

Hosp. Militar Tucumán. Serv. de Clín. Médica.
Jefe: Capitán Médico, Dr. Diógenes R. Rovella

DILATACION QUISTICA DEL EXTREMO VESICAL DEL URETER NUEVO SIGNO RADIOGRAFICO

Por el Dr. OSCAR ARMANDO FONIO

A pesar que la bibliografía cuenta con muchas observaciones, esta interesante anomalía no es frecuente, por lo que pienso que todo nuevo hallazgo merece ser divulgado.

El caso que corresponde a la presente comunicación, que me recuerda el descrito por el doctor G. Lagleyze, publicado en la Revista de nuestra Sociedad, correspondiente a los Nos. 3 y 4 del año 1938, tiene por sí mismo a mi modo de ver, un doble motivo de interés:

1º) De larga y silenciosa evolución, como es lo corriente, se ha mantenido asintomático hasta el momento que en forma repentina provoca una retención completa de orina.

2º) Por las tan demostrativas urografías, que con sólo ellas pudimos fundamentar el diagnóstico.

Se trata del soldado conscripto A. C., clase 1927, unidad de origen R. 19 de Infantería, sub unidad 6ª Cía., de 20 años de edad, soltero, cuya ocupación en la vida civil era de jornalero; nacido en el lugar de su residencia "Los Juárez", Dpto. de Leales, Pcia. de Tucumán, el 12 de agosto de 1927.

Ingresa al servicio militar con un peso de 56½ kilos, talla de 1,68 mts., perímetro torácico de 82 cms. y un índice de Pignet de 29,5.

El 5-II-1948. Mantoux al 1:1000 con resultado negativo y dos días después al 1:100 positiva (---).

Vacunación: antivariólica percutánea, 20-II-948, negativa. Mixta, 1ª dosis subcutánea (5-III-948), reacción local y general positiva; 2ª dosis subcutánea (20-III-948), reacción local (+) y general (---).

El 6-VII-948, da parte de enfermo siendo atendido en la enfermería de la unidad y es evacuado el día siguiente al Hospital Militar, para su observación y tratamiento.

Antecedentes hereditarios: Padres sanos. Seis hermanos sanos, uno falleció al parecer de bronconeumonía.

Antecedentes personales: Embarazo y parto ignora antecedentes. Paludismo a los 10 años que no se recidivó. Coqueluche a los 7 años. Sarampión hace dos meses, mientras en la unidad se desarrollaba una epidemia. Coriza repetidas veces.

A los 12 años sufrió una caída de caballo, golpeándose en la base hemitórax derecho y región lumbar del mismo lado; como consecuencia, esputos hemoptoicos y hematuria de poca intensidad y duración; a los tres días abandonó el lecho. Niega enfermedades quirúrgicas y venéreas. Fumador y bebedor de vino moderado. Exoneración intestinal diaria, sin trastornos. Alimentación mixta, suficiente.

Enfermedad actual: Comienza con tos seca, coriza, constipación, quebrantamiento general, sensación de fiebre y cefalea. Tres días después de iniciados estos síntomas, aparece dolor ligero en ambas regiones lumbares, dando parte de enfermo.

Estado actual (6-VII-948, a horas 20): Buen estado general y de nutrición; facies normal; pulso regular, igual, amplio, frecuencia de 68 por minuto; presión arterial, Mx. 120, Mn. 80; temperatura axilar 37°. Decubito activo. Sensorio despejado. Piel y faneras sin particularidades. Tejido celular subcutáneo normal. Sistema ganglionar: micropoliadenopatía.

Cabeza: cráneo sin anomalías; ojos: conjuntivitis congestionadas; oídos bien; boca: labios secos, mucosas rojas ligeramente secas; ístmo de las fauces congestionado (faringitis); nariz: coriza.

Cuello: nada de anormal.

Tórax: sin deformaciones, elástico, excursiona bien con los movimientos respiratorios. *Pulmones y pleura:* inspección, palpación y percusión nada de anormal; auscultación: respiración ruda en ambos pulmones. *Corazón:* normal.

Abdomen: a la inspección ligeramente distendido a nivel de la zona hipogástrica; a la palpación, paredes tónicas y depresibles; en región hipogástrica acusa dolor discreto y se palpa globo vesical, la presión acentúa la sensación dolorosa y produce deseo de orinar insatisfecho; no orina desde hace 10 horas.

La presión en región lumbar derecha, sobre todo a nivel del punto costovertebral provoca dolor. Puño percusión positiva en lado derecho.

Genitales externos: normales.

Sistema nervioso: normal.

Aparato locomotor: normal.

Evolución: 7-VII-948, pulso regular, rítmico, igual, tenso, amplio, frecuencia de 80 por minuto. Presión arterial Mx. 120, Mn. 70. El cuadro no se modifica, continúa con dolor hipogástrico. Poco después de media noche, orina espontáneamente, emitiendo en una sola micción alrededor de un litro de orina. Se solicita examen al urólogo.

8-VII-948. Con los antecedentes referidos procedí al examen urológico clínico, constatando únicamente puntos renales y ureterales del lado derecho, ligeramente dolorosos. El dolor hipogástrico y globo vesical habían desaparecido y el enfermo orinaba espontáneamente sin anomalías. La orina era de aspecto normal, límpida y la cantidad eliminada de 1600 c.c. Solicité análisis de orina completo y pielografías por eliminación.

9-VII-948. *Análisis de orina:* color ámbar, sedimento escaso, reacción ácida, densidad 1023; de elementos anormales, únicamente vestigios de albúmina; al examen microscópico,

escasas células epiteliales; escasos leucocitos normales, raros hematíes y escasas granulaciones de urato ácido.

El enfermo continúa muy bien, orina sin anomalías 1600 c.c. en las 24 horas.

10-VII-948: mismo estado, orina 1500 c.c.

12-VII-948: El examen de las pielografías obtenidas previa inyección endovenosa de Nosylan revelaba ptosis renal y estasis evidente de las vías de excreción del lado derecho; marcada dilatación pielocalicilar y del uréter llamando sobre todo la atención el gran calibre de este último que resultaba un verdadero megaureter y especialmente su extremidad inferior



Figura 1



Figura 2

de forma ovoidea y terminación ciega, dándome la impresión que nos encontrábamos frente a un caso de dilatación quística.

Como los urogramas eran defectuosos por marcada aerocolia, solicité se repitieran.

La observación de las nuevas urografías nos demuestra:

1er. urograma (Radiografía N° 1), a los 5 minutos de la inyección de Nosylan: imagen renal izquierda, pelvis y cálices de tamaño y forma normales y posición un poco baja, ya que el borde del polo inferior se encuentra a la altura de la 4ª vértebra lumbar y la pelvis por debajo del cuadrilátero de Bazy-Moyrand. La silueta renal derecha de tamaño aumentado y descendida, su polo inferior toca la cresta ilíaca. Masas de orina opaca ocupan los cálices distendidos superior e inferior; las imágenes piélica y calicial media son mucho menos densas, pero también se muestran dilatadas y entre las apófisis transversas correspondientes a la 3ª y 3ª vértebras lumbares.

2º urograma (Radiografía N° 3), a los 30 minutos: las imágenes son aún más nítidas y el megaureter más marcado ya que su diámetro antes de su extremidad inferior llega a los

2 ctms., en cambio las dimensiones de la ampolla terminal son menores que el 2º urograma (40 × 30 milímetros).

El 19-VII-948, procedí a practicar un examen cistoscópico. Gran capacidad vesical que alcanzó a 1050 c.c.; mucosa vesical de aspecto normal: orificio ureteral izquierdo, normal, en posición de las 4 horas; a nivel de la zona correspondiente al meato ureteral derecho, notábase una tumoración esferoidea que abarcaba varios campos cistoscópicos: su base de implantación amplia, sesil; su pared lisa, brillante, translúcida, surcada de vasos; animada de movimientos de distensión rítmicos, intermitentes, alcanzando en el momento de mayor tamaño a cubrir



Figura 3

el meato ureteral izquierdo y que al disminuir su volumen, en ningún momento se aplastaba ni quedaba flácida. En la parte media de la tumoración, se pudo reconocer la pequeña desembocadura del uréter.

22-VII-948: Confirmada la presunción diagnóstica con el examen endoscópico, decidí practicar la electrocoagulación, que hube de postergarla dado el escaso calibre del meato uretral, que no permitiría la introducción del cistoureteroscopio operador, razón por la cual me limité en ese momento a practicar una meatotomía a galvanocauterio, previa anestesia local infiltrativa con solución de novocaína al 1 %.

23-VII-948: El enfermo aqueja dolor difuso en ambas regiones parotídeas, observándose las mismas tumefacciones y con temperatura subfebril. Diagnosticase "fiebre urliana a loca-

lización parotidea" y se dispone el traslado a la Sala III (Servicio de enfermedades infecto-contagiosas).

Neumocistografías: A los efectos de visualizar aún mejor la porción inferior del uréter y la dilatación pseudoquística de su extremo, practicamos nueva urografía con neumovejiga. La imagen que mostramos (radiografía Nº 4), en proyección vesical posterior, fué obtenida a los 35 minutos de la inyección de Nosylan y previa insuflación de vejiga con aire. luego de evacuar la orina. Finalmente la neumocistografía siguiente (radiografía Nº 5), fué obtenida en proyección vesical oblicua derecha posterior y muestra la silueta quística superpuesta a la ascendente del uréter.

9-VIII-948; Restablecido de su parotiditis que evolucionó en forma muy benigna y



Figura 4



Figura 5

cumplido un período prudencial de aislamiento, el enfermo se reintegra al Servicio de la Sala I.

10-VIII-948: Practiqué electrocoagulación endoscópica perforante de la bolsa quística a nivel de meato ureteral, observándose un brusco descenso de la tumoración a consecuencia de la evacuación de su contenido en vejiga. Postoperatorio sin anormalidades.

CONSIDERACIONES.

El síndrome de retención aguda de orina que nuestro enfermo acusó el día 6 de julio ppdo., se explica fácilmente a mi concepto, por obstáculo mecánico a la salida de la orina, debido a que en un momento dado el pseudo quiste, por oclusión transitoria del pequeño meato ureteral, aumento de tamaño y actuó como sopapa sobre el cuello vesical.

La distensión aguda que contemporáneamente experimentaron uréter, pelvis y cálices, justifican así mismo los dolores lumbares, como los puntos renales y ureterales constatados y la puño percusión positiva.

De gran valor como signo radiológico de dilatación quística de extremo vesical de uréter es a mi criterio, la diferencia en las dimensiones de la silueta ampuliforme terminal, que hemos observado en los urogramas 2º y 3º, como también se evidencia aunque tomados en diferentes proyecciones, en los neumocistogramas; ello se explica por haber sido radiografiado el quiste en distintos períodos de tensión. Este signo radiográfico, que no he encontrado descripto hasta ahora, es equivalente a los movimientos de distensión que se observan durante el examen cistoscópico.

CONCLUSIONES.

La observación de dilatación quística de extremidad inferior de uréter que hemos comentado, la conceptúo doblemente interesante:

1º) Porque nos ha conducido a su diagnóstico una complicación poco común, cual es, un síndrome de retención aguda de orina.

2º) Porque nos brinda la oportunidad de demostrar la importancia de la urografía de excreción como medio de diagnóstico de la curiosa anomalía en cuestión, ofreciéndonos hermosas imágenes que me atrevo a considerar patognomónicas, ya que permiten basarnos exclusivamente en ellas para arribar al diagnóstico, contrariamente a la afirmación que encontramos en tratados, monografías o comunicaciones, que a él se llega únicamente por cistoscopia.

DISCUSIÓN.

Dr. Irazú. — *Tengo interés en preguntarle al doctor Fonio, que ha presentado este trabajo tan bien documentado, si realizó previamente una radiografía simple de control y qué imagen le dió, en caso afirmativo.*

Dr. Fonio. — *No se vió nada.*

Dr. Irazú. — *Es interesante en el sentido de establecer la etiopatogenia de esta dilatación quística, que debemos interpretarla posiblemente, como una lesión congénita. La verdadera etiopatogenia de estas dilataciones quísticas aún no ha sido establecida. Aquellos enfermos en que no hay una causa de litiasis, por ejemplo, favorece la formación del tumor. Por otra parte, el signo descripto por el doctor Fonio me parece muy interesante, al igual que el estudio radiológico para un acertado diagnóstico.*

Sociedad Argentina de Urología

PROYECTO DE REGLAMENTACION AL PREMIO

(aprobado reunión 22 de julio)

La Sociedad Argentina de Urología dispone la creación de un premio anual que se llamará "Premio Sociedad Argentina de Urología" que consistirá en la entrega en acto público de un diploma de honor que será otorgado al mejor trabajo.

Reglamentación: 1º) Para optar al premio los trabajos deberán ser inéditos y no haber sido presentados en parte alguna con ninguna finalidad antes que a la S. de U.

2º) Se considerará inscripto en el certamen a todos los socios que hayan presentado trabajos en el curso del año.

3º) Serán merecedores de premios los trabajos de Urología de orden clínico o quirúrgico, de investigación, o comprobación, o bibliografía, siempre que signifiquen un aporte personal de interés al tema que trate.

4º) La otorgación del premio la hará un jurado de tres miembros que serán: 1º, el Presidente de la Sociedad de Urología; 2º, el Prof. Titular de Clínica Urológica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires; 3º, un socio titular designado por sorteo.

5º) Serán suplentes de este jurado para el 1º el Vice, para el 2º un Profesor Adjunto, para el 3º otro miembro titular en ambos casos elegidos por sorteo efectuado por la mesa directiva.

6º) La elección será comunicada a los sorteados dentro de los otros quince días, a contar desde que la comunicación del sorteo les sea enviada. No haciéndolo así, se les considerará renunciantes y se procederá a reemplazarlos por sus suplentes, quienes estarán en iguales condiciones de trámite que los titulares. Los miembros del jurado son irrecusables y sus decisiones inapelables.

7º) Cada miembro del jurado formulará antes del 31 de marzo venidero, su *dictamen individual*, por escrito ante el presidente, indicando a su criterio, el mejor trabajo para el premio.

8º) Los trabajos que hubieran obtenido "*dictamen individual*" favorable de los miembros, quedarán desde ya consagrados al premio correspondiente. Si no quedara así adjudicado el premio, se convocará al jurado que deberá expedirse antes del 5 de abril debiendo concurrir la totalidad de sus miembros.

9º) Reunido el jurado, adjudicará el premio, procediendo por votaciones eliminatorias, entre los trabajos que hubieran obtenido algún "*dictamen individual*" favorable, no pudiendo dársele entrada a otros.

10º) El premio adjudicado se entregará en acto público, en la primera reunión que realice la Sociedad el próximo año. En dicho acto, el Presidente saliente, a cuyo periodo corresponden

al premio otorgado, dará cuenta de las actuaciones del jurado y hará la entrega antes de leer su memoria y transmitir la presidencia a su sucesor.

11º) La Mesa Directiva de la Sociedad, queda facultada para resolver cualquier cuestión relativa a estos premios no prevista en la presente reglamentación.

PROYECTO DE MODIFICACION DEL REGLAMENTO DE LA SOCIEDAD

(aprobado reunión 22 de julio)

Art. 11. — Serán Socios Adherentes los Socios de la Asociación Médica Argentina que así lo soliciten y sean nombrados por la Asamblea ordinaria de Socios Titulares, por mayoría de votos, previo informe favorable de la C. D.

Art. 13. — f) Deberán abonar la cuota anual correspondiente a la suscripción de la Revista de la Sociedad.

Art. 14. — f) Pagar una cuota correspondiente a la suscripción de la Revista de la Sociedad y con derecho a recibir la Revista.

Art. 15. — La Sociedad será dirigida por una Mesa Directiva que constara de un Presidente, un Vice Presidente, un Secretario y un Tesorero. El Presidente, y el Vice presidente durarán un año en sus funciones, eligiéndose anualmente un Vice presidente, que pasará automáticamente a Presidente en el ejercicio siguiente. El Secretario y el Tesorero durarán dos años en sus funciones.

Art. 34. — e) Por el producto de la cuota anual de los Socios Titulares, que será fijada en Cien pesos, previa autorización de la C. D. de la A. M. A.

PROYECTO DE MODIFICACION DEL REGLAMENTO DE LA REVISTA

Art. 6º — La Revista será distribuida gratuitamente entre los Socios honorarios, Titulares y correspondientes extranjeros.

Art. 7º — Los Socios Adherentes y correspondientes nacionales deberán abonar el importe de la suscripción de la Revista.

Art. 8º — El precio de suscripción de la Revista será fijada por la Mesa Directiva, previo informe del Comité de la Revista.

Art. 13. — El comité de la Revista está autorizado para cobrar los gastos de clichés y en caso de déficit podrá hacer un prorratio entre los autores para el pago de la Revista.

Art. 14. — La Revista podrá efectuar apartados de los trabajos científicos a los autores que así lo solicitan, siendo por cuenta de los mismos el pago de dichos apartados, de acuerdo con la tarifa que será fijada por la Mesa Directiva, previo informe del Comité de la Revista.

REVISTA DE REVISTAS

ARCHIVIO ITALIANO DI UROLOGIA

Mediciones cistométricas en el tratamiento del adenoma prostático con hormonoterapia testicular y mamaria. F. Renzo Banchieri. Archivio Italiano di Urología, V - XXII, pág. 84. 1947.

Con un comentario histórico sobre la cistometría y la parte que ha correspondido a los autores italianos en su desarrollo, se inicia este trabajo. Al determinar sus alcances y aplicaciones en la urología el articulista dice: "...la cistometría va adquiriendo un justo valor y está entrando en la práctica clínica como uno de los más importantes medios de investigación urológica". Analiza luego los fundamentos anatómofisiológicos de la cistometría así como los cistómetros usados corrientemente, para finalmente presentar el que emplea en sus observaciones. A continuación explica cuanto se encuentra en una cistometría normal, en la de las prostáticas y las variaciones que experimentan las curvas cistométricas de las prostáticas frotadas sucesivamente por extractos testiculares o de glándula mamaria. El aspecto más interesante de este trabajo, reside en las posibilidades que puede brindar la cistometría, como control de la eficacia de una terapéutica determinada sobre la función del músculo vesical.

A. Pajol

JOURNAL D'UROLOGIE

Sobre la prostatectomía aséptica. N. Hortolomei. G. Olanesco y C. Georgesco. Journal D'Urologie. T. 53, pág. 245, años 1946-47.

"La prostatectomía aséptica parecería ser una necesidad hacia la cual tiende la urología moderna con el fin de evitar los inconvenientes que acarrear las exploraciones instrumentales de las vías urinarias intempestivas a veces, los lavados vesicales en la fase postoperatoria y el drenaje hipogástrico. Así se expresan los autores a guisa de preámbulo del trabajo que presentan. Poco será lo que se consiga con la asepsia rigurosa, la infección sigue casi fatalmente a las exploraciones; la vejiga es un verdadero termostato que ofrece un excelente medio de cul-

tura a los gérmenes que se le introducen. Por las razones expuestas los articulistas han adoptado como tratamiento ideal del adenoma de la próstata la operación de Wilson Hay, denominada "Prostatectomía aséptica". Se debe entender por "Prostatectomía aséptica" una intervención que excluye la posibilidad de una infección por gérmenes patógenos venidos del exterior.

Los autores han operado últimamente 44 enfermos de adenoma prostático según la técnica descrita por Wilson Hay, de Manchester, publicada en el *British Journal of Surgery*, julio 1945, cuyos tiempos operatorios son los siguientes:

1º Cistotomía suprapúbica sin previa distensión de la vejiga por introducción de líquido: la incisión de la pared vesical sólo se hará después de la completa evacuación de la orina por punción o aspiración.

2º Enucleación del adenoma por la técnica clásica a la manera de Freyer:

3º Exposición de la logia prostática mediante un separador vesical a valvas:

4º Aspiración de los coágulos y hemostasia muy prolija por electrocoagulación de la logia prostática y de los bordes de la mucosa vesical:

5º Introducción de una sonda en la uretra por vía retrógrada intravesical, puesta a punto de la sonda bajo el control de la vista y abandono en la vejiga de 50 c.c. de solución de citrato de soda al 5 % estéril:

6º Cierre de la vejiga:

7º Sutura de piel con drenaje de la cavidad de Retzius mediante un tubo:

8º Aspiración por la sonda uretral del citrato y de los coágulos vesicales:

9º Reintroducción por la sonda de una nueva cantidad de 40 c.c. de la misma solución de citrato y oclusión de la sonda durante dos horas.

En resumen los dos puntos principales de retener en la "Prostatectomía aséptica" son: asepsia rigurosa y hemostasia perfecta.

Abundan los comentarios utilísimos vertidos por los autores con motivo del empleo de esta técnica, razón por la cual se justifica la lectura detenida de este interesante artículo. Terminan su exposición declarando que la "Prostatectomía aséptica" de Wilson Hay, representa el más quirúrgico de los métodos cruentos del adenoma de la próstata. Tiene como ventaja sobre los procedimientos clásicos el hecho de simplificar la evolución y los cuidados postoperatorios: reduce especialmente el porcentaje de morbilidad, acorta en mucho la duración de la hospitalización y aumenta notablemente las indicaciones operatorias.

A. Pujol.

Fisiología patológica y resultados de la nefrostomía. R. Auvigne y P. Viollet. Journal D'Urologie. T. 53, pág. 372, años 1946-47.

Es este un estudio conciso y completo del tema: nefrostomía o, más exactamente, pielostomía transrenal: se analizan las vías que se emplean corrientemente y sus indicaciones según el imperativo clínico y radiológico, a fin de exponer con claridad el problema de los autores dividen su comunicación en dos partes; en la primera extraen conclusiones prácticas y clínicas con respecto al drenaje transrenal. En las infecciones pielorreñales en general; en la litiasis en particular; y en las hidronefrosis. En la segunda parte establecen las deducciones fisiopatológicas, sobre todo las que se refieren al aparato excretor.

A. Pujol.

Significación de la hematuria en la tuberculosis renal. *René Küss.*
Journal D'Urologie. T. 53, pág. 297, años 1946-47.

La idea de que las hematurias puedan tener un valor pronóstico en la tuberculosis renal constituye el eje de este artículo.

El número de observaciones de tuberculosis hemorrágica observadas por el autor ascendieron a 74 y de ellas 52 fueron nefrectomizadas y sufrieron al estudio anatomopatológico del cual se extrajeron abundantes deducciones aplicables a la clínica. "El estudio anatomopatológico autoriza al autor a pensar que las lesiones tuberculosas que sangran, no son evolutivas y si lo son, lo hacen en escasa proporción. La hematuria tiene su origen en un tejido vascular de granulación neoformado o en la circulación perilesional conservada".

La hematuria sería la expresión del esfuerzo de cicatrización de la lesión; según el autor, ésta se encontraría atenuada pero no extinguida. En su opinión, sería probable que muchas hematurias conceptuadas como nefritis o pielonefritis hematóricas o hematurias criptogénicas, se deberían a la tuberculosis renal.

A. Pujol.

THE BRITISH JOURNAL OF UROLOGY

Incontinencia de esfuerzo. *Mortimer Redington* F. R. C. S. Londres. *The British Journal of Urology.* V. XX N°. 2, pág. 77. Junio 1948.

Describe el autor una operación que impropriamente denomina uretroplastia ya que la reconstrucción de la uretra no entra en juego y si una comprensión a manera de cincha con una sutura de hilo no reabsorbible o catgut grueso.

Antes de practicar su procedimiento fracasaban 30 % de estas intervenciones, después curó el 100 % de enfermas por lo que lo aconseja.

En síntesis es la modificación del procedimiento de Marión, con incisión transversal de la mucosa uterina próxima al meato y la separación de la misma del plano muscular de la vejiga a nivel del cuello. No menciona el autor si tracciona el cuello con tractor prostático, lo que es muy favorable.

El punto eje pasa por ambos bordes de mucosa vaginal, tomando de paso un punto fuerte muscular vecino al cuello vesical y que se anuda en la vecindad del meato uretral

J. Irazu.

LIBROS RECIBIDOS

Cirugía urinaria retropúbica. *Terence Millin.* Editorial Livingstone Ltd. Edimburg. 1 tomo con 206 páginas. 1947.

Creemos cumplir con un grato deber al comentar en esta sección el libro de Millin. Consta la obra de XXIII capítulos de verdadero interés para el urólogo, pero su mayor atractivo se encierra en el capítulo VIII que presenta el instrumental completo que él emplea en su nueva técnica; el IX en que describe la técnica con todos sus detalles; el X que puntualiza las unidades postoperatorias; el XII que sintetiza las dificultades operatorias según el autor de la técnica y el XIII en que se analizan las posibles complicaciones postoperatorias. Abundan los detalles personales dignos de ser conocidos, las observaciones inteligentes sobre viejos hechos clínicos que revelan constantemente al observador sagaz, plétórico de inquietud científica.

Es un libro digno de ser leído por todos los urólogos que deseen compenetrarse de la técnica operatoria retropúbica, según las directivas originales de Terence Millin.

A. Pujol

NOTICIAS VARIAS

NUEVOS MIEMBROS ADHIERENTES

Sesión 20 de mayo. Se incorpora al Dr. José Casal, reconociéndosele antigüedad al 21 de mayo de 1946, en que ingresó a la Asociación Médica Argentina.

Sesión 24 de junio. Se incorporan los Dres. José Nolasco, Julio A. Márquez Bustos, Carlos J. Gómez del Campo y Luis Pedro Ponte.

Sesión 26 de agosto. Se incorporan los Dres : Pedro Moreyra Bernan, de Córdoba; Roberto Luis Brianceschi, A. López Anaut, José Tomás Etehenique, Oscar C. Carreño, Héctor D. Muñoz. Raúl E. Urrejola y Rafael Lebrón Pagano, de Capital; José Jaime Crespo y Marco Antonio de la Vega, de Rosario.

MIEMBRO CORRESPONDIENTE NACIONAL

En la sesión del 24 de junio se incorpora como Miembro Correspondiente Nacional, al Dr. Oscar A. Fonio, de Tucumán.