

un 10 a 15 por ciento de estenosis de la anastomosis uretero-ileales debido a la utilización de la técnica del surco mucoso.

Actualmente, parece indiscutible que el reservorio le dá a la vez la mejor continencia y la mayor seguridad en el conjunto de anastomosis es el reservorio propuesto por Studer De Berne, quien utiliza un segmento intestinal de aproximadamente 70 cm, incidido longitudinalmente a lo largo de su borde antimesentérico, suturado y plegado sobre sí mismo, mientras que los uréteres son anastomosados directamente sobre la parte proximal del asa ideal no detubulizada.

En el momento de hacer la elección hay que considerar a la vez la simplicidad de la ejecución de la exclusión intestinal, la cual va a condicionar la calidad del resultado funcional y prevenir las complicaciones metabólicas, y finalmente los resultados urodinámicos publicados en la literatura, concernientes tanto a la continencia como al residuo post-miccional.

En esas condiciones, es probablemente la técnica de Studer la que parecería reunir el conjunto de esas cualidades, aunque hay que saber que todas las enteroplastías de sustitución inducen a perturbaciones por una parte del metabolismo fosfocálcico y por otra del metabolismo de la vitamina B12 así como de los ácidos grasos y lo que

podemos ver desarrollarse a distancia, complicaciones tales como anemia, cálculos, osteoporosis hasta finalmente una litiasis biliar. el reservorio propuesto por Studer De Berne, quien utiliza un segmento intestinal de aproximadamente 70 cm, incidido longitudinalmente a lo largo de su borde antimesentérico, suturado y plegado sobre sí mismo, mientras que los uréteres son anastomosados directamente sobre la parte proximal del asa ideal no detubulizada.

En el momento de hacer la elección hay que considerar a la vez la simplicidad de la ejecución de la exclusión intestinal, la cual va a condicionar la calidad del resultado funcional y prevenir las complicaciones metabólicas, y finalmente los resultados urodinámicos publicados en la literatura, concernientes tanto a la continencia como al residuo post-miccional.

En esas condiciones, es probablemente la técnica de Studer la que parecería reunir el conjunto de esas cualidades, aunque hay que saber que todas las enteroplastías de sustitución inducen a perturbaciones por una parte del metabolismo fosfocálcico y por otra del metabolismo de la vitamina B12 así como de los ácidos grasos y lo que podemos ver desarrollarse a distancia, complicaciones tales como anemia, cálculos, osteoporosis hasta finalmente una litiasis biliar.

Introducing the Homepump™ Family of Disposable Elastomeric Infusion Systems



The Homepump disposable elastomeric infusion system is ideal for the administration of IV antibiotics. For chemotherapy continuous infusion made simple one - day and two - day infusion systems

FEATURES AND BENEFITS:

Small and portable	- Increases patient mobility and ease of use
Drug compatibility	- Membrane materials compatible for use with antibiotics
Self-contained unit	- Minimizes training time
Elastomeric pressure	- Ensures flow continuity
In-line filter	- Removes particulate matter and protects against possible air in line
Available systems	- 100 mL volume - 100 mL/hr - 200 mL volume - 200 mL/hr - 200 mL volume - 175 mL/hr - 50 mL volume - 50 mL/hr
Color-coded	- Conveniently indicated flow rates

 akron products corp.

BUENOS AIRES: BALCARCE 363 (1064) CAPITAL TEL. Y FAX: 311-3778 - 343- 1197/9897
* SOLICITE TELEFONICAMENTE EL ENVIO DE MAYOR INFORMACION
U.S.A.: TEL. (305) 592-5892 FAX: (305) 592-5829

COMENTARIO DE TRABAJOS

Coordinador de la sección: Dr. Elías Jorge Fayad

Colaboradores: Dr. Marcelo Mundo y Dr. Federico Scharn

British Journal of Urology (1991), 67, 420-423

© 1991 British Journal of Urology

Pedicle Patch Urethroplasty

P. A. DEWAN, M. D. DINNEEN, P. G. DUFFY, D. WINKLE and P. G. RANSLEY

Department of Urology, Hospital for Sick Children; Institute of Urology, London

Summary —The pedicle path urethroplasty provides an alternative single-stage vascularised graft procedure for the repair of moderately severe hypospadias. Over a 7-year period, 38 primary hypospadias repairs were performed employing this technique. The fistula rate was 18% in the 34 patients reviewed, but there were few other significant complications. The operations is recommended when the urethral plate can be preserved and the penis straightened in boys who are unsuitable for a meatal-based flap.

COMENTARIO

El trabajo resalta la importancia de las uretroplastías que en un solo acto quirúrgico e independientemente del grado de severidad del hipospadias, corrigen la curvatura ventral del tallo peneano, si está presente y realizan simultáneamente la reconstrucción de la uretra.

A continuación los autores describen la técnica quirúrgica para corregir hipospadias distales y algunas proximales con preservación de la placa uretral, sin proximales con preservación de la placa uretral, sin curvatura ventral durante la erección artificial, utilizando un colgajo aislado procedente de la cara interna del prepucio. Al cubrir la neouretra distal con dos colgajos laterales del glande obtienen un meato uretral ubicado anatómicamente en el ápice del mismo. La indicación de este procedimiento puede extenderse ante la presencia de una curvatura peneana moderada y corregida con la técnica de plicatura de la albuginea de los cuerpos cavernosos (Nesbit).

La incidencia de fistulas en la corrección de hipospadias en manos de los autores al comparar las técnicas con colgajo pediculado en forma de parche y tubularizadas fue del 18% y 34,4% respectivamente.

Finalmente el trabajo enfatiza la versatilidad de las técnicas basadas en colgajos pediculados, en este caso en forma de parche, a partir de la cara interna del prepucio para corregir hipospadias distales y en algunos casos proximales con preservación de la placa uretral y sin curvatura peneana o corregida según técnica de Nesbit. Este procedimiento tiene indicaciones precisas y se incorpora a las diversas técnicas que el urólogo pediatra debe disponer al tratar de niños con hipospadias, y en particular ante la existencia de un meato hipospádico demasiado proximal como para llevar a cabo una técnica con un colgajo de base perineatal (Mathieu).

Dr. Miguel Podestá

Urodynamic Morbidity and Dysuria Prophylaxis

P.G. CARTER, PATRICIA LEWIS and P. ABRAMS

Clinical Investigation Unit. Ham Green Hospital, Bristol

Summary —A group of 324 patients received prophylactic treatment with either sodium bicarbonate, potassium citrate or a glucose placebo following urodynamic studies. Urine was screened for infection both before and after testing and the incidence of dysuria assessed by postal questionnaire; 63% of patients experienced some degree of dysuria and this was severe and prolonged in 6.3%, the majority of whom were male. Neither sodium bicarbonate nor potassium citrate was any more effective in preventing dysuria than placebo. The presence of severe prolonged dysuria was not associated with a urinary tract infection or with any particular urodynamic diagnosis.

COMENTARIO

Los autores intentaron evitar la disuria provocada por los catéteres transuretrales utilizados en los estudios urodinámicos, tratando a 324 pacientes con alcalinizantes y comparándolos con placebo. Se investigó simultáneamente la infección urinaria.

Determinaron que la mayoría de los pacientes experimentaban cierta disuria (63%) y que para el 6.3% ésta resultó severa y prolongada (72 horas). En este último grupo la mayoría fueron hombres. Encontraron que:

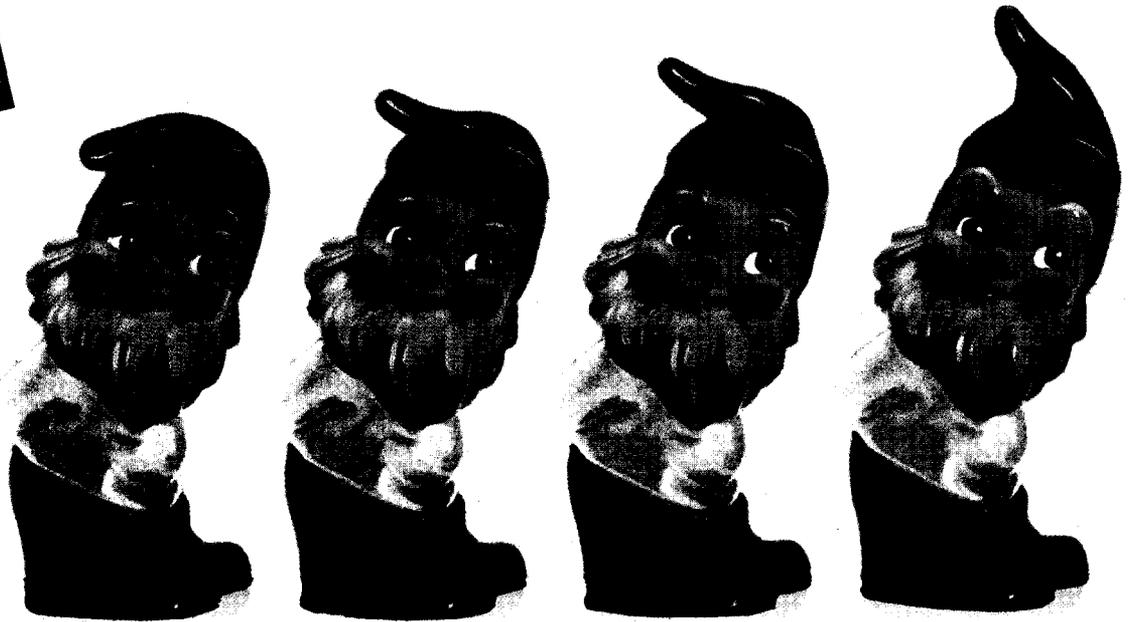
1) El tratamiento alcalinizante no fue mejor que el placebo.

2) La infección urinaria post instrumentación fue sólo del 2% y no se asoció a síntomas de disuria intensa.

Por lo tanto, recomiendan sólo avisar a los pacientes que sufrirán cierta disuria y que aumenten la ingesta de líquidos. No consideran necesario la profilaxis con ATB.

Llama la atención que en el estudio no se determinara el PH urinario a los fines de establecer si la falta de efecto de los alcalinizantes se asociaba o no a orinas más alcalinas. Por otra parte parece interesante reproducir la experiencia utilizando analgésicos (como la fenazopiridina) a la luz de los resultados obtenidos por los autores de este interesante estudio.

Dr. Salomón V. Romano



YOHIMBINA

VITAMINA E

GINSENG

POLEN

Optimina Plus

Devuelve la potencia

Una asociación energizante y vigorizante,
sustentada en cuatro principios activos de probada eficacia.

Sus efectos convergentes sobre la génesis del funcionamiento eréctil peneano,
convierten a **Optimina Plus** en un seguro apoyo en la terapia
de las disfunciones sexuales masculinas.

FORMULA:

Clorhidrato de Yohimbina 5 mg;
Extracto hidrosoluble de polen 60 mg;
Extracto hidroalcohólico de
Panax Ginseng 100 mg;
Vitamina E 200 mg;

PRESENTACION:

Envases con 30 y 50
comprimidos recubiertos.

Temis-Lostaló



PARA CÁNCER AVANZADO DE PRÓSTATA

LUPRON

DEPOT 7,5^{mg}

Acetato de Leuprolide
para Suspensión Depot



*La terapia con la que
es más fácil convivir*

- *Aplicación Intramuscular Mensual*
- *Eficaz Control de la Enfermedad*
- *Excelente Tolerancia*


ABBOTT

DIVISION PRODUCTOS FARMACEUTICOS

AN IMPROVED VASOACTIVE DRUG COMBINATION FOR A PHARMACOLOGICAL ERECTION PROGRAM

ALAN H. BENNETT, ALAN J. CARPENTER AND JAMES H. BARADA

From the Division of Urological Surgery and Department of Pharmacy, Albany Medical Center, Albany, New York

ABSTRACT

Papaverine hydrochloride (smooth muscle relaxant), phentolamine mesylate (α -adenergic blocking agent) and prostaglandin E1 (vasodilator and smooth muscle relaxant) were combined to produce a potent vasoactive drug therapy for use in a pharmacological erection program. Dose of 2.5 cc papaverine (30 mg./cc), 0.5 cc phentolamine (5 mg./cc), 0.05 cc prostaglandin E1 (500 μ g./cc) and 1.2 cc 0.9% normal saline were combined to produce a vial of 4.25 cc for patient convenience. Twenty unit vials were made from the 1 cc vial of prostaglandin E1, the most expensive ingredient. The solution is physiologically active for at least 6 months and can be stored at room temperature although refrigeration is recommended. The pH of the solution is 4.

This vasoactive drug combination has been used in 116 patients for diagnostic testing and subsequent treatment. A dose of 0.25 cc has been effective for diagnosis and treatment in the majority of patients with mild to moderate arterogenic and/or venogenic and diabetic impotence. For patients with neurogenic dysfunction 0.1 to 0.125 cc was the usual dose. Two patients had a prolonged erection requiring irrigation, 1 on the day of initial testing and 1 on home therapy. Pain at the site of injection or during intercourse was noted in only 2 patients and to date no fibrosis or plaques have been found.

Key Words: penis, impotence, phentolamine, prostaglandin E1, papaverine

COMENTARIO

A partir de las publicaciones de Virag (1982) y Bandlely (1983), el uso de las drogas vaso-activas para producir erecciones farmacoinducidas en pacientes con disfunción eréctil, se ha convertido en uno de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más utilizados. Aunque fueron muchas las sustancias químicas probadas, las más utilizadas son: el clorhidrato de papaverina (relajante muscular liso), el mesilato de fentolamina (bloqueante alfa adrenérgico) y desde 1986 la prostaglandina E1 (vasodilatador y relajante muscular liso). Una nutrida bibliografía ilustra sobre la efectividad y complicaciones en el uso individual y combinado de estas drogas. Pero en los últimos años la polémica pareciera centrarse en la comparación de los resultados entre la asociación papaverina-fentolamina versus prostaglandina E1. Varios autores coinciden en destacar la mayor efectividad de la prostaglandina E1, aún en casos de mala respuesta a la papaverina-fentolamina. En cuanto a los efectos adversos, sin lugar a dudas el priapismo es el más temido y también parece haber coincidencias respecto de su menor incidencia con la prostaglandina E1 (atribuida a su capacidad de presentar un rápido metabolismo en el tejido cavernoso).

Con referencia a los nódulos fibóticos del tejido cavernoso, descriptos por el uso prolongado de papaverina o papaverina-fentolamina, también la prostaglandina E1 resultaría favorecida, pues esta complicación no se ha manifestado durante su aplicación. Aunque hay quienes refieren que aún no ha transcurrido suficiente tiempo en su utilización.

La contrapartida de la prostaglandina E1 sería su mayor incidencia de dolor durante la aplicación y erecciones dolorosas en algunos casos. Si comparamos datos sobre estabilidad de la droga, conservación, transporte y costos, las ventajas favorecen a la asociación papaverina-fentolamina. En síntesis, la droga ideal (efectiva, inocua, estable, económica, de fácil conservación y transporte) aún no se conoce. Los efectos adversos parecieran ocurrir con todas las sustancias empleadas hasta el presente, sin embargo los mayores factores de riesgo tienen relación con las causales etiológicas de las disfunciones eréctiles. Registrándose una mayor incidencia de priapismos en pacientes psicológicos y neurológicos.

Para minimizar estos riesgos es necesario efectuar una buena evaluación clínica del paciente y de su patología específica, ajustando las drogas y dosis para cada caso en particular. Realizar un estricto seguimiento durante los tratamientos de autoaplicación, advertir a los pacientes sobre los posibles efectos secundarios y que recaudos se deben tomar en caso de que estos ocurran. Con particular referencia al trabajo comentado es interesante destacar:

- Un buen índice de respuestas satisfactorias 105/116 (90,5%) con dosis individuales de drogas muy bajas. Pero también es preciso aclarar que las etiologías mencionadas son de moderada o mediana intensidad.*
- Baja incidencia de efectos colaterales: priapismos 2/116 (1,7%), dolor moderado 2/116 (1,7%), fibrosis cavernosa 0/116 (0%).*
- Un aspecto muy importante, por su practicidad para utilizar en programas de autoaplicación, es la efectividad fisiológica de la mezcla (6 meses) y la posibilidad de conservarla a temperatura ambiente.*

Dr. José Vazquez

PREVENTION OF URINARY TRACT INFECTION AND BACTEREMIA FOLLOWING TRANSURETHRAL SURGERY: ORAL LOMEFLOXACIN COMPARED TO PARENTERAL CEFOTAXIME

E. DAVID CRAWFORD, NANCY S. BERGER, MARILYN A. DAVIS AND ROBERT E. DONOHUE

From the Department of Veterans Affairs, University of Colorado Health Sciences Center, Denver, Colorado

ABSTRACT

A multicenter, randomized, open label study compared the safety and efficacy of a single dose of oral lomefloxacin, a broad-spectrum antimicrobial agent of the quinolone class, to a single parenteral dose of cefotaxime, a third generation cephalosporin, for prophylaxis in transurethral surgery. Of the 230 patients initially recruited 182 were considered available: 92 in the lomefloxacin group and 90 in the cefotaxime group. Both study groups were well balanced with respect to demographics and transurethral procedures. Efficacy and safety were valuated with urine cultures, clinical laboratory evaluations and monitoring of adverse events. The success rate among the lomefloxacin patients was 98% versus 94% in the cefotaxime patients. The difference was not statistically significant. Adverse events, regardless of attributability, were reported by 16% of the lomefloxacin patients and 17% of the cefotaxime patients, respectively. Our results indicate efficacy and safety profiles of lomefloxacin equivalent to cefotaxime. Lomefloxacin has the economic advantage of an oral route of administration compared to the parenteral route of cefotaxime for prophylaxis in transurethral genitourinary procedures.

Key Words: urinary tract infection, hydroxyquinolones, septicemia

COMENTARIO

Se presenta un estudio comparativo del valor de la homefloxacina oral comparada a la Cefotaxime en dosis única, en la profilaxis de infección urinaria de la cirugía transuretral, en pacientes con urocultivos estériles.

La prevención de infecciones post operatorias se obtuvo en un 98% del grupo homefloxacina y 94% en el grupo cefotaxime lo que no tiene significación estadística. Los efectos secundarios que aunque difíciles de atribuir a los antibacterianos, debido a su indicación preoperatoria, fueron también similares, alcanzando un 16% y 17% en cada uno de los grupos.

Hubiera sido interesante la inclusión de un grupo control sin medicación, que es el punto más debatible en este tema, en que se indica profilaxis de infecciones urinaria y bacteriemia en pacientes con cultivos negativos.

Diferentes trabajos dan informaciones divergentes, pero se ha encontrado una incidencia de infecciones post operatorias en un 42% de casos, descendiendo ésta significativamente con medicación antibacteriana.

¿Cuál es la ruta de ingreso de la infección? Hay dos posibilidades: la vía transuretral alrededor de la sonda y la presencia de infección en el interior del tejido prostático. Morris y colaboradores encontraron trozos prostáticos con cultivos positivos en un 64% de pacientes con orinas pre-operatoriamente estériles.

Se debe no obstante considerar el valor de la indicación de medicaciones antibacterianas versus los efectos secundarios y el desarrollo de resistencias que estos generan.

Las infecciones urinarias post operatorias varían mucho según las instituciones que la evalúan. Una cuidadosa adherencia a los principios de la asepsia debe asociarse al uso de antimicrobianos que deben utilizarse en el período preoperatorio inmediato como lo hicieran los autores de este trabajo.

Dr. León Bernstein-Hahn

LAPAROSCOPIC VARICOCELECTOMY: PRELIMINARY REPORT OF A NEW TECHNIQUE

PAUL G. HAGOOD, DONALD J. MEHAN, JOSEPH H. WORISCHECK, CHARLES H. ANDRUS AND
RAUL O PARRA

From the Divisions of Urology and General Surgery, Department of Surgery, St. Louis University School of Medicine, St. Louis, Missouri

ABSTRACT

The use of varicocelectomy for the treatment of subfertility seems to be incontrovertible. However, there is a difference of opinion as to the proper surgical method of varicocele ablation. The inguinal and high retroperitoneal approaches are the most commonly accepted methods to date. However, significant postoperative morbidity is common and return to normal activity often is prolonged. Also, bilateral operations are being performed more commonly. These considerations have prompted many to search for alternative techniques.

We developed a laparoscopic procedure that is as simple and effective as more traditional methods. In addition, it offers lower morbidity, allows for microscopic dissection with preservation of the spermatic artery and is amenable to bilateral ligation without a second incision. Ten patients 16 to 54 years old underwent laparoscopic ligation of the spermatic veins at the internal inguinal ring. The diagnosis was based on physical examination. Indications for the operation were infertility with a stress sperm pattern in 5 patients, testicular atrophy in 4 and scrotal pain in 1. Four patients underwent bilateral ligation. Preliminary follow-up showed resolution of the varicocele in all patients and disappearance of pain in the patient treated for this symptom. No morbidity related to this procedure has been encountered and all patients resumed normal activity within 2 days. We believe that this new method is a viable alternative for varicocelectomy.

Key Words: infertility, male; peritoneoscopy; varicocele

COMENTARIO

Tres indicaciones quirúrgicas en el momento actual rigen la indicación en la cura radical del varicocele: el doloroso, el administrativo y el andrológico. Con respecto a este último la presencia del mismo no significa infertilidad pero está comprobado que en el 40% de los pacientes que consultan por dicha causa se encuentra esta patología.

Está comprobado que pacientes con anomalías en los parámetros seminales (oligo-terato-astenospermis) muestran mejorías postoperatoria (70%) y de éstos se logran embarazos en el 38%.

Dentro de las opciones terapéuticas existen la ligadura quirúrgica alta (técnica Bernardi o Ivanisevich), embolización con balón o espirales o esclerosis percutáneamente a través de un catéter de Selinger.

La laparoscopia motivo de este comentario es un procedimiento incorporado a la Urología en los últimos años con indicaciones tales como: linfadenectomía en la estadificación del carcinoma uro-genital, criptorquideas, biopsias, lesiones traumáticas, exploraciones diagnósticas y tratamiento del varicocele.

La alternativa que presentan los autores en la corta experiencia presentan ventajas y desventajas.

Dentro de las primeras se encuentra el tratamiento del varicocele bilateral (16%), rápida recuperación con mínima incisión.

Las desventajas son que no puede efectuarse en pacientes que han padecido operaciones abdominales por las adherencias adquiridas, el mínimo de tres punciones abdominales transperitoneales con insuflación de CO₂ (5 litros) que trae aparejadas sus consecuencias, alargamiento del tiempo operatorio de aproximadamente 90 minutos.

Conclusiones: considero que sin tener experiencia en la técnica es una indicación forzada ya que con las técnicas actuales todos los habituados a las mismas obtenemos excelentes resultados: con una técnica extra peritoneal menor tiempo real quirúrgico, se puede efectuar con anestesia local, se puede visualizar la arteria espermática mediante la aplicación de gotas de papaverina, efectuar biopsia de testículo si la circunstancia lo requiere y recuperación a las 12 horas con alta domiciliaria, los costos son más bajos siendo una técnica conocida por todos los urólogos que no demanda ningún tipo de instrumental especial.

Prof. Dr. Carlos A. S. Glédice

NOTICIAS DE LA S.A.U.

CONDICIONES PARA OPTAR A LA CATEGORIA DE MIEMBRO TITULAR DE LA S.A.U.

Ser Miembro Adherente de la Sociedad Argentina de Urología con una antigüedad no menor de cinco años.

Acreditar una asistencia mínima a cuatro sesiones científicas en el año o 20 en los últimos 5 años.

Haber presentado cinco trabajos a la Sociedad, dos de ellos personales, con la posibilidad de ser reemplazados cada uno de ellos por la actuación del candidato como relator en Congresos, Jornadas o Mesas Redondas por designación de la Sociedad Argentina de Urología o por trabajos realizados en equipo integrado por el miembro que opte a titular, el que deberá comunicarlo con 30 días de anticipación, a la Comisión Directiva para que ésta designe un comentador del mismo. El referido trabajo deberá ser leído y defendido por el candidato.

Para solicitar su promoción a Miembro Titular, el aspirante presentará una solicitud escrita, acompañando a la misma una relación detallada de antecedentes, títulos y trabajos. A estos efectos se abrirá un pedido de presentación comprendido entre el 1º y el 30 de setiembre de cada año, el que se hará conocer a todos los socios adherentes.

Aprobada la solicitud por la Comisión Directiva, el candidato pasará a ser Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Urología con todos sus derechos y obligaciones, una vez aceptado por la Asamblea General.

BIBLIOTECA

En la sede de la Sociedad Argentina de Urología funciona la Biblioteca, con libros y revistas de la especialidad, que pueden ser consultados en el salón de lectura, de lunes a viernes de 14 a 20 horas.

Suscripciones que se encuentran a disposición de los lectores:

The Journal of Urology
Urology
Urologics Clinics of North America
British Journal of Urology
Scandinavian Journal of Urology and Nephrology
Encyclopedie Médico-Chirurgicale
Andrología
Journal D'Urologie
Progrés en Urologie
Journal Brasileiro de Urología

CARTA DE LECTORES

La Revista Argentina de Urología acepta cartas de lectores para ser publicadas en la misma.

Además de este mecanismo se puede solicitar diversos tipos de ayuda o consejos sobre casos difíciles que serán contestadas por nuestro Consejo Editorial, como así también emitir opiniones sobre nuestro contenido, o dar a conocer comentarios sobre diversos asuntos de interés urológicos general.

SAU

PUESTAS AL DIA

Estimado Colega:

La Comisión de Interior de la Sociedad Argentina de Urología cumple en llevar a su conocimiento que, como en años anteriores, se publicarán resúmenes de "Puesta al Día" (2 x mes).

Si Ud. tiene interés en recibir dichos resúmenes se podrá suscribir en nuestra Secretaría, Combate de los Pozos Nº 246, piso 1º "5", Capital Federal, previo pago de la cantidad de \$ 20.

Para los residentes en el interior del país, podrán cumplimentar dicho pago remitiendo cheque o giro postal.

CURSO DE AVANCES EN UROLOGIA

**Organizado por la Sociedad Argentina de Urología,
se realizará del 28 al 30 de abril de 1993 el Curso de Avances en Urología,
en los salones del Hotel Libertador-Kempiski de Buenos Aires.
Tendrá el carácter de un encuentro entre la Urología argentina-holandesa,
contando entre los invitados especiales a los doctores:**

**F. H. Schröder
F. M. S. Debruyene
R. A. Janknegt
G. Dijkman**

**En su transcurso se efectuarán conferencias, mesas redondas,
almuerzos de trabajo y presentación de videos.**

Informes:

**Secretaría de la Sociedad Argentina de Urología
Combate de los Pozos 246, 1º "5"
Buenos Aires (1080) Argentina
teléfonos: 40-9933 y 476-4976. Fax: 476-4976.**

CUOTAS SOCIALES ATRASADAS

La S.A.U. pretende brindar cada vez más y mejores servicios a sus miembros. Para ello, obviamente, se requiere contar con los medios económicos necesarios, gran parte de los cuales provienen del pago en término de la Cuota Social por parte de todos los socios. La gran morosidad que se registra se debe muchas veces —nos consta— a olvidos involuntarios o a las dificultades postales.

Por ello rogamos a todos los que se encuentran en situación de morosidad que normalicen su situación para que podamos continuar con los servicios, de los cuales la remisión gratuita de esta Revista es un ejemplo.

Transcribimos a continuación el texto del artículo 14 de nuestros Estatutos: "Los miembros, cualquiera sea su categoría, perderán su condición de tales por: a) Renuncia; b) Cancelación de título; c) Cesantía por falta de pago de una anualidad. Para recuperar la categoría perdida deberán depositar previamente en Tesorería la suma adeudada desde su separación hasta la fecha de reincorporación, al valor actualizado de la cuota social".

ACTUALIZACION DE DOMICILIO

La distribución de nuestra revista tropieza con la falta de actualización de domicilio de los urólogos, especialmente del interior.

Solicitamos a todos los Jefes de Servicio y colegas en general que difundan nuestro pedido de actualización. Las rectificaciones deben comunicarse a nuestra sede.

COMITE COLEGIO ARGENTINO DE UROLOGOS

Se transcriben a continuación las normas para otorgar el título de Especialista y las de Recertificación.

TITULO DE ESPECIALISTA EN UROLOGIA

TITULO 1

Artículo 1. — Son requisitos indispensables:

- a) Solicitud de Inscripción.
- b) Presentar el título de Médico expedido por una Universidad del país o extranjera revalidado por organismo competente o fotocopia autenticada.
- c) Acreditar condiciones ético-morales mediante el aval de dos miembros titulares de la Sociedad Argentina de Urología o de dos urólogos de reconocida actuación en nuestro país, que puedan ser consultados por la Comisión Evaluadora. Estos urólogos, en número de dos, deberán colocar en la solicitud de inscripción: nombre y apellido, domicilio, teléfono y su firma.
- d) Dedicación a la especialidad.
- e) Curriculum Vitae, donde se hará constar preferencialmente sus antecedentes como urólogo.
- f) Certificado de tener una antigüedad mínima de cinco años, regular y continua como concurrente a un Servicio de Urología Universitario, Nacional, Municipal, Provincial, de las Fuerzas Armadas, de Seguridad, Policial, Privados de Colectividades, Ferroviario Central, Bancario y Penitenciario Nacional, y/o certificado de Residencia Completa en Urología de tres años de duración, que deberá ser aprobada por el Comité de Residencias.

TITULO 2

Artículo 1. — La evaluación se efectuará mediante una entrevista y prueba escrita y, en caso de duda, examen oral.

Artículo 2. — Los resultados serán comunicados por escrito a los postulantes y los mismos serán inapelables.

Artículo 3. — Los postulantes podrán solicitar copia del Acta de Examen.

Artículo 4. — Los postulantes deberán abonar un arancel que la Sociedad Argentina de Urología establecerá cada año.

Artículo 5. — El postulante que no apruebe el examen podrá volver a rendirlo el año siguiente. La Comisión Evaluadora aconsejará a este las rotaciones por determinadas sub-especialidades para completar su formación.

Artículo 6. — A los cinco años los especialistas deberán realizar una entrevista personal y actualizar el Curriculum para determinar su reválida.

TITULO 3

CATEGORIAS

Artículo 1. — El postulante que apruebe el examen recibirá el título de Especialista en Urología de la Sociedad Argentina de Urología.

Artículo 2. — Al cumplir los cinco años de haber obtenido el título de Especialista, el postulante podrá presentarse a nueva evaluación para obtener el título de Especialista Jerarquizado y a los diez años de la obtención de este título podrá presentarse para obtener el título de Especialista Consultor.

Artículo 3. — El postulante —para obtener el título de Especialista Jerarquizado o Consultor— además de la solicitud deberá presentar un Curriculum Vitae actualizado cuyo puntaje será valorado, lo mismo que la antigüedad como urólogo (mínimo diez años Jerarquizado y veinte años para Consultor).

Artículo 4. — Los Profesores Titulares, Adjuntos, Docentes Autorizados de las Universidades estatales o privadas reconocidas, deberán presentar la solicitud y el Curriculum Vitae siendo eximidos del examen evaluatorio. La Comisión Evaluadora determinará la categoría a otorgarse.

Artículo 5. — Los Jefes de Servicio de Urología reconocidos por los Ministerios de Salud y Medio Ambiente y/o por la Comisión Evaluadora de la Sociedad Argentina de Urología serán equiparados en sus derechos equivalentes al artículo 4.

Artículo 6. — El urólogo que posea el título de Especialista otorgado por entidades médicas o sociedades científicas que tengan reciprocidad con la Sociedad Argentina de Urología serán equiparados en sus derechos al artículo 4. Igualmente lo serán quienes tengan título otorgado por una institución reconocida mundialmente.

REGLAMENTO DEL PROGRAMA DE RECERTIFICACION

Artículo 1. — El postulante deberá elevar una solicitud a la Sociedad Argentina de Urología, donde consten:

- a) Datos de filiación personal.
- b) Matrícula Profesional y fecha de egreso de la Facultad de Medicina. Títulos.
- c) Actividad institucional pública o privada, estipulando el nombre del Centro Asistencial, Servicio, cargo ocupado, etc. y fecha en que se desempeñó. Estos datos se presentan a modo de declaración jurada y corresponden a los últimos cinco años.
- d) Nombre y apellido de dos Miembros Titulares de la Sociedad Argentina de Urología que tengan conocimiento directo y reciente del postulante, o dos urólogos de reconocida actuación en nuestro país.
- e) Deberá abonar el Arancel que la Sociedad Argentina de Urología fijará cada año.
- f) Presentará un informe de su actividad quirúrgica durante el último año, certificado por su jefe inmediato.

Artículo 2. — Se adjuntará un Curriculum completo, donde se marcará y hará resaltar la actividad de los últimos cinco años. Dichos antecedentes constarán de:

- a) Trabajos científicos y publicaciones realizadas.
- b) Actividad de actualización y perfeccionamiento. Cursos.
- c) Participación como expositor en actividades de actualización y perfeccionamiento de pre y post grados.
- d) Concurrencia a Congresos, Jornadas, Sociedades Científicas, etc.
- e) Participación activa en Congresos, Jornadas, Sociedades Científicas, etc.
- f) Actividad docente.
- g) Becas. Premios.

Artículo 3. — Con posterioridad a la Recertificación, en el caso de estar en condiciones de pasar a la categoría inmediata superior antes del Curso Anual de la Sociedad Argentina de Urología, el aspirante podrá elevar al Comité Colegio Argentino de Urólogos una solicitud estipulando su deseo de promoción y declarando bajo juramento que continúa en la misma actividad y ritmo de trabajo que desarrollaba al momento de recertificarse.

Artículo 4. — Queda sujeto al Comité Colegio Argentino de Urólogos la ponderación de otras actividades como supletorias de los requerimientos básicos, si así lo considera conveniente en la consideración de casos particulares. El Comité Colegio Argentino de Urólogos podrá denegar una recertificación, a pesar de cumplirse los requisitos básicos por parte del solicitante, con juicio justificado y escrito, contando con la unanimidad de sus integrantes. De la misma manera podrá denegar una solicitud de doble Especialidad. La última instancia de apelación por parte del solicitante con recertificación denegada será la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Urología.

PROXIMAS FECHAS DE EVALUACION DEL COMITE COLEGIO ARGENTINO DE UROLOGOS

Título de Especialista:

La próxima fecha de Evaluación será abril de 1993 durante el Curso de Avances.

INFORMES Y CONSULTAS:

Comité "Colegio Argentino de Urólogos" en la Sociedad Argentina de Urología
Combate de los Pozos 246 - 1º "5", Buenos Aires (1080) República Argentina.
Teléfonos: 40-9933 y 476-4976 - Fax: 476-4976

FE DE ERRATAS

Volumen 57 - Número 3 - Año 1992

Pág. 111 - Donde dice: "El hecho de que existiera...", debe decir "El hecho de que no exista...".

Donde dice: "...concuerdas con la variada bibliografía..." debe decir "...no concuerda con la variada bibliografía..."

CURSO INTERNACIONAL DE UROLOGIA PROGRESOS EN UROLOGIA '93

Se realizará en Barcelona, España, del 15 al 18 de Marzo de 1993, con la dirección del Dr. J. M. Saladie Roig y organizado por el Instituto Catalá de la Salut-Hospital Universitario "Germans Trias i Pujol", Servicio de Urología y Unidad de Cirugía del Transplante, con la colaboración de los Servicios de Urología de los hospitales "Nuestra Señora de la Esperanza" (D. J. J. Ballesteros) de Barcelona, "Miguel Servet" (Dr. L. A. Rioja) de Zaragoza y "La Fe" (Dr. J. F. Giménez Cruz) de Valencia.

Secretaría: Suport Serveis S.A. - París 150 - 08036 Barcelona, España - Tel. (93) 3226554 / Fax: (93) 4109742

CORREO ELECTRONICO (BBS)

Se encuentra instalado y funcionando en nuestra sede en el número telefónico 40-9933, accediendo al mismo vía MODEN con su propia PC, usted podrá tener intercambio de correspondencia personal y privada con la Sociedad o con otros colegas.

También, y fundamentalmente, solicitar información bibliográfica de nuestro sistema de lector laser y encontrar, a "vuelta de correo" electrónico, las citas solicitadas con su correspondiente "abstract". Las fichas se transfieren a su propia PC en pocos minutos, y Ud. podrá realizar búsquedas y selecciones e imprimirlas o seleccionar e imprimir citas bibliográficas sin necesidad de escribirlas.

Para tener acceso al sistema comunicarse con el sysop (Sistema Operativo) Bernardo, quien lo incorporará, le dará su número, su clave y su nivel de acceso y podrá retirar el manual del usuario del BBS.

El horario de funcionamiento del BBS será de 20 a 10 horas del día siguiente los días hábiles y las 24 horas los feriados. El contacto vocal con sysop de 15 a 20 horas de lunes a viernes.

Combate de los Pozos 246 - 1er Piso - Depto. 5 - (1080) Capital Federal - Buenos Aires, Argentina
Tel. 40-9933 / 476-4976 - Fax: 476-4976 - BBS: 40-9933

SAU

BECAS OFRECIDAS A TRAVES DE LA CONFEDERACION AMERICANA DE UROLOGIA

- 1) HOPITAL BICHAT, Paris, Francia. Jefe: Profesor L. Boccon-Gibod; 1 año de duración. Conocimientos de francés.
- 2) UNIVERSITE DE RENNE, Francia. Jefe: Profesor B. Lobel; 1 año de duración. Conocimientos de francés.
- 3) CENTRE MEDICO-CHIRURGICALE DE LA PORTE DE CHOISY, París, Francia. Jefe: Profesor J. M. Brisset. Duración 3 a 6 meses. Conocimientos de francés.
- 4) ST. JAMES' UNIVERSITY, Leeds, Inglaterra. Jefe: Profesor Philip Smith. Duración 1 año. Conocimientos de inglés.
- 5) VANDERBILT UNIVERSITY, Nashville, Tennessee, USA. Jefe: Profesor Joseph Smith. Conocimientos de inglés.
- 6) JAPANESE FOUNDATION FOR RESEARCH 7 PROMOTION OF ENDOSCOPY, Tokyo, Japón. Duración: 3 semanas. Idioma inglés. Perfeccionamiento en Endourología.
- 7) NIJMEGEN UNIVERSITY, Holanda. Jefe: Profesor Frans Debruyne. Duración: 1 año. Conocimientos de inglés.
- 8) UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES, Hopital Erasme, Bélgica. Jefe: Profesor C. Shulman. Duración: 1 año. Conocimientos de francés.
- 9) UNIVERSITE DE STRASBOURG, Hopital Civil, Francia. Jefe: Profesor Claude Boilack. Conocimientos de francés.
- 10) HOSPITAL UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA, España. Jefe: Profesor J. Valdivia Uría. Duración: 2 meses. Tema: Endourología. Idioma: Español.
- 11) POLICLINICO VIGO, Vigo, España. Jefe: Dr. E. Zungri. Duración: 1 año. Tema: Urología general. Idioma: Español.
- 12) AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION. Beca de viaje por 6 meses con estadías en tres Servicios de Urología a partir de julio de 1993. Idioma: inglés. Se ofrece alojamiento con pensión y u\$s 2.500.

Para su inscripción, enviar los siguientes datos por TRIPLICADO:

- a) CURRICULUM VITAE del candidato.
- b) CARTA de presentación del Jefe del Servicio donde trabaja actualmente.
- c) CARTA de presentación del representante de la CAU en su país de origen.
- d) CARTA personal en el idioma del país que requiere, donde el candidato se presenta como ser humano integral con sus intereses dentro y fuera de la Urología, hobbies, vida familiar, planes para el futuro, etc.
- e) Prueba de conocimiento de idioma (TOEFL, Alliance Française, etc.)
- f) Edad máxima: 40 años, excepto en Becas 3 y 6.
- g) Los trámites llevan tiempo, por lo que se requiere empezar con antelación.

LOS INTERESADOS PODRAN RECABAR MAS INFORMACION A:

Dr. León Bernstein-Hahn, presidente de la CAU.
Casilla de Correo 188, Sucursal 26,
(1426) Buenos Aires, Argentina, Fax: (541) 783-4039

o

Dr. Carlos Vargas C., Asociación Médica de los Andes,
Cra. 9 #117-20 Bogotá, Colombia,
Fax: (571) 212-2458

**NUEVAS AUTORIDADES
DE LA CONFEDERACION
AMERICANA DE UROLOGIA**

**COMISION DIRECTIVA
1992-1994**

Presidente

Dr. LEON BERNSTEIN-HANN (Argentina)

Presidente Electo

Dr. CARLOS GARCIA IRIGOYEN (México)

Secretario General

Dr. NELSON RODRIGUES NETTO jr. (Brasil)

Pro-Secretario

Dr. PAULO AUGUSTO NEVES (Brasil)

Tesorero

Dr. SAMI ARAP (Brasil)

Pro-Tesorero

Dr. RENATO YAMADA (Brasil)

Director de Post-Grado

Dr. JORGE LOCKHART (EE.UU.)

Director de Ed. Med. Continua

Dr. CARLOS VARGAS (Colombia)

Director del Boletín

Dr. MIGUEL COELLO (Ecuador)

Director de la Revista

Dr. PAUL ESCOVAR (Venezuela)

Consultores:

Dr. LUIS RODRIGUEZ DIAS (Venezuela)

Dr. VICTOR POLITANO (EE.UU.)

Dr. ALFREDO KAUFMAN (Venezuela)

Dr. HERNAN CARRION (EE.UU.)

SAU

INDICE TEMATICO Y DE AUTORES DEL TOMO 57, AÑO 1992

INDICE Nº 1

III Editorial

IV Normas de Publicación

Trabajos Originales

- 1 Detubulización de la operación de Camey. Nueva técnica: ileo-ileocistoplastia.
Dres. Metz, L. M.; Fayad, E. J.; Romano, V.; Urrutia, J.; Ekizian, D.; Alonso, J. C.
- 6 Tratamiento esclerosante con tetraciclinas en hidroceles.
Dres. Capuya, G.; Turina, E.; Frenkiel, R.; Sember, M.; Bernstein Hahn, L.
- 8 Monoterapia con antiandrógenos en cáncer avanzado de próstata: variaciones de la testosterona sérica y de la histología testicular.
Dres. Turina, E.; Yllescas, E.; Bernstein Hahn, L.
- 13 Nefrostomías percutáneas. Experiencias en cinco años.
Dr. Rizo, M. A.
- 17 Neoplasias malignas de vejiga poco frecuentes.
Dres. Coimbra Ferrari, F.; Morelli, A.; Momesso, A.; Scorticatti, C.

Trabajos de Actualización

- 23 Varicocele. Protocolo diagnóstico y terapéutico.
Dres. Gómez, E. J. C.; Jeamaire, E.; Lazzarini, H.; Mazza, O. N.; Rey Valzacchi, G.; Rosenfeld, C. y Vázquez, J.
 - 25 Enfermedad de la Peyronie.
Dr. Graziano, C. A.
 - 28 H. P. V. en el hombre.
Dres. Bernstein Hahn, L.; Ekizian, D.; Retaudi, A.
 - 30 Evaluación diagnóstica en el paciente con disfunción sexual eréctil (Revisión de la fisiología y metodologías adoptadas).
Dres. Bechara, A. J.; Casabe, A. R.; Wizenberg, P.; Romano, S. V.; García Penela, E.; Cheliz, J.; Graziano, C.; Rey, H. M.; Fredotovich, N.
- #### *Comunicación de Casos*
- 38 Paraganglioma vesical (Feocromocitoma).
Dres. Malagimo, H.; Ricart, J. M.; Costa, M.; Hernández, R.; Kobelinsky, M.; Ozon, A.; Gargiulo, C.; Miranda, C.; Aldaya, P.; Cuevas, J.
 - 41 Adenocarcinoma vesical a células en anillo de sello.
Dres. Santucho, N.; Rimoldi, L. D.; Germino, N. I.
 - 42 Homenaje a la Urología Francesa.
- ### VI Noticias de la S.A.U.

INDICE Nº 2

XI Editorial

XVI Normas de Publicación

Trabajos Originales

- 47 Enterocistoplastia de ampliación para el tratamiento de la vejiga neurogénica.
Dres. Becher, E.; Mobilia, O.; Angeloni, R.; Labrador, J.; Ramírez, D.; Guzmán, J. M.
- 52 Estudio urodinámico comparativo: Su relación con el adenoma y el cáncer de próstata.
Dres. Roman, J. A.; Secchil, A.; Aza Archetti, C.; Massa, M.; Pucinsky, A.

Trabajos de Actualización

- 54 Incontinencia de orina en geriatría.
Dres. Guzmán, J. M.; Mobilia, O.; Becher, E.; Ramírez, D.

68 Lo que el cólera nos enseña.

Dres. Cassetti, L.; Androozzi, J.; Stambouljan, D.

Trabajos de Investigación Experimental

70 Efectos tisulares de las ondas de choque en un tratamiento standard con equipo Lithostar en animales de experimentación.

Dres. Daels, P.; Damia, O.; Guglio, G.; Pusarelli, S.; Jaen, A.; Schiappapietra, J.

Comunicación de Casos

72 Litiasis vésico-uretral de 800 gramos.

Dres. Guastavino, R.; Blanc, G.; Dalul, A.; Champeau, E.; Strada, M.; Nerac, F.

76 Cuerpos extraños en vejiga.

Dres. Monsalve, J. D.; Duro, J. A.; Quintana, R. M.

78 Fichas Bibliográficas

XV Noticias de la S.A.U.

XXIII Correo de Lectores

INDICE Nº 3

XXI Editorial

XXVIII Normas de Publicación

Trabajos Originales

83 Antígeno prostático específico: Revisión de 80 pacientes.

Dres. Romanelli, F.; Alvarez, F.; Baccini, C.; Piaggio, N. y Bogado H. Barbieri, O. A. y Gentili, R.

88 Fístulas vésico-vaginal: nuestra experiencia en un año.

Dres. Monsalve, J. D.; Sicher, R.; Quintana, R. M.

90 Tratamiento quirúrgico de la fístula vésico-vaginal con la técnica preconizada por Shlomo Raz.

Dr. Fasola, J.

94 Variación del flujo urinario provocada por el catéter trans-uretral en los registros urodinámicos.

Dres. Romano, S. V.; Marino Ruiz, J.; Villar, G.; Solari, J. J.

97 Nuestra experiencia en 214 adenomectomías.

Dres. Romanelli, F.; Alvarez, F.; Baccini, C.; Piaggio, N. y Bogado, H.

100 Evaluación del Rigiscan en el diagnóstico de la disfunción sexual eréctil.

Dres. Bechar, A. J.; Casabe, A. R.; Wizenberg, P.; Bantar, C. E.; Rovegno, A.; D'Osvaldo, C. L.; Rey, H. M.; Fernández, H.; Moccellini Iturralde, J. A.

104 Metodología de diagnóstico y tratamiento en el hombre con HPV genital.

Dres. Momesso, A.; Bernardo, H.; Garrido, G.; Labrador, J.; Comes, M.; De la Torre, G.; Charytoniuk, S.; Scorticatti, C.; López, M.; Suárez, P.

108 Tratamiento radiante externo en tumores de próstata estadios A y B.

Dres. Caponi, H.; Frattini, G.; Varea, S.; Biraben, M.; Braschi, J. C.

113 Radioterapia en el carcinoma transicional de vejiga invasor de músculo.

Dres. Frattini, G.; Battista, N.; Caponi, H.; Varea, S.; Fernández, M.; Rodríguez Cónsoli, J.

118 Nuestra experiencia en tuberculosis urogenital.

Dres. Pautaso, O.; Marengo, Masco, A.; Riberi, A.

Trabajos de Actualización

121 Ecografía transrectal de la próstata.

Dr. Fanti, J. E.

127 Tratamiento del carcinoma transicional de vejiga (T2-T3).

Dres. Bellora, O.; Coimbra Ferrari, F.; Montes de Oca, L.; Rozanec, J.; Triño, M.; Goldfarb, A.; Sparrow, C.; Scorticatti, C.

Comunicación de Casos

129 Hemorragia retroperitoneal espontánea. Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Dres. Rebaudi, D. S.; Furattini, M. C.; Klimovsky, S. R.; Prezas, J. L.; Speiser, E.

XXIX Comentarios de Trabajos

XXIII Noticias de la S.A.U.

INDICE Nº 4

XXXVII Editorial

XXXVIII Normas de Publicación

Trabajos Originales

- 135 Tumor de células intersticiales de testículo.
Dres. Villamil, A.; Mundo, M. E.; Lema, B.
- 140 Erecciones matinales: su utilidad en el diagnóstico y en la elección de un método complementario para el estudio de la disfunción sexual eréctil.
Dres. Casabe, A.; Bechara, A.; Romano, S.; Bantar, C.; Fredotovich, N.
- 143 Cáncer de testículos. Análisis retrospectivo.
Dres. Beckerman, A.; Pardo, L.
- 146 Nefrostomía percutánea: nuestra experiencia.
Dres. de Loyola, M.; Cajiao, P.; Gamba, M.; Pagano, J.; Rebaudi, S.
- 150 Infección urinaria nosocomial.
Dres. Godino, S. D.; Barberis, I. L.; Pascual, L.

Trabajos de Actualización

- 153 Las manifestaciones urológicas de la infección por HIV.
Dr. Prof. Boccon-Gibod, L.
- 155 La pielonefritis aguda sin obstáculo del adulto.
Dr. Prof. Boccon-Gibod, L.
- 156 Cirugía de la uretra membranosa.
Dr. Prof. Boccon-Gibod, L.
- 158 La enterocistoplastia de sustitución post-prostatocistecomía total por tumor de vejiga: las posibilidades actuales.
Dr. Prof. Boccon-Gibod, L.

XXXIX Comentarios de Trabajos

XLIV Noticias de la S.A.U.

XLXI Índice Temático y de Autores del tomo 57

INDICE DE AUTORES

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| ALDAYA, P., 38 | CAJEAO, P., 146 | EKIZIAN, D., 1, 28 |
| ALONSO, J. C., 1 | CAPONI, H., 108, 113 | FANTI, J. E., 121 |
| ALVAREZ, F., 83, 97 | CAPUYA, G., 6 | FASOLA, J., 90 |
| ANDREOZZI, J., 68 | CASABE, A. R., 23, 30, 140 | FAYAD, E. J., 1 |
| ANGELONI, R., 47 | CASSETTI, L., 68 | FERNANDEZ, M., 113 |
| AZA ARCHETTI, C., 52 | COIMBRA FERRARI, F., 17, 127 | FRATTINI, G., 108, 113 |
| BACCINI, C., 83, 97 | CORMES, M., 104 | FREDOTOVICH, N., 30, 88 |
| BANTAR, C. E., 100, 140 | COSTA, M., 38 | FRENKIEL, R., 6 |
| BARBERIS, T. L., 150 | CUEVAS, J., 38 | FURATTINI, M. C., 129 |
| BARBIERI, C. A., 83 | CHAMPEAU, E., 72 | GAMBA, M., 146 |
| BATTISTA, N., 113 | CHARYTONIUK, S., 104 | GARCIA PENELA, E., 30 |
| BECHARA, A. J., 30, 140 | CHAMPEAU, E., 72 | GARGIULO, C., 38 |
| BECKERMAN, A., 143 | CHELIZ, J., 30 | GARRIDO, C., 104 |
| BELLORA, D., 127 | DAELS, P., 70 | GENTILI, R., 83 |
| BIRABEN, M., 108 | DALUL, A., 72 | GERMINO, N. I., 41 |
| BLANC, G., 72 | DAMIA, O., 70 | GODINO, S. D., 150 |
| BOCCON-GIBOD, L., 153, 155, 156, 158 | DE LA TORRE, G., 104 | GRAZZIANO, C. A., 25, 30 |
| BOGADO, H., 83, 97 | D'OSVALDO, C. L., 100 | GOLDFARD, A., 127 |
| BRASCHI, J. C., 108 | DURO, J. A., 76 | GOMEZ, E. J., 23 |

GUASTAVINO, R., 72
 GUGLIO, E., 70
 GUZMAN, J. M., 47
 HERNANDEZ, R., 38
 JAEN, A., 70
 JEAMAIRE, E., 23
 KLIMOVSKY, S. R., 129
 KOBELINSKY, M., 38
 LABRADOR, J., 47, 104
 LAZZARINI, H., 23
 LEMA, B., 135
 LOPEZ, H., 104
 LOYOLA, M., 146
 MALAGIMO, H., 38
 MARENGO, R., 118
 MARINO RUIZ, J., 94
 MASCO, A., 118
 MASSA, M., 52
 MAZZA, O. N., 23
 METZ, L. M., 1
 MIRANDA, C., 38
 MOBILIA, O., 47, 54
 MONSALVE, J. D., 76, 88
 MONTES DE OCA, L., 127
 MOMESSO DE OCA, L., 127
 MORELLI, A., 17
 MUNDO, M. E., 135
 NERAC, F., 72
 OZON, A., 38
 PAGANO, J., 146
 PARDO, L., 143
 PASCUAL, L., 150
 PAUTASO, O., 118
 PIAGGIO, N., 83, 97
 PRESAS, J. L., 129
 PUCINSKY, A., 52
 PUSSARELLI, S., 70
 QUINTANA, R. M., 76, 88
 RAMIREZ, D., 47, 54
 REBAUDI, A., 28
 REBAUDI, D. S., 146
 REY VALZACHI, G., 23
 RIBERI, A., 118
 RICART, J. M., 38
 RIMOLDI, L. D., 41
 RIZZO, M. A., 13
 RODRIGUEZ CONSOLI, J., 113
 ROMAN, J. A., 52
 ROMANELLI, F., 83, 97
 ROMANO, V., 1, 30, 140
 ROSENFELD, C., 23
 ROZANEC, J., 127
 SANTUCHO, N., 41
 SCHIAPPAOIETRA, J., 70
 SCORTICATTI, C., 17, 104, 127
 SECCHIL, A., 52
 SEMBER, M., 6
 SICHER, R., 88
 SOLARI, J. J., 94
 SPARROW, C., 127
 SPEISER, E., 129
 STAMBULIAN, D., 68
 STRADA, M., 72
 SUAREZ, P., 104
 TRIGO, M., 127
 TURINA, E., 6, 8
 URRUTIA, J., 1
 VAREA, S., 108, 113
 VILLAMIL, A., 135