

ACCION LOCAL DE DIFERENTES ESTEROIDES EN EL TESTICULO HUMANO

Dr Carlos A. Pascale, Dr. Hugo M. Romano, Dr. Roberto Mancini.

Introducción: La acción de hormonas estrógenicas y androgénicas es bien conocida en la actualidad, sobre la actividad del epitelio seminífero.

En los trabajos realizados hasta el presente, la administración de esteroides androgénicos, 17α ethyl - 19 nortestosterona (Nilevar) 17α ethynl - 19 nortestosterona (Norlutin) y estrógenicos 17α ethynl - 17α hydrocystrenone (Enovid) y progesterona, fue oral o parenteral.

Creemos que sea de interés práctico y doctrinario, la acción, no ya por vía general como la usada hasta el presente, sino por acción directa sobre el tejido testicular, mediante el implante de hormonas esteroideas, como se verá se ha realizado en el presente trabajo.

Material y métodos:

Se ha contado para la realización del presente trabajo, con tres enfermos portadores de carcinoma prostáticos, en los cuales la conducta terapéutica de castración estaba indicada.

Por tal motivo y dado el estado inicial de estos enfermos, cuyos controles clínicos, de laboratorio y radiológicos, permitían no tomar ninguna conducta urgente, se decidió a la implantación subalbugínea de pellets hormonales, que luego de 30 a 70 días de efectuada fue seguida por la castración bilateral por sección del cordón espermático.

En cada testículo se efectuó un implante de la siguientes manera:

El pellet de estrógeno se colocó bajo la albugínea en la cara lateral externa del testículo izquierdo, en la zona media y en la cara opuesta, en la lateral interna el pellet de colesterol como testigo.

En el testículo derecho se colocó bajo la albugínea de la cara lateral externa, el pellets de testosterona y en la interna el de colesterol como testigo.

Los pellets estaban constituidos de la siguiente manera:

Una parte central o núcleo de hormona.

Unos estaban constituidos por testosterona a razón de 5 mg. de droga, otros por estradiol también con 5 mg. de sustancia activa y los terceros contenían colesterol (5 mg.) recubiertos por una sustancia anti inflamatoria que impedía en parte y de esta manera la reacción por parte del tejido testicular y la consiguiente formación de granuloma. Los pesos totales por los pellets variaban entre 8 y 10 mg.

Luego del tiempo estipulado se procedió a la castración obteniéndose tacos de la zona de cada uno de los pellets, de alrededor del centímetro de espesor y taco del polo inferior ni implantado del testículo, como zona control.

Todos ellos fueron fijados en líquido de Bovin, incluidos en parafina y teñidos con Hematoxilina-Eosina Van Gieson y P.A.S.

Criterio de evaluación.

1º) Se procedió a evaluar el grado de actividad del epitelio de los tubos seminíferos utilizando la siguiente nomenclatura:

- a) Células de Sertoli y espermatogonias solamente.
- b) Maduración hasta espermatocitos.
- c) Espermatogénesis completa.

Se obtuvo el porcentaje de tubos que presentaba cada uno de estos estadíos.

2º) Medición del diámetro tubular excluyendo el espesor de la pared en cortes transversales y aproximadamente circulares.

3º) Evaluación del estado del intersticio mediante un recuento porcentual de la células de Leydig, fibroblastos y mononucleares presentes.

Inclusión N° 439:

Caso N° 1.

Enfermo: A.G. Argentino - 57 años - Historia Clínica 3448 - Htal. Alvear.

Diagnóstico: Carcinoma de próstata.

Antecedentes personales y familiares: Sin datos de interés.

Estado Actual: Enfermo en buen estado general.

Tratado con estrogenoterapia durante 2 meses anteriores al implante con Dinoestrol 5 mg., 50 mg. x día.

Dosajes de laboratorio: Recuento glóbulos 4.750.000, glóbulos blancos 8.500, fosfatasa alcalina 1,05 U.K.A., fosfatasa ácida 5.02 U.K.A., eritro sedimentación 1a. 30 - 2da. 70 - 17 Cetosteroides 8,13 mg. en 24 horas.

Biopsia de próstata: Punción perineal: Carcinoma prostático.

El 14 de Julio de 1966 se le efectúa implantación de pellets, subalgínea, con anestesia local. Se suspende tratamiento estrogénico.

En el testículo derecho: Cara externa: Pellets de testoteroma, cara interna: Pellets de colesterol.

En el testículo izquierdo: Cara externa: de estradiol, cara interna: Pellets de colesterol.

El pos-operatorio fue excelente, no presentando alteraciones manifiestas en la evolución de su mal.

El día 10 de Agosto se resolvió efectuar la castración total bilateral a los efectos de estudiar la acción local de las hormonas implantados, es decir a los 27 días de implantados.

El paciente fue dado de alta, para su posterior control de C.E. indicándole como tratamiento, 20 mg. diarios de Dinoestrol. El último control por C.E. data del 5 de octubre de 1967.

Inclusión N° 500

Caso N° 2.-

Enfermo: R.F. chileno - 71 años - Historia Clínica No 3558. Hospital Alvear.

Diagnóstico: Carcinoma de próstata.

Antecedentes personales: Hemorragia hace 44 años y hemorragia hace 1 año.

Antecedentes familiares: Sin datos de interés.

Estado Actual: Enfermo en muy buen estado general. Lleva hasta el presente una vida sexual activa.

Sin tratamiento estrogénico se interna en el servicio.

Datos de laboratorio: Recuento glóbulos 4.520.000, glóbulos blancos: 7.800, eritro sedimentación 1a. 20 - 2da. 45 - fosfatasa ácida 7 U. K. A.

17 cetosteroides 8,2 mg. x 24 horas.

Biopsia de próstata: Por punción transretal: Carcinoma prostático.

El día 20 de setiembre de 1966 se efectuó implantación subalbugínea de pellets en el testículo izquierdo y el 6 de octubre la implantación se hizo en el testículo derecho.

Testículo izquierdo: Cara externa: Pellets de testosterona, cara interna: Pellets de colesterol.

Testículo derecho: Cara externa: Pellets de Estradiol, Cara interna: Pellets de Colesterol.

De igual manera que el anterior, el post-operatorio fue excelente.

El día 29 de noviembre se efectuó la castración total bilateral, es decir que el testículo izquierdo permaneció implantado 70 días y el testículo derecho 54 días. A los 20 días se dió de alta para su control por C.E. indicándosele tratamiento estrogénico con Dinoestrol a razón de 50 mg. x día.

Inclusión N° 796.

Caso N° 3.-

Enfermo: J.K., argentino - 71 años - Historia Clínica N° 3932.

Diagnóstico: Carcinoma de próstata.

Antecedentes personales y familiares: Sin datos de importancia.

Estado actual: Enfermo en buen estado general.

Sin tratamiento estrogénico se interna en el Servicio.

Datos de laboratorio: Recuento de glóbulos rojos 4.540.000, glóbulos blancos 9.400.

Eritro sedimentación la. 7 - 2da. 26 - fosfatasa alcalina 21,78 U.K.A., fosfatasa ácida prostática 1,68 U.G. y g., 17 Cetosteroides 8,12 mg. en 24 horas.

Biopsia por punción perineal: Carcinoma prostático.

El día 16 de mayo de 1967, se efectuó implantación subalginea de pellets en el testículo izquierdo y el 27 del mismo mes implantación en el testículo derecho.

Testículo izquierdo: Cara externa: Pellets de testosterona, Cara interna: Pellets de Colesterol.

Testículo derecho: Cara externa. Pellets de estradiol, cara interna: Pellets de colesterol.

De igual manera que los anteriores, el post-operatorio fue excelente.

El día 13 de julio de 1967, se efectuó la castración total bilateral, es decir luego de 58 días de implantación, para el 1° y 47 días p/2°.

Se dió de alta a los 10 días para continuar su control por C.E. indicándole tratamiento estrogénico con Dinoestrol, 50 mg. x día.

Discusión de los resultados:

Las zonas vecinas a los pellets o inmediatas, tanto de Testoterona, Estrógenos o Coles-terol son similares, correspondiendo a una zona de inhibición por el proceso inflamatorio ocasionado por el pellets y objetivada por una disminución en la actividad del epitelio seminal y por una reducción del diámetro tubular. De acuerdo a esto la acción hormonal efectiva independiente del proceso inflamatorio debe estudiarse exclusivamente en la zona alejada del implante, entre 3 y 5 mmts.

En cuanto a las zonas alejadas debemos separar los dos casos 796 y 500 (3° y 2°), sin estrogénoterapia previa, del 439 (1°) con tratamiento previo estrogénico de 2 meses de duración. En los primeros se observa una estimulación correspondiente al pellets de Testosterona variando por el contrario la acción estrogénica, que es claramente inhibidora del epitelio seminal, en el caso 796 (3°) y ligeramente estimulante en el caso 500 (2°) aunque con una acción reducida en 50% con relación al pellets de Testosterona.

Por otra parte ambos casos son similares en cuanto se refiere a edad si bien es posible pensar que la acción estimulante de Testoterona e inhibidora de estrógenos esperada, se ha cumplido correctamente en el caso No 3 debido tal vez al mejor grado de conservación del epitelio seminal, que llega a un grado C, es decir con espermatogénesis completa observada en la zona de control.

En cuanto al caso tratado previamente con estrogénoterapia, no ha habido estimulación por la testoterona y sí inhibición por los estrógenos (Estradiol).

En cuanto a las células de Leydig; los casos 1 y 3 muestran una leve estimulación por Testoterona e inhibición por los estrógenos.

El caso 2° (500) demuestra una falta de estimulación por ambas hormonas.

Conclusiones:

Correlacionando los resultados obtenidos, con la bibliografía analizada diferenciaremos los trabajos que se basan exclusivamente en la mejoría del espermograma, de aquellos que el estudio del mismo fue acompañado de biopsia testicular.

Al primer caso corresponde el trabajo de Goodhoopie quien obtiene una mejoría del recuento de los espermatozoides utilizando por vía oral Estilbestrol 0,25 mg. x día más

ACCION LOCAL DE DIFERENTES ESTEROIDES EN EL TESTICULO HUMANO

Vit. B. 12 - 25 mg. durante 4 meses, en el 89,4% de los pacientes con oligospermia negando la existencia del fenómeno del rebote por depresión primero y excitación después de la hipofisis; habiendo consignado además en su estadística, embarazo, en el 65% de los casos dentro de los 8,8 meses de tratamiento.

Cita como hipótesis de la acción de los estrógenos a las siguientes causas:

1º) La reducción de la actividad lítica del líquido prostático sobre los espermatozoides del sujeto en estudios que presentaban antes del tratamiento.

2º) Posible conversión de estrógenos en andrógenos a nivel hepático.

3º) Por estimulación del mecanismo hipofisario. Heller y colaboradores estudiaron un grupo de esteroides con control de espermograma y biopsia testicular revelando todos ellos (Progesterona, Nivelar, Norlutín, Enovid), durante el tratamiento un cuadro de azoospermia con retorno al recuento normal dentro de un período relativamente corto. Luego de la supresión del tratamiento y en algunos casos, se dió que la cifra alcanzada, era superior a la que anteriormente al tratamiento presentaba el sujeto (se trata de pacientes sanos, voluntarios reclusos de un penal).

En los casos del uso del Norlutín (andrógeno) y Enovid (estrógeno) la biopsia durante el tratamiento mostró daños tubulares o del epitelio seminal, en contraposición con las biopsias tratadas por Progesterona y Nivevar (Testosterona) que presentaba espermogénesis moderadamente activa pese a las alteraciones del espermograma.

Solo el Nivelar produjo una reducción de los títulos de Gonadotropine urinaria.

Estos autores por lo tanto, demuestran el mecanismo de rebote en los casos presentados, en contraposición al trabajo de Goodhope.

Como se puede apreciar, los resultados por vía parenteal u oral, de estimulación obtenida por la acción del estilbestrol y de inhibición de los 4 esteroides usados por Heller, Progesterona, Enovid, Nivelar, Norlutín, son exactamente opuestos a los obtenidos por nosotros con estradiol y testosterona implantados directamente en pleno parenquima testicular, implante que se realizó en forma de pellets, los cuales revelarían su acción directa sobre el epitelio seminal y no por intermedio del mecanismo hipotalamo-hipofisario.

BIBLIOGRAFIA.

- Heeke N.J. and Mc Donald J.H. Fert. and steril 1952 - 3 - 49.
 Charmy Ch. Fert and steril 1959 - 10 - 557 -
 J. Vel Ch. A. Fer and steril 1960 - 11 - 389.
 Good hope C.D. Fert. and steril 1961 - 12 - 469-

DISCUSION:

DR. RUBI (H).- Desde hace varios años venimos utilizando pellets locales, en dosis de 200 mgrs. en cada testículo y hemos encontrado en los pocos casos en que secundariamente se ha practicado la orquidectomía, la hialinización total de la glándula.

CUADRO COMPARATIVO DE LA ACTIVIDAD DEL EPITELIO SEMINIFERO

Variaciones Numéricas Relativas de las Células - Caso N° 1

Duración del implante	Estrogenot. previa	Peso del pellet
27 días	2 meses	8 mg.

Zona control		Zona Implante de colest. Testigo de:				Zona de implante de:			
Testos.	Estrog.	Testos.		Estrog.		Testos.		Estrog.	
30% b	33% b	10% b	10% b	7% b	10% b	3% b	25% b		13% b
70% a	67% a	90% a	90% a	93% a	90% a	97% a	75% a	100% a	87% a
		Vec.	Alej.	V	A	V	A	V	A

Diámetro tubular (Mm.)

129	147	91	118	93	125	103	140	91	123
-----	-----	----	-----	----	-----	-----	-----	----	-----

Zona Intersticial
% de células

Izq.	Der.				
49	85	Leydig	70	55	
37	11	Fibroblastos	11	30	
14	4	Mononucleares	9	15	

ACCION LOCAL DE DIFERENTES ESTEROIDES EN EL TESTICULO HUMANO

CUADRO COMPARATIVO DE LA ACTIVIDAD DEL EPITELIO SEMINIFERO

Variaciones Numéricas Relativas de las Células - Caso N° 2

Duración del implante	Estrogenot. previa	Peso del pellet
Testículo Izq. 70 días Testículo Der. 54 días	No hubo	10 mg.

Zona control		Zona Implante de colest. Testigo de:				Zona de implante de:			
Testos.	Estrog.	Testos.		Estrog.		Testos.		Estrog.	
100%	83%			13%	50%	3% c	14%	23%	7% c
b	b			b	b		c	b	
						50%			86%
						b	83%		b
						47%			
						a			
	a			a	a		3% a	a	7% a
	17%			87%	50%			77%	
		Vec.	Alej.	V	A	V	A	V	A

Diámetro tubular (Mm.)									
137	122			114	136	110	155	83	121

Zona Intersticial % de células									
Izq.	Der.								
50	50	Leydig					55		50
38	30	Fibroblastos					34		42
12	20	Mononucleares					11		8

CUADRO COMPARATIVO DE LA ACTIVIDAD DEL EPITELIO SEMINIFERO

Variaciones Numéricas Relativas de las Células - Caso Nº 3

Duración del implante	Estrogenot. previa	Peso del pellet
58 días	No hubo	9 mg.

Zona control		Zona Implante de colest. Testigo de:				Zona de implante de:			
Testos.	Estrog.	Testos.		Estrog.		Testos.		Estrog.	
40%	83%	63%		57%	77%	44%	50%	43%	17%
c	c	b		b	c	b	c	b	c
b		a		a	b	a	b	a	b
60%	7% b	37%		43%	23%	56%	50%	57%	83%
		Vec.	Alej.	V	A	V	A	V	A

Diámetro tubular (Mm.)									
137	122	130		114	136	110	155	83	121

Zona Intersticial % de células									
Izq.	Der.								
50	55	Leydig				70			39
40	28	Fibroblastos				22			34
10	17	Mononucleares				8			27

SUMARIO

Quinta Sesión Ordinaria - 24 de agosto de 1967

Asuntos entrados.....	7
Presentación de enfermos, radiografías e instrumental.....	7
Sesión quirúrgica.....	10
Hipertensión vasculo renal - Dr. Héctor Gotta.....	13

Asamblea Ordinaria y Primera Sesión - 25 de abril de 1968

Premio de la Sociedad Argentina de Urología.....	25
Informe del director de la revista, Dr. A. S. Rebaudi.....	25
Informe del tesorero, Dr. C. A. Mackintosh.....	26
Discurso Dr. Goldaracena.....	28
Discurso Dr. Borzone.....	30
Asuntos entrados.....	31
Fibrosis retroperitoneal - Dres. J. A. Mocellini Iturralde y J.C. Millán.....	32
Quiste del meato uretral - Dres. A. Rocchi, H. A. Levati y C. Giúdice.....	36
La necesidad de la exploración quirúrgica de las tumoraciones renales - Dres. A. E. Trabucco, F. Márquez y H. A. Levati.....	39
Procto-cistectomía perineal - Dr. G. Schmidt, J. Ortiz.....	42
Liposarcoma del cordón espermático - Dres. A. E. García, G. Gonzalez Martín, H. Torrenti y J. M. Monserrat.....	44

Segunda Sesión Ordinaria - 23 de mayo de 1968

Asuntos entrados.....	48
Varicocele secundario - Dr. César La Rosa García.....	49
Aneurisma de la arteria renal e hipertensión, resección del aneurisma y mejoría de la hipertensión - Dres. H. Pagliere, E. Soldano y C. Scorticati.....	54
Divertículo de uretra femenina - Dres. E. Cisneros, R. Monasterio y J. Dousset.....	59
Endometriosis periureteral - Dres. J. A. Mocellini Iturralde y R. A. Rubí.....	63
Quimioterapia en el cáncer de vejiga - Dres. A. Trabucco y M. E. Ocariz.....	71
Leiomioma de vejiga - Dres. A. Alonso, J. J. Solari y D. Gómez.....	77
Anuria obstructiva litiasica - Dres. S. Rebaudi, J. C. Speranza y H. Cerutti.....	80
Arrancamiento traumático del pedículo renal - Dres. A. Montalto, J. C. Contaresi, A. J. Ferrari y O. J. Ferrari.....	82
Granuloma espermático - Dres. M. Ocariz y A. Mosto.....	84

Tercera Sesión Ordinaria - 27 de junio de 1968

Sesión quirúrgica.....	87
Vesico-Cervico-Plastia - Dres. J.A. Mocellini Iturralde y J.C. Millán.....	89
La sección del istmo del riñón en herradura - Dres. H. Pagliere e I. Seoane.....	94
Tumores febriles de riñón - Dres. J. J. Solari, A. J. Muzio y B. Singer.....	96
Neoplasia renal no hematórica - Dres. R. Bernardi, C. Giúdice y H. Costa.....	100
Contribución al estudio de la permeabilidad vesical - Dres. C. H. Scorticati y H. Pagliere.....	102

Cuarta Sesión Ordinaria - 25 de julio de 1968

Sesión quirúrgica	117
Fibroma paratesticular - Dres. J. J. Solari y A. Muzio	119
Anuria obstructiva - Dres. J. A. Mocellini Iturralde, F. Etchegoyen y L. Jost	121
Opacificación de la vesícula biliar en el curso de la urografía - Dres. H. Pagliere, E. Soldano y C. Scorticati	134
Tumor desmoideo post-intervención urológica - Dr. R. Mathis (h).	137
Complicada evolución de una fractura de cuello de fémur - Dres. L. Sánchez Sañudo, A. S. Rebaudi y A. Pujol Larre.	139
Algunas problemas del entrenamiento vesical en las lesiones vertebromedulares Dr. J. M. Fazio	141
Síndrome migrañoso pielonefrítico. Sus causas y tratamiento - Dres. F. J. Márquez y E. Salvati.	142
Combinación de radioterapia, cirugía y quimioterapia en el carcinoma de vejiga - Dres. R. J. Veenema, R. Guttman, A. Uson, R. Sagerman, A. L. Dean y L. Ciardullo	149

SUMARIO

X Congreso Argentino de Urología - Temas Libres (Primera Parte)

Hemangiosarcoma del pene - Dres. A.E. García, J.M. Monserrat y G.G. Martín ..	7
Tuberculoma del cordón espermático - Dr. J.C. García	10
Consideraciones clinicoradiológicas sobre 65 casos de tuberculosis urogenital - Dres. R.I. Mathis, J.A. Goldaracena, J. Ghirlanda y J. Prokopic.....	12
Como encarar el tratamiento de la tuberculosis renal - Dres. I.J. Romeo, J.E. Cantón, M. Bianchi	14
Hipertensión arterial por nefropatía unilateral post-traumática - Dres. R.P. Medel, V. R. Miatello, N. Zanetti, O.H. Morelli y G.J. García	19
Litiasis de uréter terminal e hipertrofia próstática: Nuestra conducta - Dr. N. Fainman	25
Tratamiento de las infecciones urogenitales con un derivado del ácido 6-amino- penicilánico - Dres. A.E. García, J.J. Solari, A. Muzio y F.F.L. Marzio.....	28
Las vejigas neurogénicas mixtas - Dres. J. M. Guzmán y J. Zonzini.....	30
Riñón en herradura - Dres. L.E. Sánchez Sañudo, O.C. Carreño, H.A. Levati, S. A. Fefer y C.E. Aza Archetti.....	33
Lesiones del uréter en la cirugía ginecológica - Dres. J.E. Cantón, I.J. Romeo, P. E. Montilla y R.A. Carretero	34
Diagnóstico de carcinoma renal por biopsias de metastasis alejadas, en pacientes sin síntomas urinarios - Dres. J.M. de Rosas, J.E. Cantón, F.L. Ejarque	39
Contribución al estudio de la circulación del riñón "La artera renal" - Dres. M. P. Simón, J. Kuperman y C. Simón	43
Traumatismos de uretra - Dres. J.C. Speranza y A.J. Montalto	46
Desaparición de metástasis pulmonar en adenocarcinoma de riñón - Dres. A.J. Claret, C.M. Aguirre, A.A. Villamil, P. Molinari, E.A. Orlando.....	48
Cirugía ureteral conservadora - Dres. A.C. Irusta, Munner A., J.C. Irúza.....	54
Cirugía renal conservadora en la tuberculosis - Dres. N.M. Fredotovich, R. Socolovsky, C.A. Saenz.....	57
Tuberculoma del uréter - Dres. A.E. García, G. Gonzalez Martín, J.M. Monserrat	60
Tumor metastásico de uretra anterior secundario a epiteloma vesical - Dr. A.E. García.....	64
Tumor de Buschke-Lowenstein - Dres. A.E. García, J. Casal, J.M. Guzmán, J.M. Monserrat.....	67
Aporte a la terapéutica de la tuberculosis renal - Dres. J.A. Márquez Bustos, V. Teiblum, J.E. Márquez.....	70
Nitrofurantoina sódica por vía intramuscular - Dres. M.F. Vicchi, H. Pierángeli, O. Rodríguez.....	72
Prostatectomía según la técnica de Hryntschak - Dres. M.F. Vicchi, J. Porras, O. Rodríguez.....	79

Quinta Sesión Ordinaria - 22 de agosto de 1968

Sesión quirúrgica.....	90
Litiasis coraliforme (Situs inversus) - Dr. A.S. Rebaudi	92
Linfoedema genital - Dr. O. Vampa Mainero.....	93
Riñón ectópico pelviano solitario asociado a agenesia vaginal y uterina. A propósito de un caso - Dr. E. Franetovich.....	98

La vía transtorácica sobre una nueva observación - Dres. R. Bernardi, C. Giudice	102
Teratoma sólido diferenciado en un niño de catorce años - Dres. H. Pagliere, E. O. Soldano, C. Scorticati	104
Técnica de floks en la prostatectomía total - Dres. A. S. Rebaudi, J. C. Speranza...	107
Malconformación congénita simil pene - Dres. L. L. Sánchez Sañudo, F. Márquez, P. Ponte, H. A. Levati.....	110

Sexta Sesión Ordinaria - 26 de septiembre de 1968

Sesión quirúrgica.....	111
Cuerpo extraño endovesical con perforación intraperitoneal - Dres. M. Budich, A. Cifuentes.....	112
Los antiblásticos en el tratamiento de las neoplasias renales - Dres. A. E. Trabucco F. J. Márquez.....	114
Hemorragias digestivas agudas en postoperatorios urológicos - Dres. H. Pagliere, E. Soldano, C. Scorticati, M. Nigro.....	127
El injerto de ileon en la cirugía de reemplazo y ampliación de la vejiga retraída Experiencia y resultados - Dres. J. A. Mocellini Iturralde, R. A. Rubi, J. C. Millan	132

Séptima Sesión Ordinaria - 28 de noviembre de 1968

Asuntos entrados.....	158
Sesión quirúrgica.....	158
Avulsión traumática total de la piel del pene - Dr. J. Derdoy.....	159
Varicocele - Dr. R. Bernardi.....	164
Quiste del seno renal y aneurisma de la arteria renal, hallazgo quirúrgico - Dr. R. Bernardi, J. Schiappapietra, H. Ferrari.....	166
Hipertensión arterial, Nefropipectomía y suprarrenalectomía - Dres. A. Trabucco A. S. Rebaudi.....	168
Fístula deferente-cutánea - Dres. A. J. Claret, C. M. Aguirre, P. J. Salguero.....	176
Cistoplastia y vejiga neurogénica por mielomeningocele - Dres. R. I. Mathis, J. M. Fazio, S. Steimberg.....	179
Anatomía arterial del riñón humano - Dr. S. Fefer.....	182
Tumor quístico de cupula vesical - Dr. R. Mathis (h).....	203
A propósito de un caso de estallido de vejiga - Dr. C. A. Pascale.....	206
Criptorquidea. Resultados alejados del tratamiento quirúrgico - Dr. C. A. Pascale	210

Asamblea Ordinaria - Octava Sesión Ordinaria - 19 de diciembre de 1968

Divertículos de uretra femenina - Dres. C. H. Scorticati, H. Pagliere, E. Soldano..	215
Sarcoma y litiasis coraliforme en riñón en herradura - Dres. J. M. Fazio, S. Steimberg, M. Golombek.....	222
La uretrografía en el cáncer de la próstata - Dres. A. García, A. Muzio, E. Singer, J. J. Solari.....	225
Quiste hidático retrovesical - Dres. R. I. Mathis, J. A. Goldaracena, C. A. Pascale, S. Kohan.....	236
Acción local de diferentes esteroides en el testículo humano - Dres. C. A. Pascale, H. M. Romano, R. Mancini.....	240

Reglamentación Editorial

(Con las modificaciones aprobadas en la Asamblea del 21 de diciembre de 1967)

- 1) Sólo serán publicados en la Revista los trabajos presentados en las sesiones de la entidad, pudiéndose aceptar también trabajos presentados en otras sociedades urológicas y nefrológicas.
- 2) Los trabajos deberán ser originales e inéditos y se presentarán escritos a máquina, de un solo lado, numeradas, con doble interlínea, no aceptándose copias en carbónico. Cada página no debe exceder de 70 letras por línea y 36 renglones por página, el texto no podrá exceder de 5 páginas, a menos que sean trabajos de experimentación.
- 3) Las ilustraciones (fotografías, radiografías, fotomicrografías, electrocardiogramas, etc.) serán de tamaño uniforme no mayor de 9 por 12, enfocando exclusivamente la región de interés, las referencias indispensables irán dentro del campo llevará al dorso con lápiz, el número que la individualice y su leyenda, como así también el título del trabajo y su autor.
En página aparte y en orden correlativo, se acompañarán las referencias de cada ilustración, debiendo indicarse en el texto original al margen del mismo, el lugar correspondiente a cada ilustración.
- 4) Las ilustraciones no deben ser más de seis, a menos que sean trabajos de experimentación.
- 5) Todo excedente en páginas o ilustraciones, será abonado por el autor o autores del trabajo.
- 6) Las radiografías deberán entregarse en copias positivas y sin retocar.
- 7) Los dibujos y fórmulas químicas deberán confeccionarse en tinta china sobre cartulina blanca; en cuanto a los gráficos, se harán en tinta china sobre papel milimetrado.
- 8) El título debe ser breve, con aclaración en párrafo aparte.
- 9) Cada trabajo terminará en un resumen, aconsejándose además conclusiones y a los efectos de mayor interés en la difusión, se solicita la correspondiente traducción del resumen en otros idiomas.
- 10) Los trabajos de casuística deben ser resumidos sobre todo en lo que respecta a la historia clínica y radiografías o ilustraciones.
- 11) Las citas bibliográficas deben mencionar: 1) Apellido del autor. 2) Iniciales de su nombre. 3) Título del trabajo. 4) Título de la revista abreviado, año, volumen, página.
- 12) Debajo del título debe indicarse nombre y apellido del autor o autores y lugar donde trabajan, se agregará además la referencia del domicilio de uno de ellos, para ser colocado al pie de la primera columna de la publicación.
- 13) Los socios designados relatores en Congresos o Jornadas, como así también los que fueran invitados a pronunciar conferencias en nuestra sociedad, gozarán con respecto a la publicación, de 15 páginas y de 10 espacios para ilustraciones.
- 14) Los apartados de la revista estarán a cargo de los autores y deberán ser solicitados al hacer entrega de los originales del trabajo.
- 15) Todo trabajo que no sea entregado completo y con los requisitos expuestos anteriormente al término de la sesión, no será publicado.
- 16) La comisión de la revista tiene amplias facultades para publicar o no un trabajo científico. Tendrá en cuenta para resolverlo el valor científico de dicho trabajo. Esta resolución se tomará después de oír la opinión de todos los miembros de la comisión directiva.
- 17) La comisión no se responsabiliza de las opiniones vertidas por los autores de los trabajos originales.

Dr. A. Sergio Rebaudi
Billinghurst 1547
Bs.As. 83-4565

Suscripciones nacionales, anual \$ 3.000.-
Suscripciones extranjeras, anual u\$s 12.-
Hay en existencia números atrasados

Registro Nacional de la Propiedad
Intelectual Nº 149.617

Correo Argentino Central (B)	FRANQUEO PAGADO Concesión 726
	TARIFA REDUCIDA Concesión Nº 1707



papasine

**ROMPE EL
CIRCULO INFLAMACION - INFECCION**

(CAPSULAS Y BEBIBLE)

2 POTENTES ANTIINFLAMATORIOS: PAPAÑA Y OXIFENBUTAZONA

ABRIENDO PASO A LA TETRACICLINA CLORHIDRATO.

CISTITIS
URETRITIS
PROSTATITIS
PIELONEFRITIS
PIELITIS

PAPASINE

PRESENTACION: Envases 8 cápsulas

Bebible (liofilizado) envase de 50 cm³.

LABORATORIOS BERNABO & CIA. S.A.

Terrada 2346

T.E. 50-3278/79

Buenos Aires

**Cientos de casos publicados
confirman el amplio
espectro de la actividad de**

Keflin

**EXTRAORDINARIAMENTE EFECTIVO CONTRA UNA GRAN
VARIEDAD DE CEPAS GRAM-NEGATIVAS Y GRAM-POSITIVAS**

* Antimicrob. Agents & Chemother., p.724, 1962/ J.A.M.A., 189:823, 1964/ Antimicrob. Agents & Chemother., p.261, 1963/ Clin. Pharmacol. & Therap., 4: 709, 1963/ Am. J.M.Sc., 248:52, 1964/ Antimicrob. Agents & Chemother., 267, 1963. Antimicrob. Agents & Chemother., p. 254, 1963/ Antimicrob. Agents & Chemother., p. 247, 1963/ J.A.M.A., 189:829, 1964/ Arch. Int. Med., 112:21, 1963.

*** LOS RESULTADOS CLINICOS SON PREDECIBLES**

Llega rápidamente al sitio de la infección y su acción bactericida produce una rápida respuesta clínica.

*** AUN EN INFECCIONES GRAVES**

Las concentraciones sanguíneas son notablemente altas e inocuas

*** ALTAS CONCENTRACIONES EN SUERO Y ORINA
CON BUENA DIFUSION EN EL TEJIDO**

No exhibe resistencia cruzada con ningún antibiótico habiendo sido administrado hasta en pacientes alérgicos a la penicilina.

*** SIN CONTRAINDICACION EN INSUFICIENCIA RENAL**

Aun aplicado a pacientes con insuficiencia renal no se observan fenómenos de toxicidad

*** SIN DOSIS MAXIMAS**

Proporcionando flexibilidad posológica de acuerdo con la gravedad de la infección.

KEFLIN (Cefalotina, Lilly) Frasco Ampolla de 1 g

ELI LILLY AND COMPANY OF ARGENTINA

