treatment of stones in the ureter with special reference to large calculi: based on study of 1550 cases. *J. Urol.* 54:245, 1945.
- Ducassou, J.:* Resultat éloigné d'une urétérectomie suivie d'urétéro cysto anastomose par voi intravesicale pour rétrécissement congénital de l'extrémité inférieure de l'urétére. *J. d'Urol.* 60:436, 1954.
- Duggan, J. P.:* Las lesiones quirúrgicas del uréter. Un caso seguido a través de un año. *Rev. Med. y Cienc. Af.* 6:304, 1944.
- Duggan, J. P.:* La urografía secretoria en las lesiones quirúrgicas del uréter. *Rev. Med. y Cienc. Af.* 5:328, 1943.
- Dummont, N. V.:* De l'obliteration de l'urétére sain par la ligature de ce conduit Tesis de doctorado. 1920. Toulouse. Francia.
- Edelbrock, H. H.:* Uretero vesical obstruction in children. *J. Urol.* 74:492, 1955.
- Ellik, M.:* Stones in the ureter: their extraction by looped catheter. *J. Urol.* 57:473, 1947.
- Ellik, M. and Newton, L. A.:* Ureteral calculi: experiences in looped catheter management. *J. Urol.* 65:532, 1951.

- Emery Huth, P.*: A large ureterocele which extruded from female bladder on voiding. *J. Urol.* 42:534, 1939.
- Ercole, R.*: Perforación del uréter en peritoneo libre. *Rev. Arg. Urol.* 9:12, 1940.
- Ercole, R.*: Fístulas urogenitales. *Rev. Fac. Cienc. Med. de la Univ. Nac. del Litoral.* 2:87, 1960.
- Ercole, R.*: Ureterolitotomía por vía vaginal. *Rev. Arg. Urol.* 22:273, 1953.
- Ercole, R.*: Dilatación quística de la extremidad del uréter y litiasis concomitante. *Rev. Arg. Urol.* 5:126, 1956.
- Ericsson, N. O.*: Ectopic ureterocele in infants and children: a clinical study. *Surg. Gynec. and Obst.* 101:275, 1955.
- Espinosa Vega, D.*: Caso singular de reimplantación de los uréteres en la vejiga después de una ureterosigmoidostomía. VI Congr. Amer. y III Arg. Urol. 4:601, 1956.
- Estin Comarr, A.* and *Bors, E.*: Further observations on vesicoureteral reflux. *J. Urol.* 74:59, 1955.
- Fabre, P.* et *Lhez, A.*: Urétéro lithotomie par voi vaginale. *J. d'Urol.* 55:475, 1949.
- Farr, J. L.*: Ectopic ureteral opening into seminal vesicle. *J. Urol.* 83:108, 1960.
- Fernández Salvador, F.*: Complicaciones ureterales de las actuales terapéuticas del cáncer uterino y su tratamiento por la uretero ilco cistoplastia. *Arch. Esp. Urol.* 3:26, 1957.
- Fey, B., Gouyou, Ch.* et *Quenu, L.*: L'operation de Puigvert dans les uréterites inférieures au cours de la tuberculose uro génitale. *J. d'Urol.* 58:492, 1952.
- Frenches, O.*: Recherches experimentales au sujet de l'implantation ureterale. *J. de Chirurg.* 49:337, 1937.
- Figuroa Alcorta, L.* y *Molina, I.*: Dilatación quística de ambas extremidades inferiores de los ureteres. *Rev. Arg. Urol.* 12:273, 1943.
- Finkle, A. L.* y *Smith, D. R.*: Concepts of ureteral physiology. *J. Urol.* 74:312, 1955.
- Firstater, M.*: Uretero cistectomía parcial por carcinoma de la vejiga con reimplantación ureteral. Dos observaciones. *Rev. Arg. Urol.* 18:188, 1949.
- Firstater, M.*: Sección quirúrgica accidental del uréter: 3 casos. *Rev. Arg. Urol.* 23:303, 1954.
- Firstater, M.*: Tratamiento quirúrgico del megaureter. Operación de Boari. *Rev. Urol. Rosario.* 2:3, 1962.
- Firstater, M.*: Tratamiento quirúrgico de la uronefrosis. VI Cong. Urol. Rosario. 1:39, 1960.
- Firstater, M.*: Tratamiento quirúrgico de la uronefrosis. 117, 1961.
- Fisch, E.*: La ureterocistoneostomía. Sus indicaciones y procedimientos. Tesis de doctorado. 1961.
- Fischman, J.*: A modified ureter stone dislodge. *J. Urol.* 85:856, 1961.
- Fonio, O. A.*: Dilatación quística del extremo vesical del uréter. Nuevo signo radiográfico. *Rev. Arg. Urol.* 17:249, 1948.
- Fonio, O. A.*: Signos roentgenográficos del ureterocele. *Rev. Arg. Urol.* 24:662, 1955.
- Foret et Maquinay*: Urétérectomie partielle par voi transvesicale. *J. Belg. d'Urol.* 15:575, 1947.
- Foret, E.*: Lithiasis urétérale inferieure bilaterale; operation en un temps. *J. Belg. d'Urol.* 12:1, 1939.
- Foret, E.*: Abouchement extravésical de l'ureter chez l'homme. *J. Belg. d'Urol.* 15:596, 1947.
- Frohbosz, W. J.*: Vaginal approach to calculus disease in the lower urinary tract. *J. Urol.* 88:480, 1962.
- Fuqua, F., Alexander, J. C., King, K. B.* and *Ware, E. W. (Jr.)*: The operative correction of vesico ureteral reflux in the non paraplegic child: indications, technique and results. *J. Urol.* 80:443, 1958.
- Furey, C. A. (J.)*: Ureteral plastic valves in dogs. *J. Urol.* 85:525, 1961.
- Gambetta, M.*: Un cas d'urétérocele avec duplicité renourétérale chez un enfant de 7 ans. Guérison. *J. d'Urol.* 64:489, 1958.
- Ganser, R.* y *Nollhbein, H.*: Resultados inmediatos y alejados de la implantación intraperitoneal del uréter en la vejiga. Sinopsis Obst. Gynec. 4:661, 1957.
- García, A. J.* y *Casal, J.*: Dos casos de tumores del uréter. Consideraciones sobre la terapéutica. *Rev. Arg. Urol.* 16:193, 1947.
- García, A.*: A propósito de ureterocistoneostomía parcial por carcinoma de vejiga con reimplantación ureteral, dos observaciones. *Rev. Arg. Urol.* XVIII:199, 1949.
- Garibaldi, B.*: Contributo allo studio de la tecnica e dei risultati della operazione de Boari. *Urol. XXXXX:565*, 1956.
- Garibaldi, B.*: Urétérocele chez un enfant de neuf ans association de duplicité reno-urétérale bilaterale et calculose de l'uretre postérieure. *Act. Urol. Belg.* 24:82, 1956.
- Garvey, E. G.* and *Gomberg D.*: Vaginal uretero-lithotomy. *J. Urol.* 56:49, 1946.
- Gaume, M.*: Sur une cause rare de dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'urétére: la tuberculose renale. *J. d'Urol.* 41:32, 1936.

- Gayet, R. et Cabanne, F.*: Epithelioma du meat urétéral. Extirpation. Aiguillage de la reimplantation urétérale. *J. d'Urol.* 65:374, 1959.
- Gayet, R.*: L'urétére intramural. Etude Anatomophysiologique. Troubles fonctionnels et leur traitement. *J. Urol.* 44:193, 1937.
- Gayet, R.*: Les calculs de l'urétére Inférieur. *J. d'Urol.* 49:197, 1941.
- Gayet, G.*: Un cas de megauréter par défaut de relachement du sphincter urétéro-vesical. 34^e Cong. Fr. d'Urol. 757, 1954.
- Gibson, H. M.*: Ureteral reflux in the normal child. *J. Urol.* 62:40, 1949.
- Gil Vernet, J. M.*: Uretero-vesico plastic sous muqueuse (modifications de la technique de Boari). *J. d'Urol.* 65:504, 1959.
- Gil Vernet, J. M.*: Patología urogenital. Tomo II; I, Madrid 1963. Ed. Paz Montalvo.
- Gil Vernet, J. M.*: Nouvelle methode pour les anastomoses urétérales. *J. d'Urol.* 67:558, 1961.
- Gil Vernet, J. M.*: Incontinencia urinaria en la mujer. 1955. Ed. Paz Montalvo. Madrid.
- Gil Vernet Vila, J. M.*: Contribution á l'urétéro-vesico-plastic. *J. d'Urol.* 64:715, 1958.
- Girard, M.*: Urétéro-cysto-néostomie pour rétrécissement de l'urétére: résultat après un an. *J. d'Urol.* 55:933, 1949.
- Givron, A. et Gregoir, W.*: Ureterocele. *Acta Urol. Belg.* 24:272, 1956.
- González, C. R.*: Fístulas uretro-vaginales post Wertheim. *Rev. Arg. Urol.* 28:264, 1959.
- González, R., Firsater, M. y Gómez, J. M.*: Tumor del uréter. Nefroureterectomía total y cistectomía parcial. *Rev. Arg. Urol.* 20:125, 1951.
- Goria y Eblagon, R.*: Pseudotumor de uréter por ureteritis terminal estenosante. 6^o Congr. Arg. Urol. III:71, 1960.
- Gouvenier et Marion*: La suture de l'urétére (étude expérimentale) *Journal de chirurgie.* XXXIII:621, 1929.
- Gouverneur, R.*: Pièce d'urétére cystonéostomie. *J. d'Urol.* 49:185, 1941.
- Graham, J. B.*: Electrosection injury of the ureteral orifice. *J. Urol.* 86:539, 1961.
- Green, L. F., Priestley, F., Simon, H. B. and Hempstead, R. H.*: Obstruction of the lower Third of the ureter by anomalous blood vessels. *J. Urol.* 71:544, 1954.
- Greenfield, M.*: True prolapse of the ureter: case report and review of the literature. *J. Urol.* 75:226, 1953.
- Gregor, W.*: L'anastomose urétéro-vesicale latérale et la plastic tubulée. *Act. Urol. Belg.* XXIII:32, 1955.
- Gregoir, W.*: Extraction de calculs intramureux á l'aide du resectoscope. *J. Belg. Urol.* 18:55, 1949.
- Grey, D. N., Flynn, P. and Goodwin, W. E.*: Experimental methode of ureterocystonostomy experiences with the ureteral intussusception to produce a nipple or valve. *J. Urol.* 77:154, 1957.
- Gumess, G. H., Charnock, D. A., Ridell, H. I. and Stewart, C. M.*: Ureteroceles in children. *J. Urol.* 74:331, 1955.
- Günver, N.*: Double reimplantation urétéro-vesicale gauche dans un cas de duplicité urétérale bilatérale et tumeur vesicale. *Ac. Urol. Belg.* 23:81, 1955.
- Henderson, St. C. I.*: Reimplantation of the ureter stump. *J. Urol.* 40:266, 1953.
- Hess, E.*: Intracystic reimplantation of the ureter. A new operative technique. *J. Urol.* 46:866, 1941.
- Hereñu, R. y Solé Balcellee, F.*: La fibroesclerosis post tuberculosa en Urología. *Trabajos del Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona, 1953.* VI serie.
- Hill, J. E., Dodson, A. J. (Jr.) and Hopper, J. W. (Jr.)*: Experimental uretero-cystoneostomy using a nipple anastomosis technique. *J. Urol.* 74:596, 1955.
- Hisao Takyasu, Shotaro Sato*: Ureteroplastic with bladder flap for lessions of lower ureter. *Urología.* XXVIII:301, 1961.
- Hutch, J. A.*: Vesico-ureteral reflux in the paraplegic cause and correction. *J. Urol.* 68:457, 1952.
- Hutch, J. A.*: Saccule formation at the ureterovesical junction in smooth walled bladders. *J. Urol.* 86:390, 1961.
- Hutch, J. A. and Hinman, F. (Jr.)*: Atrophic pyelonefritis from ureteral reflux without obstructive signs. (Reflux pyelonephritis) *J. Urol.* 87:230, 1962.
- Hutch, J. A.*: The role of the uretero-vesical junction in the natural history of pyelonefritis. *J. Urol.* 88:354, 1962.
- Hutch, J. A.*: The uretero-vesical junction. University of California Press Berkeley and Los Angeles, 1958.
- Hutch, J. A.*: Non obstructive dilatation of the upper urinary tract. *J. Urol.* 71:412, 1954.
- Hutch, J. A., Ayres, R. D., Loquvam, G. S.*: The bladder musculature with special reference to the uretero vesical function. *J. Urol.* 85:531, 1961.

- Hutch, J. A., Bunge, R. J. y Flocks, R. H.*: Vesicoureteral reflux in children. *J. Urol.* 74:607, 1955.
- Hutch, J. A.*: A pathological study of ureterovesical junction of two stillborn infants with complete urethral atresia. *J. Urol.* 74:795, 1955.
- Hughes, F. A.*: La fisiopatología de las hidronefrosis. Act. VI. Cong. AArg. Urol. 1960.
- Innes Williams, D.*: Urology in childhood. Handbuch der Urologie. Springer Verlag, Berlin, 1958.
- Iacapraro, G., Sánchez Sañudo, L.*: Uropionefrosis por estenosis ureteral yuxtavesical en un niño. Resultados terapéuticos. *Rev. Arg. Urol.* 24:290, 1955.
- Jakob, A.*: A propósito de ureterocistoneostomía. *Bol. de la Soc. Obst. Ginec. Bs. As.*, 32:405, 1953.
- Janu, M.*: L'urétére féminin au cours et á la suite des inflammations pelviennes gynécologiques. 32^e Cong. Franc. Urol. 341, 1932.
- Jean, M. C.*: Reflexions au sujet de deux operations de Boari. *J. d'Urol.* 68:821, 1962.
- Jomain, J.*: Resultat éloignée d'une uretero cysto neostomie. *J. Urol.* 55:576, 1949.
- Jones, B. W. y Headstream, J. W.*: Vesicoureteral reflux in children. *J. Urol.* 80:114, 1958.
- Jorge, J. M. y Schapapietra, T.*: Presentación de enfermo. Ureterocistectomía parcial por epiteloma indiferenciado. Neointerplantación del uréter en la vejiga. *Bol. y Trab. Acad. Arg. de Cirug.* 27:711, 1943.
- Kaufman, J. J.*: Unusual causes of extrinsic ureteral obstruction. *J. Urol.* 87:319 y 328, 1962.
- Kazholz, J. H., Reisman, D. D. y Kantor, H.*: Tratamiento del uréter ligado quirúrgicamente. *Sinop. Obst. Ginec.* 4:654, 1957.
- Keen, M. R.*: Primary ureteral tumors. *J. Urol.* 69:231, 1953.
- Kerr, W. S. (Jr.)*: The repair of uretero vesico vaginorectal fistula following irradiation for cervical carcinoma using a flap of bladder muscle. *J. Urol.* 73:995, 1955.
- Kickham, C. F.*: Urologic pitfalls in the management of carcinoma of the cervix. *J. Urol.* 80:229, 1958.
- Kirschner, N. y Nordman, O.*: Tratado de Patología Quirúrgica General y Especial. Tomo VII.
- Kirschner, M.*: Tratado de Técnica Operatoria General y Especial. Tomo VII.
- Kirwin, T. J.*: Clinical value of experimental ureteral implantation. *AM. J. Surg.* 23:14, 1934.
- Koivara, S. V. and Zak, F.*: Ureteral substitution with dacron and teflon prostheses. *J. Urol.* 88:365, 1962.
- Kretschner, H. L. y Greer, J. R.*: Insufficiency at the uretero vesical junction. *Surg. Gynec. Obst.* 21:228, 1915.
- Kuss, R.*: Chirurgie plastique et reparatrice de la voie excretice du rein. *Indic. et Tech. Oper.* Ed. Masson, 1954.
- Kuss, R. et Holzer, J.*: Reconstitution de l'urétére pelvien par l'operation de Boari. Considerations techniques. *J. d'Urol.* 59:578, 1953.
- Kuss, R.*: Sur les resections des stenoses de l'urétére au cours de la tuberculose urogenital. *J. d'Urol.* 58:886, 1952.
- Kuss, R.*: Stenose urétérale tuberculeuse bipolaire. Operation de Boari asocié a une resection urétérale segmentaire. *J. Urol.* 280, 1954.
- Kuss, R., Sifalaquis, J. et Legrain, M.*: A propos de 85 observations de chirurgie de l'urétérite stenosante tuberculeuse. Etude stadistique et quelques commentaires. *J. d'Urol.* 65:368, 1959.
- Kuss, R.*: Néourétére terminal par plastie vesicale pour fistule urétérovaginale. *J. d'Urol.* 58:176, 1952.
- Kohler, P. F. and Murphy, J. J.*: Experimental valuation of a plastic mechanical ureteral valve. *J. Urol.* 84:293, 1960.
- Laflegere, P. G.*: Contribution a l'étude de la reimplantation ureterale a la vessie avec étude experimentale chez la chien. Tesis de Doctorado, 1937. Bordeaux. Francia.
- Laflance, L.*: Urétéro cysto neostomie bilaterale. *J. d'Urol.* 60:237, 1954.
- Lagleyze, G.*: Dilatación quística de la extremidad inferior del uréter derecho. *Rev. Arg. Urol.* 7:93, 1938.
- Landau, S. J. U.C.N.*: A review of 71 cases with a comparison of 2 techniques. *J. Urol.* 87:343, 1962.
- Lange, J.*: Ureterite tuberculeuse stenosante. Guerison par le traitement medicale. *J. d'Urol.* 60:65, 1954.
- Lattimer, J. .. Dean, A. I. (Jr.) and Furey, C. A.*: The tripple voiding technique in children with dilated urinary tracts. *J. Urol.* 76:656, 1956.
- Lattimer, J. K., Leuzinger, D., Justice, M. and Knappenbreger, S.*: When shoud the children dith reflux by operated upon? *J. Urol.* 85:275, 1961.
- Lauret, G. et Vigneron, A.*: Les malformations congénitales de la jonction urétérovesicale chez l'enfant. *J. d'Urol.* 61:15, 1955.

- Lazard, P.*: Les dimension réelles des orifices urétéraux sur le vivant. *J. d'Urol.* 39:462, 1935.
- Leadbetter, W. F., Martin, L. S. J., Duxbury, J. H.*: Uroepithelial lined small bowel as a ureteral substitute. *Surg. Gyn. Obst.* 108:439, 1959.
- Leadbetter, G. W. (Jr.), Duxbury, J. H. and Dreyfuss, J. R.*: Absence of vesicoureteral reflux in normal adults males. *J. Urol.* 84:69, 1960.
- Leadbetter, W. F. and Leadbetter, G. W.*: Ureteral reimplantation and bladder neck obstruction. *J.A.M.A.* 175:349, 1961.
- Leef, G. S. and Leader, S. A.*: Ectopic ureter opening into the rectum: a case report. *J. Urol.* 87:338, 1962.
- Leger, L. et Caillet, A.*: Resultat á distance de cinq annés d'une urétero-cysto-néostomie. *J. d'Urol.* 56:85, 1950.
- Leger, L., Leandri et Caillet.*: Deux observations d'urétéro-lithotomie vaginale. *J. d'Urol.* 33:36, 1946.
- Leger, L. et Germain, A.*: L'urétérolithotomie par voie vaginal. *J. d'Urol.* 52:1, 1944.
- Legueu, F.*: Tratado Médico Quirúrgico de las Vías Urinarias. 1927. Vol. II.
- Lepoutre, C.*: Cancer de la partie tout inférieure de l'urétére, ayant envahi le méat urétéral et la vessie. Nephroureterectomie totale. *J. d'Urol.* 52:143, 1944.
- Lepoutre, C.*: Tumeur de l'extrémité inférieure de l'urétére pelvien. *J. d'Urol.* 49:517, 1951.
- Lepoutre, C.*: Le reflux vesico-urétéral. 26^e Cong. Fr. Urol. 1926.
- Leruite, J. et Vijfeijken, J.*: A propos d'un cas tuberculeuse de l'urétére traité par la cortisone. *Act. Urol. Belg.* 27:161, 1959.
- Leruite*: Deux cas de dilatation congenitale de l'urétére. Ethiopatogénie. Moyens de diagnostic. *J. Belg. d'Urol.* 12:61, 1939.
- Leuzinger, D. E., Lattimer, J. K. and McCoy, C. B.*: Reflux is dangerous but not always disastrous: conservative treatments often effective. *J. Urol.* 82:294, 1959.
- Loest, J.*: Dilatation kystique de l'urétére et troubles de la miction. *J. Belg. Urol.* 14:210, 1946.
- Lich, R. (Jr.), Howerton, L. W. and Davis, L. A.*: Recurrent urosepsis in children. *J. Urol.* 86:554, 1961.
- Lipshutz, H.*: Ureteral injuries during abdominal and pelvic surgery: tube splinting in uretero cysto neostomie. *J. Urol.* 81:728, 1959.
- López Engelking, R. y Ibarra Esparza*: Incontinencia urinaria por ectopía ureteral. Caso clínico resuelto por ureterocistoneostomía. *Rev. Facul. Med. México.* 6:409, 1960.
- López Engelking, R.*: Ureterocistoneostomía en diversos problemas urológicos. Resultados. *Rev. Urol. Mex.* 19:203, 1961.
- Lousley y Kirwin*: Clínica Urológica. 1945. Tomo II. Ed. Salvat. Barcelona.
- Madier, C.*: Un cas rare d'obstruction urétérale au cours de l'évolution d'un cancer du col utérin: étrangement de l'urétére par les vaisseaux utero ovariens. *J. d'Urol.* 60:655, 1954.
- Manetti, E.*: Sur un caso di stenosi congenita a valvola dell'uretere. *Urologia.* 23:395, 1956.
- Maquinay, Ch. et Pirlet, F.*: Una indication particulière de l'operation de Bischoff: reflux après operation de Puigvert. *Act. Urol. Belg.* 27:346, 1959.
- Maquinay, Ch. et Pirlet, F.*: Operations de Bischoff (Plastics du méat urétéral). *Act. Urol. Bel.* 28:392, 1960.
- Marion, G.*: Traité d'Urologie. 1935. Vol. I y II. Ed. Masson.
- Marion, G. y Perard, J.*: Technique des operations plastiques sur la vessie et sur l'uretre. 1942. Ed. Masson. Paris.
- Martin Laval, A. et Valli, R.*: Tumeur primitive del urétére droit. Nephroureterectomie. Trois mois plus tard, anurie par obstruction de l'urétére terminal gauche: Urétéro cysto neostomie. Guérison. *J. d'Urol.* 64:481, 1958.
- Martin Vivaldi, J. y Mercado Urena, M.*: Pneumaturia y neumpielografía espontánea por fistula urétéro intestinal traumática. *Arch. Esp. Urol.* 12:44, 1956.
- Martinez Pineiro Caramés, J. A.*: Desembocadura ectópica bilateral de ureteres no duplicados en uretra. *Arch. Esp. Urol.* 13:266, 1957.
- Mathis, R. I.*: El tratamiento médico quirúrgico de los tumores de vejiga. *Rev. Arg. Urol.* 24:221, 1955.
- Mayer, M.*: Diverticulum of the ureter. *J. Urol.* 61:344, 1961.
- Mc Donald, H. P., Npchurch, E. W. and Sturdevant, C. E.*: Nephroureterectomy: a new technique. *J. Urol.* 67:804, 1952.
- Mc Donald, D.*: Intussuception ureterectomy a method of removal of the ureteral stump a time of nephrectomy without an additional incisión. *Surg. Gynec. and Obst.* 97:565, 1953.
- Mc. Govern, J. H., Marshall, V. F. and Paquin, A. J. (Jr.)*: Vesico ureteral regurgitation in children. *J. Urol.* 83:122, 1960.

- Mc Kay, R. and Haines Baird, H.*: Bilateral single ureteral ectopia terminating in the urethra. *J. Urol.* 63:1013, 1950.
- Melick, W. F. y Narika, J. J.*: Pressure studies of hydronephrosis in children by means of the strain gauge. *J. Urol.* 83:267, 1960.
- Melick, W. F., Brodeur and Karellos, D. N.*: A suggested clasification of ureteral reflux and suggested treatment based on cineradiographic findings and simultaneous pressure recordings by means of the strain gauge. *J. of Urol.* 88:35, 1962.
- Melick, W. F., Brodeur, A. E., Karchos, D. N. and Karellos and Narika, J.*: Abnormal hydrodynamics of the bladder and ureters as a cause of ureteral reflux. *J. Urol.* 88:38, 1962.
- Merricks, J. W. and Herbst, R. H.*: Treatment of ureterocele in adults. *J. Urol.* 64:643, 1950.
- Mertz, H. O., Hendriks and Garret, R.*: Cystic ureterovesical protrusion: report of four cases in children and two in adults. *J. Urol.* 661:506, 1949.
- Michon, L.*: Retrecissement de l'extremite inférieure de l'urétére. Urétéro cysto neostomie. 34^e Cong. Franc. d'Urol. 753, 1934.
- Michon, L. et Gout:* Urétérocysto-anastomose, dans certains retrecissements de l'extremite inférieure de l'urétére. *J. d'Urol.* 49:215, 1941.
- Michon, L.*: Entretiens sur "La chirurgie reparatrice de l'urétére pelvien". *Act. Urol. Belg.* 26:86, 1958.
- Migliari, L.*: A proposito del tratamiento chirurgico conservativo delle alteraciones pathologiche e dei postumi di lesione chirurgiche dell'ureter juxtavesical e pelvico. *Urol.* 23:581, 1956.
- Miguel, S.*: Etude anatomique de l'urétére terminal. *Act. Urol. Belg.* 26:197, 1958.
- Mingers, P.*: Fistule urinaire consecutive a una application de forceps. *J. Belg. Urol.* 26:149, 1948.
- Miguel, A.*: Ureteroplastia intraperitoneal por colgajo tubulado vesical. VI. Cong. Am. y III Aarg. *Urol.* IV:185, 1957.
- Mira Llinares, A.*: Contribución a la cirugía de la conjunción vésico ureteral: el reflujo vésico ureteral y su tratamiento por la operación de Bischoff. *Arch. Esp. Urol.* 13:281, 1957.
- Mims, M. M.*: Multiple acquired diverticulosis of ureter. *J. Urol.* 84:297, 1960.
- Mirmaghan, G. E.*: Experimental investigation of the dynamics of the normal and dilated ureter. *Brit. J. Urol.* 29:403, 1957.
- Molina, J. J., Tarresi, E. y Yermanian, V.*: Cirugía del uréter inferior. VI Cong. Arg. *Urol.* 3:75, 1960.
- Moncha Dan:* Ureterohydronephrosis par anomalie de l'artere hypogastrique. *J. d'Urol.* 68:659, 1962.
- Moonen, W. A.*: Stricture of ureter and contracture of the bladder and bladder neck due to tuberculosis: their diagnosis and treatment. *J. Urol.* 80:218, 1958.
- Moore, T. D.*: The management of the surgically traumatized ureter. *J. Urol.* 59:712, 1948.
- Mocellini, J. A., Alvarilmas, J., y Grimaldi, A.*: Uretero ilio-castoplastia. VI Congr. Arg. *Urol.* II:60, 1960.
- Murc Nedelec et Auvigne, J.*: Le traitement endoscopique des calculs de l'urétére. *J. d'Urol.* 67:509, 1961.
- Narath, P. A.*: Renal pelvis and ureter. Ed. Gruner and Stratton. N.Y. EE. UU. 1851.
- Nedelec, J.*: Resultat eloignée d'une plastic de l'urétére pelvien. *J. d'Urol.* 61:238, 1955.
- Niceley, P.*: Ureteral injuries following pelvic operations. *J. Int. Coll Sug.* 20:187, 1953.
- Nicolich, G.*: Caso di reflujo vesico ureterale trattato con l'uretero cysto neostomia. *Urologia.* 21:284, 1954.
- Ockerblad, N. F.*: Reimplantation of the ureter into the bladder by a flap method. *J. Urol.* 57:845, 1947.
- Ockerblad, N. F. and Carlson, H. E.*: Surgical treatment of ureterovaginal fistula. *J. Urol.* 42:263, 1939.
- Ockerblad, N. F.*: Surgical physiology of ureter. *J. Urol.* 42:119, 1939.
- Orr, L. M.*: The consequences of the surgical relief of ureterovesical obstruction. *J. Urol.* 63:1043, 1950.
- Orr, L. M. and Glanton, J. B.*: Prolapsing ureterocele. *J. Urol.* 70:180, 1953.
- O'Connor y Greenhill:* Endometriosis of the bladder and ureter. *Surg. Gyn. and Obst.* 80:113, 1945.
- Papin, E.*: Technique operatoire des greffes ureterales *Encyclopedie Français de Urologie.* Tomo III:983, 1914.
- Paquin, A. J. (Jr.)*: Ureterovesical anastomosis: the description and evaluation of a technique. *J. Urol.* 82:573, 1959.
- Pascual, T.*: El síndrome ureteral inferior. *Med. Esp.* 44:511, 1960.
- Pasquier G., M. (Jr.), St. Martin, E. C. and Campbell, J. H.*: The problem of vesicoureteral reflux in children. *J. Urol.* 79:41, 1958.

- Passaro, E. (Jr.) and Smith, J. P.*: Congenital ureteral valve in children: case report. *J. Urol.* 84:290, 1960.
- Patoir, G.*: La coitisono Therapie an urologie. *Act Urol. Belg.* 27:5, 1959.
- Patoir, G.*: Lithiase ureterale compliquant les suites d'une intervention de Boari. *J. d'Urol.* 65:363, 1959.
- Patoir, G. et Watel*: L'innervation de l'uretère et son importance physiologique. *J. d'Urol.* 51:150.
- Patton, J. F.*: Total ureterectomy a new technique of extravesical removal of the intramural ureter. *J. Urol.* 47:353, 1942.
- Patton, J. F.*: Management of ureteral injuries. *J. Urol.* 67:852, 1952.
- Patton, J. F.*: Ureterovaginal fistula: a new method of reimplantation of the ureter into the bladder. *J. Urol.* 42:1021, 1939.
- Pérez Campoamor, J.*: Ureterocele. *Arc. Esp. Urol.* 10:169, 1954.
- Pérez Castro, E.*: Megauréter. *Urología.* 21:74, 1954.
- Perrin, E. et Durox, P. E.*: Contribution a l'étude de l'abord chirurgical des calculs uretéraux juxta vesicaux d'après cinq observations personnelles. *J. d'Urol.* 50:42, 1942.
- Perrin, J.*: Traitement des megaureteres. *J. d'Urol.* 67:105, 1961.
- Petkovic, S.*: Les indications et les techniques différentes de l'anastomose ureterovesicale et leurs resultats. *J. d'Urol.* 62:225, 1956.
- Petkovic, S.*: Evaluation des resultats de l'uretéro cysto neostomie. Rapport de 100 cas. *Act. Urol. Belg.* 25:427, 1957.
- Petkovic, S.*: Gynecological injuries of the ureter. *Urologia.* 27:174, 1960.
- Petkovic, S.*: Le traitement des fistules ureterovaginales bilaterales. *Act. Urol. Belg.* 25:143, 1956.
- Politano, V. A. and Leadbetter, W. F.*: An operative technique for the correction of vesico ureteral reflux. *J. Urol.* 179:932, 1958.
- Piaggio, N. J.*: Incontinencia de orina por uréter anómalo, desembocando en vulva. *Rev. Arg. Urol.* 28:358, 1959.
- Prather, G. C.*: Vesico ureteral reflux. *J. Urol.* 152:137, 1944.
- Puigvert, A.*: Ureterotomie avec uretero cysto anastomose dans les stenoses ureterales inferieures tuberculeuses. *J. d'Urol.* 57:532, 1951.
- Puigvert, A.*: Cirugia del uréter inferior. VI. Cong. Am. III Arg. Urol. Iv. 297, 1956.
- Puigvert, A.*: La operación de Boari Casati. Indicaciones y técnica. *Arch. Esp. Urol.* 10:101, 1954.
- Puigvert, A.*: La ureteritis tuberculosa terminal estenosante. *Rev. Arg. Urol.* 22:187, 1953.
- Puigvert, A.*: La tuberculose sténosante de l'urétére. *J. d'Urol.* 46:419, 1941.
- Popesco, C.*: L'abaissement renal avec reimplantation de l'urétére iliaque dans la vessie dans le traitement de la fistule ureterovaginale. *J. d'Urol.* 67:245, 1961.
- Raymond, G.*: Urétéro neo cystomie pour retrécissement non tuberculeuse de l'urétére yuxta vesical. *J. d'Urol.* 63:339, 1957.
- Roberts, R. R.*: Complete valve of the ureter, congenital urethral valve. *J. Urol.* 76:62, 1956.
- Rometti, A. et Raymond, G.*: Opération de Puigvert. Indications, resultats; 16 observations. *J. d'Urol.* 64:500, 1958.
- Rometti, A.*: Tuberculosis de l'ovaire avec compresion de l'urétére pelvien. Deux observations. *J. d'Urol.* 63:330, 1957.
- Rocchi, A. y Bualó, B.*: Ureterocistoneostomía en riñón único tuberculoso. Relato de un caso. *Rev. Arg. Urol.* 26:30, 1957.
- Rockett, P.*: Etude sur les voies d'abord chirurgical de l'urétére yuxta vesical. Tesis de Doctorado, 1919. Lyon, Francia.
- Rolnick, H. C.*: The practice of Urology. 1949. Vol. II. Ed. Lipincott. Campany. U.S.A.
- Rowland, H. S., Mages, J. R. (Jr.), Bunts, R. C., Penissi, S. A., Holliday, L. V.*: Evaluation of separate renal function in unilateral vesicourethral reflux. *J. Urol.* 84:284, 1960.
- Rosemberg, M. and Dahlen, G. A.*: Autogenous vein grafts and venous valves in ureteral surgery: an experimental study. *J. Urol.* 70:434, 1953.
- Rothel, S. H.*: Uretero ureterostomy: a means of conservation of renal tissue. *J. Urol.* 84:60, 1960.
- Ruano, N. C.*: Acotaciones al problema de la transplantación de ureteres. V. Cong. Med. Centro Am. San Salvador, 367, 1938.
- Rubi, R.*: Dilatación quística de la entremidad inferior del uréter a forma pseudo tumoral. *Rev. Arg. Urol.* 10:338, 1941.
- Rubi, R.*: Prolapso vulvar intermitente de un ureterocele en una niña. *Rev. Arg. Urol.* 13:53, 1944.
- Rusche, C.*: Diagnosis of urologic complications in gynecology. *J. Urol.* 75:433, 1956.

- Salleras, J. y Di Lella, P.: Dilatación quística de la extremidad inferior del uréter. Rev. Arg. Urol. 2:212, 1933.
- Sandro, R.: Dilatación quística de ambas extremidades del uréter con cálculos en una de ellas. Rev. Arg. Urol. 12:136, 1943.
- Sandro, R.: Sobre un caso de dilatación quística de la extremidad inferior del uréter y litiasis. Rev. Arg. Urol. 22:109, 1953.
- Seitzman, D. M. y Patton, J. F.: Ureteral ectopia combined ureteral and vas deferens anomaly. J. Urol. 84:604, 1960.
- Sayegh, E. S.: Plastic operation on the ureter: preliminary report on the end results following the various methods of anastomosis. J. Urol. 67:143, 1952.
- Shilliro, R., Jaumes et Rouestier: Ureterocele, nid de calculs. J. d'Urol. 65:158, 1959.
- Soiaini, G.: I risultati a distanza dell'uretero cistoneostomia. Urologia. 25:594, 1958.
- Scott, B. F. Submucosal bladder flap ureteroplasty. Experimental study. J. Urol. 92:42, 1962.
- Scott, J. E. S. y De Luca, F. G.: An experimental study of the lower end of the ureter and ureterovesical junction in dogs. Brit. J. Urol. 32:216, 1960.
- Scott, J. E. S. y De Luca, F. G.: Further studies on the ureterovesical junction in dogs. Brit. J. Urol. 32:320, 1960.
- Scruvari, V.: L'operazione di Boari. Urologia. 23:244, 1956.
- Sears, B. R. and Schulze, J. W.: Transperitoneal approach to lesions of the lower ureter. J. Urol. 70:386, 1953.
- Senger F. and Johnson, S.: Severe surgical injury to both ureters with subsequent restoration of function. J. Urol. 44:35, 1940.
- Sommer Lambert, J.: Experimental pyelonephritis in the rat with observations on ureteral reflux. J. Urol. 86:375, 1961.
- Stansfeld, J. M. and Smith, K. M.: The double micturition test and vesicoureteric reflux. Brit. J. Urol. 34:280, 1962.
- Stegeman, W.: A maneuver to facilitate the surgical approach to the lower ureter. J. Urol. 86:532, 1961.
- Stephens, S. D. y Benagham, D.: Anatomical basis and dynamics of vesicoureteral reflux. J. Urol. 87:669, 1962.
- Stewart, S. M.: Delayed Cystograms. J. Urol. 70:588, 1953.
- Stewart, S. M.: Delayed cystography and voiding cysto urethrography. J. Urol. 74:749, 1955.
- Stekart, C. M., V. F. Marschall, Leudbetter, W. F.: Panel on ureteral reflux in children. J. Urol. 85:119, 1961.
- St. Martin, E. C., Campbell, J. H., Pesquero, M.: Cystography in children. J. Urol. 75:151, 1956.
- St. Martin, E. C., Teiche, B. E., Campbell, J. H. and Locke, C. M.: Ureteral injuries in gynecologic surgery. J. Urol. 70:51, 1953.
- Surra Canard, R. de: Evolución de una lesión quirúrgica del uréter. Rev. Arg. Urol. 15:321, 1946.
- Talbot, H. S. y Bunts, R. C.: Late renal changes in paraplegia. Hydronerosis due to ureteral reflux. J. Urol. 61:870, 1949.
- Tallman Valenzuela, E. y Talman, V. B.: Complicaciones urológicas del cáncer cérvico uterino. VI Cong. Am. y III Arg. Urol. 4:147, 1956.
- Taylor, J. N. and Jasper, W. S.: Experimental ureteroneocystostomy by Mathisen technique. J. Urol. 77:709, 1957.
- Taylor, J. N. and Reinhart, H. L.: Mycotic aneurism of common iliac artery with rupture into right ureter. J. Urol. 42:21, 1939.
- Thiermann, E.: Modification a l'operation de Boari. Act. Urol. Belg. 25:440, 1957.
- Thompson, G. J.: Ureterocele: a clinical study and a report of thirty seven cases. J. Urol. 47:803, 1942.
- Thompson, I. M.: Ureteral reimplantation; a variation on two surgical themes. J. Urol. 86:232, 1961.
- Trabucco, A. y Cartelli, N.: Sobre dos casos de tumor primitivo del uréter. Rev. Arg. Urol. 22:169, 1953.
- Trabucco, A., Borzone, R. y Saubidet, J.: Tumores primitivos del uréter. Rev. Arg. Urol. 28:164, 1959.
- Trabucco, A., Borzone, R. y Márquez, F.: Tumores primitivos del tercio inferior del uréter. Rev. Arg. Urol. 24:347, 1955.
- Te Linde. Operative Gynecology. 2ª Edition, pág. 343. Ed. Lippincott.
- Tchivritch, D.: Contributions à l'étude des suites éloignées des ureterocystoneostomies. Tesis de Doctorado. 1925. París, Francia.

- Truc, E., Schilliro, R. et Badosa, A.*: Resultat radiologique d'une intervention par urétéro-neocystostomie (type Puigvert) dans une bacillose. *J. d'Urol.* 66:581, 1960.
- Truc, E., Schilliro, R. et Badosa, A.*: Intererst certain de l'uretero neo cystostomic. *J. d'Urol.* 64:495, 1958.
- Truc, E., Schilliro, R. et Dion, M.*: A propos de trois cas de dilatation uretero-pélo-caliciolée par traitement medical. *J. d'Urol.* 65:958, 1958.
- Truc, E. et Schilliro, R.*: Sténose uréteral pelvienne rétrocedée par traitement médical. *J. d'Urol.* 61:447, 1955.
- Truc, E., Schilliro, R. et Dion, M.*: A propos de trois cas de dilatation uretero-yélo-calicielle par sténose intramurales améliorée par sondes modelantes ureterales. *J. d'Urol.* 68:781, 1962.
- Tsujii, I., Kuroda, K., Ishida, H.*: Experimental study on the "bladder flap tube". *Urologia* 2553, 1958.
- Tzschirmtsch, .*: Operative removal of calculi in lower most part of ureter. *Surg. Gynec. and Obst.* 87:71, 1954.
- Uson, A. C.*: Cystoureteroplasty in dogs an evaluation of the full thickness bladder flop technique. *J. Urol.* 85:759, 1961.
- Valk, W. L., Donald, E.*: Ureteroneocystostomy. *J. Urol.* 81:403, 1959.
- Vanwelkenhuysen, P.*: Résultats éloignés de la chirurgie réparatrice de l'urétére. *Act. Urol. Belg.* 29:93, 1961.
- Vargas Zalazar, R., Vargas Delannoy, R. y Vargas Delannoy F.*: Tratamiento de las lesiones quirúrgicas del uréter por el método de Boari. (Plastia con colgajo vesical), VI Cong. Arg. *Urol.* III:116, 1960.
- Vautier, J. et Moret, F.*: Un cas d'implantation vaginale de l'urétére droit traité par urétéro-neo cystostomic. *J. d'Urol.* 55:420, 1949.
- Ferriere, P.*: Urétéro cysto néostomie double après blessure bilaterale de l'urétére. *J. d'Urol.* 52:77, 1944.
- Vest, A.*: Conservative surgery in certain benign tumors of the ureter. *J. Urol.* 53:97, 1945.
- Vicchi, M. y Assbun, Z.*: Fistula ureterovaginal. Anastomosis ureterointestinal (1 caso). Anastomosis vesico ureteral (1 caso). *Rev. Arg. Urol.* 22:36, 1953.
- Vignerón, A.*: Une observation de Boari bilaterale pour fistule et stenose uréterale. *J. d'Urol.* 64:84, 1958.
- Vincent, G.*: Calcul de l'urétére juxta vesical. Ablation par voie transvesicale. Suite operatoires. *J. d'Urol.* 52:282, 1944.
- Villa Junquera*: Cirugía conservadora en la tuberculosis reno ureteral. *Inst. Urol. Htal. S. Cruz y S. Pablo, Barcelona.* 1960. VIII Serie.
- Vinson, C. E., Hulch, J. A. and Bunts, R. C.*: An evaluation of vesico ureteral plasty for reflux. *J. Urol.* 78:611, 1957.
- Viollet, P.*: Une forme très localisée d'urétérite bacillaire terminale sténosante traitée médicalement avec succès. *J. d'Urol.* 59:905, 1953.
- Von der Becke, A.*: Sobre dilatación quística de la extremidad inferior del uréter. *Rev. Arg. Urol.* 2:279, 1933.
- Wadsworth, G. E. and Uhlenhuth, E.*: The pelvic ureter in the male and female. *J. Urol.* 76:244, 1956.
- Wayman, T. B.*: Surgical treatment of megaloureter and presentation of an artificial ureter. *J. Urol.* 61:883, 1949.
- Warren, J. W. (Jr.)*: The Davis loop stone extractor: results of use. *J. Urol.* 186:684, 1961.
- Warren, J. W. (Jr.), Bandura, W. P., Belran, F. A. and Horochowski*: Use of teflon grafts for replacement of ureters. *J. Urol.* 85:265, 1961.
- Webb, E. A., Smith, B. A. (Jr.) and Price, W. E.*: Plastic operation upon the ureter without intubation. *J. Urol.* 77:821, 1957.
- Weinberg, S., Peng, B., Kamhi, B., Ullman, A. and Hamm, F.*: Improved regeneration of the ureter after diversion of urine by proximal ureterectomy. *J. Urol.* 185:749, 1961.
- Weinberg, S. R. and Siembens, A. A.*: Activity of the uréter after surgery. *J. Urol.* 80:326, 1958.
- Wishard, W. N.*: Surgical injuries of the ureter and bladder. *J. Urol.* 73:1009, 1955.
- Wishard, W. N.*: Stone in the lower third of the ureter with report of an instance of an incarcerated basket. *J. Urol.* 50:775, 1943.
- Wincoz, P. J.*: Résultats éloignés de la chirurgie réparatrice de l'urétére. *Act. Urol. Belg.* 29:89, 1961.
- Woods, F. M., Melvin, P. D., Coplan, M. M. and Raim, J. A.*: Two cases reports of Hutch type vesoureteroplasty on duplicate ureters. *J. Urol.* 81:400, 1959.

- Zielinski, J.*: Comment éviter le reflux vesico urétéral incision de l'orifice vesical de l'urétére. J. d'Urol. 68:215, 1962.
- Zielinski J.*: Avoidance of vesicoureteral reflux after transurethral ureteral meatotomy for ureterocele. J. Urol. 88:386, 1962.
- Abbot, A. E., Mac Dougall, J. T. y Goodhand, T. K.*: Treatment of hydronephrosis in a solitary kidney by nephro-ileo-neocystostomy. J. Urol. 84:505, 1960.
- Albarran, J.*: Cirugía del uréter. Francia, 1901.
- Asselin, J. M.*: Les resultats eloignees de l'urétére cysto neostomie. Tesis de doctorado. París. 1958.
- Ball, T. L.*: Cirugía ginecológica y Urología. Pág. 490.
- Begouin, D.*: De l'insuffisance fonctionelle du rein après uretero neocystostomie. Arch. Franc. Belg. de Chirurg. 1928.
- Bischoff, P.*: The surgical treatment of megaloureter in children. Urol. Inter. 8:12, 1958.
- Blundon, K. E. y Lane, J. W.*: Diagnostic difficulties in ureteral ectopia. J. Urol. 84:483, 1960.
- Boari*: L'uretero cysto neostomie, stude clinique et experimentale. Ann. des mal. des org. gen. urin. 105, 1899.
- Boari*: Chirurgie de l'urétére. Rome, 1900.
- Boeninghaus, H.*: Urología. Terapéutica operatoria, clínica e indicaciones. Ed Paz Montalvo.
- Bosquier, R. J. L.*: Les lesions de l'urétére au cours des interventions ginecologiques et leur traitement. Tesis de doctorado de la Universidad de Nancy. 1931. Lille.
- Cabot, H.*: Tratado de Urología. 1941. Vol. II.
- Campbell M.*: Urology. 1954. Vol. I, II, III. Ed Saunde's Cía.
- Cibert, J. y Revol, M.*: Les lesions traumatiques de l'urétére. Ed. Masson, 1959.
- Clarke, B. G. y Malony, D. T.*: Effect upon kidney of replacing lower half of ureter with terminal ileum. Experimental study. J. Urol. 84:278, 1960.
- Clarke, B. J.*: Transurethral ureteral meatotomy and vesicoureteral reflux: A clinical study of operative results. J. Urol. 86:319, 1961.

C I C A S

S. R. L.

Distribución y Venta de
Instrumental, Accesorios y todo lo
relativo a Urología

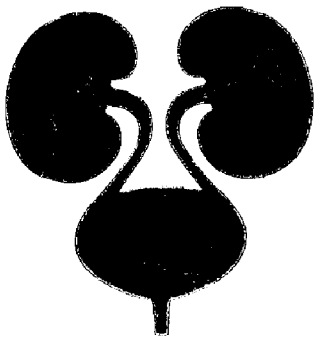
* * * *

TALLER PROPIO PARA SERVICE
Y ATENCION DE INSTRUMENTAL
DE LA ESPECIALIDAD

MONTEVIDEO 462

46-7508

Correo Argentino Central (B)	FRANQUEO PAGADO Concesión 726
	TARIFA REDUCIDA Concesión N° 1707



3

drogas
específicas
para el
tratamiento de
las infecciones
y molestias del

**TRACTO
URINARIO**

ica sulfa uro-específica para la infección aguda

ctericida para la infección crónica

nico analgésico oral uro-específico

WARNER-CHILCOTT

Laboratories

DIV. WARNER-LAMBERT PHARMACEUTICAL COMPANY
MORRIS PLAINS, N. J., E. U. A.

AL SERVICIO DE LA PROFESION MEDICA DESDE EL AÑO 1856

