VOL. Nº XXV JULIO - DICIEMBRE 1962 Nº 2

Revista Chilena de Urología

Organo Oficial de la Sociedad Chilena de Urología

FUNDADA EL AÑO 1925 — o — PUBLICACION CUATRIMESTRAL

Clasificador 510, Santiago de Chile

COMITE DE REDACCION:
DRES.: GUILLERMO ABUD - RAUL CASTRO VARELA - ALFREDO ITURRA P.
BENJAMIN TALLMAN V. - EDUARDO TALLMAN V.
DIRECTOR: DR. LUIS PACHECO DIAZ

SUMARIO

	Pág.
Homenaje a la memoria del Profesor Carlos Lobo-Onell	89
"Las gonadotrofinas en las afecciones urogenitales del hombre.— Dr. Guillermo Soehrens Alvarado	95
Estudio químico e inmunológico de las proteosas urinarias en el cáncer (Resumen).— Dr. Raventos. Prof. Lobo-Onell y Dres. Leyton, Simon, Contreras y Barriga	100
Tumores del testículo en niños.— Dres Hernán Baeza, Luis Ibieta y Eduardo Villagrán	103
Cáncer de la uretra.— Dres. Benjamín y Eduardo Tallman V.	108
Tumores renales en los niños.— Dres. R. Olmedo Cruz, P. Gigoux Mac. Crea y A. Salas Vieira	114
Triple sistema pielocaliciario izquierdo y pseudoincontinencia urinaria.— Dr. Hugo Sierra Lange	121
Linfogranuloma maligno del testículo.— Dr. Fernando Vargas Delaunoy	125
Lesiones del uréter terminal y su tratamiento.— Dres. Luis Corvalán Rocco (Relator) y Alfredo Iturra Pacheco (Colaborador)	128
La aortografía como contribución al diagnóstico en urología.— Dres. Roberto Vargas Delaunoy, Patricio Barriga y Walter Sunkel	132
Reemplazo parcial de la uretra por segmento de escroto.— Dr. José Bisquertt Torres	138
Malformaciones nefroureterales congénitas en el niño..— Dres. Roberto Olmedo Cruz y Antonio Salas Vieira	142
Informe acerca del VIII Congreso Mundial del Cáncer, efectuado en Moscú en Julio ppdo.— Dr. Luis Pacheco D., y Prof. Roberto González Mac Oliver	147
Tratamiento de la hemorragia aguda.— Dr. Hugo Vicuña Monardes	152
Cuenta del Presidente de la Sociedad, Dr. Luis Corvalán Rocco	157
Cuenta del Secretario General, Dr. Alberto Vargas Molinare	159
Cuenta del Tesorero, Dr. Egidio Gutiérrez S. M.	162
Boletín de Sesiones	164

"TETRACICLINOTERAPIA"

*LABORATORIOS DUMEX LIMITED
COPENHAGEN - - - - DINAMARCA

Se complace en saludar al
distinguido Cuerpo Médico de Chile
y presentarle su antibiótico de
amplio espectro terapéutico...

*DUMOCYCLINA

Tetraciclina Clorhidrato

Frascos de 16 cápsulas
1 cápsula = 250 mg.

—Próximamente:
Jarabe y Gotas Pediátricas—

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS

Farmo Química
DEL PACIFICO S.A.

SANTO DOMINGO 1509 — TELEFONO 63261
SANTIAGO

* Marcas Registradas.

Para la
Terapéutica
de
las
enfermedades
intestinales
de niños y adultos



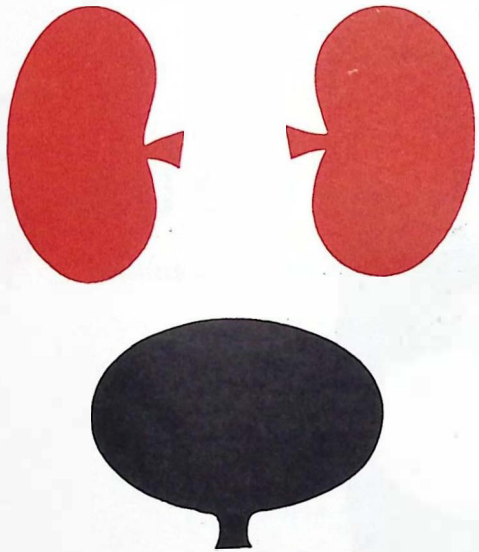
ULTRACARBON Granulado
y
ULTRACARBON "F"

MERCK QUIMICA CHILENA SOC. LTDA.

HAY UN SOLO ANTIBACTERIANO UROESPECIFICO
QUE NO CREA CEPAS RESISTENTES... Y ACTUA SOBRE
LAS YA CREADAS POR LOS ANTIBIOTICOS

MANDELAMINE

Mandelato de metenanina



ANTES DE 30 MINUTOS

PYRIDIUM

Fenilazo-diamino-piridina

ALIVIA EL DOLOR Y OTRAS MOLESTIAS ASOCIADAS...
CON ORIGINAL ACCION A NIVEL DE LA MUCOSA
UROGENITAL

WARNER-CHILCOTT Laboratories Div.

Morris Plains N. J. E. U. A.
Av. J. P. Alessandri 2251
Santiago

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGIA

1962

BIBLIOTECA PUBLICACIONES VALPARAISO

Presidente .... Dr. Luis Corvalán Rocco
Vicepresidentes .... Dr. Luis Pacheco Díaz
Dr. Vicente Dagnino MD.

Secretario General .... Dr. Alberto Vargas Molinare
Secretarios Anuales .... Dr. Raúl Castro Varela
Dr. Eduardo Tallman V.

Tesorero .... Dr Egidio Gutiérrez SM.
Directores .... Prof. Carlos Lobo-Onell.
Prof. Tulio Banderas B.
Dr. Ramón Hederra D.

SOCIOS HONORARIOS

Bisquertt Cea, J. L.— Casilla 2563.
Benett, Leslie (EE. UU.)
Daza, Félix
Díaz Muñoz, Ignacio (*)
Huggins, Charles (EE. UU.)
Lobo-Onell, Carlos - Santa Lucía 344 (*)
Puigvert G., Antonio
Villanueva, Aquilino.

SOCIOS FUNDADORES

Abud Pérez, Eduardo (*).
Aguirre Armijo, Carlos - Carmen 191.
Baltra González, Roberto (*).
Bisquertt Cea., J. L. - Casilla 2563.
Casarino Faustina - Phillips 16.
Coutts B., W. E. (*).
Díaz Muñoz, Ignacio (*).
Donoso D., Oscar (*)
González Mac O., Roberto - Phillips 15.
Ibarra L., Eduardo - Seminario 531.
Lois Fraga, Arturo - Malaquías Concha 0365.
Lobo-Onell, Carlos - Santa Lucía 344 (*)
Moore M., Eduardo (*).
Santapau S., Omar - Rosas 910.
Sommer P., Waldemar - Amunátegui 86.
Vicuña M., Hugo - 4 Norte 1273, V. del Mar.

SOCIOS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS

Argentina
Bernardi, Ricardo
Castaño, Enrique
Chait, Alejandro
Ercole, Ricardo
Figueroa Alcorta, Luis
García, Alberto E.
Guevara, Ciro.
Lacal, Federico.
Molina, Juan.
Trabucco, Armando.

Bolivia
Gamarra L., Donato
Mendoza C., Gregorio
Sauma K., Luis.

Brasil
Albuquerque, Paulo
Cumplido de Sant'Ana, A.
Baena, Figuereido.
Gaertner, Erasto
Monteiro, Rolando
Pinheiro, Angelo
Da Rocha C., Rómulo

Cuba
Velasco Ruiz, Diego

Colombia
Calle U., Gustavo

Ecuador
Ortega, Eduardo

EE. UU.
Braash, William
Emmett, John
Lowsley, Oswald (*)
Hager, Benjamín
Hess, Elmer
Gutiérrez, Roberto
Mc Donald, John
Mc Carthy, John

España
Moya-Prats, Antonio

Guatemala
Palomo, Alejandro

México
Pesqueira, Manuel

Perú
Angulo, Ricardo
Higginson. Alejandro

Uruguay
Bonnecarrere, Emilio
Hughes, Frank A.
Lockhart, Jorge
Surraco, Luis.

SOCIOS CORRESPONDIENTES NACIONALES

Amesti Gacitúa, Félix de - Miraflores 299, Stgo.
Badía, Waldemar - Hosp. Univ. Católica, Stgo.
Prof. Gazmuri Ojeda, Renato - Av. Lyon 614, Santiago.
Profesora Leyton, Graciela - Suárez Mujica 1847, Santiago.
Motlis Jaikles, Jaime - E. Yáñez 996, Stgo.
Neira, Manuel - Hernando de Aguirre 720, Santiago.
Orellana, Alfonso - Alonso Ovalle 1184, Departamento 18, Stgo.
Prof. Raventós, Enrique - Monjitas 514, Stgo.
Yrarrázaval Larraín, Sergio - Luz Urbina 160, Santiago.
Zañartu Orrego, Juan - E. Yáñez 1965, Stgo.
Zúñiga Morales, Enrique - Cervantes 2941, Santiago.

(*) Fallecidos.

DEPOSITO LEGAL

SOCIOS TITULARES

Abud Pérez, Guillermo - Paraguay 447, Santiago.
Ariztía Montt, Raimundo - Esmeralda 656, Santiago.
Avilés, Caupolicán - Av. Fernández Albano 439, Santiago.
Baeza Herrera, Hernán - Casilla 1782, Concepción.
Bisquertt Torres, José - V. Hendrich 355, Santiago.
Bulnes Cerda, Raúl - San Francisco 18 P-3º Dpto. 31, Santiago.
Burgos Farías, Pedro - Diagonal Oriente 4770, Santiago.
Bustamante E., Bertin - Sto. Domingo 2443, Santiago.
Calvo Muñoz, José - Hospital, Viña del Mar.
Cantín Castillo, Félix - Pío Nono 223, Santiago.
Castillo Bustamante, Luis - Casilla 324, Los Angeles.
Castro Vergara, Oscar - Troncos V. 2253, Santiago.
Castro Varela, Raúl - Barros Borgoño 343, Santiago.
Cave, Federico - R. Eguiguren 813, Santiago.
Cifuentes Toro, Mario - Av. Brown Nte. 795, Santiago.
Concha Melo, Héctor - Av. Providencia 1232, Dpto. C, Santiago.
Correa Fuenzalida, Oscar - Alte. Pastene 300, Santiago.
Corvalán Rocco, Luis - Lira 73, Santiago.
Dagnino Mac-Donald, Vte. - Hospital, Osorno.
Dell'Oro Serra, Raúl - Av. Bustos 2585, Santiago.
Donoso Castro, Luis - Av. Providencia 545, Santiago.
Echiburú L., Tomás - M. Torres Boonen 571, Santiago.
Escobar Muller, Juan - Hospital, Puerto Montt.
Espinoza García, Aníbal - Casilla 268, San Felipe.
Figueroa Body, Ernesto - Casilla 3810, Valparaíso.
Figueroa Stoekel, Luis - Santa Rosa 279, Santiago.
Gaona Vega, Enrique - Hospital. Cas. 541, Temuco.
Giacaman G., José - Salvador Donoso 146, Valparaíso.
Gomá Rodríguez, César - Merced 84-Dpto. 3 Santiago.
Grosser Cortés, Guillermo - Victoria.
Gutiérrez S. M., Egidio - Pte. J. A. Ríos 33, Depto. 22, Santiago.
Hederra Donoso, Ramón - Andacollo 2136, Santiago.
Hidalgo Cortés, Luis - Lautaro 670, Santiago.
Iturra Pacheco, Alfredo - Hospital San Borja, Santiago.
Jara Michael, Omar - Beauchef 222, Valparaíso.
Lecaros Matte, Raúl - Moneda 1938, Santiago.
Lira Valencia, Augusto - R. A. Jara 450, Santiago.
Lois F., Arturo H. - Malaquías Concha, 0365, Santiago.
López Vitta, Gastón - 8 Norte 930, Viña del Mar.
López Mac Cave, Alfonso - Brasil 1768, Valparaíso.
Marchant M., Alejandro - San Isidro 672, Santiago.
Martínez Aguilar, Roberto - Sewell.
Morey Lorca, Antonio - Ant. Varas 248, Santiago.
Muñoz Burgos, Néstor - Gnral. del Canto 64, Santiago.
Olmedo Cruz, Roberto - Huérfanos 972, Of. 405, Santiago.
Orrego Concha, Luis - Casilla 412, Viña del Mar.
Pacheco Díaz, Luis - Casilla 1530, Santiago.
Palma Fürlt, Raúl - Colón 2408, Valparaíso.
Pesqueira O., Jesús - Alte. Montt 473, Santiago.
Rioseco González, Edo. - Hospital Clínico, Concepción.
Rojas, Narváez, Ricardo - Matucana 1319, Santiago.
Sabioncello S., Benko - Phillips 16, Santiago.
Schachtebeck Yávar, Carlos - Bandera 789, Santiago.
Salazar Jiménez, Carlos - 4 Oriente 985, Talca.
Sierralta Escola, Raúl - Hospital, Iquique.
Silva Inzunza, Edna - Av. Vitacura 565, Stgo.
Tallman Valenzuela, Benj. - Curicó 15, Depto. 9, Santiago.
Tallman Valenzuela, Edo. Arrieta 90. Santiago.
Tallman Villalón, Eduardo - Casilla 920, Valdivia.
Vargas Molinare, Alberto - Valenzuela Castillo 1814, Santiago.
Vargas Zalazar, Roberto - Av. Los Leones 082, Santiago.
Vergara von Blessing, Erna - Hospital San Borja, Santiago.
Ziede, Edmundo - Casilla 834, Antofagasta

SOCIOS COLABORADORES

Bradford, John - Chuquicamata.
Gigoux, Pedro - Urología, Hosp. J. J. Aguirre.
Mery A., Jorge - Av. Holanda 3634, Stgo.
Muñoz B., Roberto - Linares.
Muñoz Borges, Carlos - Hospital Viña del Mar.
Salas, Antonio - Urología, Hospital Calvo Mackenna.
Sierra Lange, Hugo - 1 Norte 1661, Talca.
Soehrens, Gmo. - Hospital La Serena.
Vargas Delaunoy, Fernando - Av. Los Leones 082, Santiago.
Vargas Delaunoy, Roberto - Av. Los Leones 082, Santiago.

HOMENAJE A LA MEMORIA DEL PROFESOR CARLOS LOBO-ONELL



La Redacción de la Revista Chilena de Urología se asocia, con íntimo recogimiento y reverente actitud, al homenaje que la Institución, en sesión solemne del 26 de septiembre de 1962, rindiera a la memoria del Profesor Carlos Lobo-Onell, con motivo de su fallecimiento, ocurrido el 12 de agosto.

Fundador de la Sociedad en 1925, fue autor de numerosos trabajos científicos, algunos de los cuales lindan con la originalidad. Por su constante e ilustrada participación en las deliberaciones de los temas que se presentaban a nuestras Reuniones, fue para la Sociedad, durante toda su existencia, por más de treintaisiete años, la inspiración, el alma y la vida de ella.

Presidente de la Institución en varios períodos, Presidente del IV Congreso Americano y I Chileno de Urología y Presidente Honorario de la Sociedad y del VI Congreso Americano y II Argentino de Urología, "Maestro de la Urología Chilena", Miembro de la Legión de Honor, de Francia, etc., su recuerdo sobrevivirá a la muerte y perdurará en el tiempo.

A continuación, se publican los discursos pronunciados en esa sesión solemne, en la que se destacaron y pusieron de relieve —hasta donde puede hacerlo la expresión— los méritos excepcionales y la vasta obra científica y cultural del Prof. Lobo-Onell.

EL DIRECTOR.

AUGUSTO LIRA VALENCIA

Sa ha dicho y escrito tanto respecto a la persona del Dr. Lobo-Onell en los últimos cinco años, que obligadamente caeré en repeticiones, razón por la cual pido excusas. Así sucedió cuando cumplió 50 años de médico. Posteriormente el profesor Dr. José Luis Bisquertt, al presentarlo como miembro Académico de la Facultad de Medicina, con cálidas y carinosas frases, reflejo fiel del profundo cariño que los uniera toda la vida, hizo la biografía detallada del Maestro. En el cementerio, en el momento de sepultar sus restos mortales, los Dres. Roberto Vargas, Alfredo Leonardo Bravo, Luis Corvalán, Alberto Vargas y Carlos Schachtebeck, expresaron su profunda condolencia a nombre de las instituciones que ellos representaban y de la suya propia. Facultad de Medicina, Servicio Nacional de Salud, Sociedad de Cirujanos, Sociedad de Urología, Servicios de Urología de los Hospitales J. J. Aguirre, San Borja, San Juan de Dios y Salvador, todos ellos hicieron resaltar las admirables cualidades que adornaban al extinto.

La prensa chilena, sin distinción de tendencias políticas, exaltó las virtudes del Maestro y lo puso como ejemplo a las generaciones venideras de laboriosidad, del saber, de la ética profesional, del cumplimiento del deber, de la generosidad y del cariño al desvalido.

En el Senado de la República, los Honorables Senadores Dr. Hermes Ahumada, Dr. Jaime Barros y señor Enrique Curti usaron sus mejores expresiones, reconociendo que la ciencia médica no tiene fronteras políticas y que ella penetra y protege al ser humano en su personalidad. Se reconoció ampliamente que su vida de médico, de investigador, la desarrolló en tan alto grado que la puso a la altura de los virtuosos y de los sabios y su biografía ha escrito las más bellas páginas de la medicina latinoamericana de los últimos tiempos. Pocas personas pueden exhibir, a lo largo de su prolongada, fructífera y generosa vida una gama tan completa de hermosos matices en el más alto sentido de la bondad, de la nobleza, de la espiritualidad y de la generosidad.

Analizar su vida de modesto estudiante de medicina, rico en ilusiones y en inquietudes, brillante alumno, no conoció los años obscuros del noviciado de la Medicina, que fueron brillantes para él. En París, siguió su vida de sencillo estudiante, acudía al Hospital Necker mañana y tarde, realizó trabajos médicos de gran magnitud. De vuelta a su patria, continúa su vida en igual forma. Es por eso que el señor Edo. Moore resume su biografía en dos palabras: vocación y constancia.

No podría decir, por peligro a equivocarme, cual de las muchas cualidades que adornaban la personalidad del Maestro, era la más excelsa: si su vocación absoluta e integral de médico, si sus cualidades de brillante investigador, si su temperamento firme, indestructible y recio, si su modestia innata, si su sabiduría, si su filantropía, su cultura médica extraordinaria derivada del gusto por la lectura, su memoria privilegiada o sus condiciones de políglota. El Dr. Alessandri reconoció que, en todo momento de su vida, aun durante su grave enfermedad, la inteligencia se mantuvo brillante e intacta y que los procesos arteriales propios de la edad respetaron sus vasos cerebrales.

Se creería que la delicada estructura de este ser humano no pudiese abarcar tantas y tan magníficas condiciones que sirvieran, por cualquier lado que se les contemple, de ejemplo a las generaciones médicas presentes y futuras.

El profesor Lobo-Onell obtuvo su título de médicocirujano en 1908; ingresa como ayudante a la Clínica Universitaria de Urología del Prof. Edo. Moore; muy pronto éste descubrió en el inteligente discípulo, sus maravillosas condiciones de estudioso, su natural modestia, su vocación, el cariño a los enfermos, el amor al ser humano, condiciones inherentes de los sabios, y lo envió en aquellos años a París, centro científico de primera magnitud. Conoció y luego conquistó el afecto del Dr. Henry Chabanier, con quien publicó libros y trabajos científicos. Sus interesantes y novedosos estudios sobre fisiología del riñón le valieron su consagración y obtuvo el premio Montiel del Instituto de Francia. Es nombrado miembro titular de la Asociación Francesa de Urología en representación de Latinoamérica. Sus trabajos "La Diabetes Azucarada", "Diabetes y Cirugía", "Estado funcional de los riñones", "Clasificación Anátomopatológica de las nefritis", "Tratado operatorio de las Nefritis", le valió que el gobierno de Francia lo distinguiera con la insignia de miembro de la Legión de Honor.

El Dr. Lobo-Onell consideraba al Hospital del Salvador como su Servicio, a pesar que la Junta Central de Beneficencia le declaró vacante su puesto por no poder seguir prorrogando sus servicios en el extranjero y lo obligó a renunciar. A este acto de la Junta Central de la Beneficencia, el Maestro no le dio importancia, y menos sus ayudantes que seguimos viendo en él, nuestro jefe espiritual. Posteriormente la misma Junta Central lo nombró Jefe Honorario del Servicio de Urología del Hospital del Salvador. Constantemente recibíamos comunicaciones, cartas, apartados, aconsejándonos realizar determinados trabajos en relación con el temperamento de cada uno de los Ayudantes.

El profesor Ambard le ofreció designarlo Jefe de Clínica de su Cátedra en Estrasburgo, con el requisito de que se nacionalizara ciudadano francés. El cariño a su patria y a sus conciudadanos hizo que en ningún momento pasara por su mente aceptar el ofrecimiento, por muy honorífico que fuese, porque ello era a expensas de sus sentimientos de chileno, que no podía vulnerar.

De vuelta a su país, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, por intermedio de su Decano, Prof. Lucas Sierra, le ofrece nombrarlo Profesor Extraordinario de Urología, sin cumplir los requesitos que exige el reglamento correspondiente, en mérito a sus antecedentes. El Maestro rehusa este ofrecimiento excepcional y cumple con largueza lo exigido para este acto.

El Dr. Lobo-Onell no tenía temperamento de profesor; prefería el trabajo de Hospital, sus investigaciones de Laboratorio, o el control de sus pacientes. Prefería enseñar a grupos reducidos de alumnos la parte práctica o teórica de la Especialidad, interrogándolos en repetidas oportunidades. Era muy exigente con ellos, y a la vez bondadoso, no les permitía atrasos ni conversación en clase.

El senador Dr. Ahumada, en frases maravillosas dijo en el Senado de la República: "Para el Dr. Lobo-Onell el amor a su arte y a su ciencia constituyó una actividad divina y fue su más genuino y puro sacerdote". ¡Cuánta verdad encierran estas palabras! Su pensamiento estaba siempre en sus enfermos, especialmente en los hospitalizados, o sea, en los más desvalidos. Llegaba muy temprano al Servicio, siempre apurado, revisaba a los enfermos más graves y se interesaba por su tratamiento, haciendo lo humanamente posible por sacarlos de esta difícil situación. Como poseía varios idiomas —francés, inglés, alemán, etc.— su gusto extraordinario por la lectura médica le permitió adquirir un vagaje de conocimientos excepcionales, que los ponía al servicio de sus pacientes como de los médicos del Servicio. No permitía que una reunión bibliográfica dejara de realizarse. ¡Cuánta falta nos va a hacer! Se ha apagado el faro luminoso que nos guiaba y nos obligaba con su ejemplo al estudio, se ha secado la fuente divina del saber donde bebíamos diariamente los últimos conocimientos científicos y nos ponía al día en literatura mundial urológica.

Tenía tantos títulos, entre otros: Presidente Honorario del Congreso de la Confederación Panamericana de Urología de Mar del Plata, relator de temas del Congreso Internacional de Urología en Nueva York, miembro Honorario de la Sociedad de Urología de Córdoba, Miembro Honorario de la Academia de la Sociedad de Cirugía de Lima. Obtuvo además innumerables distinciones.

Es difícil divisar entre nosotros el que pueda reemplazarlo. Pero la huella luminosa está trazada y ha dejado en pie este concepto fundamental, que en Medicina la humildad, la perseverancia, la meditación y el estudio son los únicos y más recios pilares para el desarrollo de una medicina profundamente humana.

Como broche de oro ha legado sus bienes a la Universidad para poder contribuir a la difusión de los estudios superiores, cosa que durante su vida hiciera con tanta generosidad.

PROF. ROBERTO VARGAS ZALAZAR

Señoras, señores:

Cuando tuve la triste misión de despedir los restos de nuestro profesor y amigo Dr. Carlos Lobo-Onell, y ví a su alrededor a numerosos de los que fueron sus amigos y en cualquiera forma sus alumnos, pensé que este hombre ilustre fue un Maestro de verdad en cada manifestación de su vida profesional o en sus actividades ajenas a la Medicina. Se ha repetido que la Medicina es un apostolado, que el médico se debe enteramente a la Sociedad, que debe ver en el enfermo una respuesta a su vocación, al cual debe rodear de un ambiente de confiada técnica, con sutil atención y fanática preocupación en cada examen, intervención quirúrgica o tratamiento, que el médico debe ser un iluminado en la ciencia médica. El Profesor Lobo-Onell cumplía, precisamente, con todas estas condiciones que lo hacen catalogar hoy día como uno de los maestros más purificados que hemos conocido.

Yo me siento débil para dirigir una ofrenda a este gran hombre, cuya modestia agigantaba sus cualidades, cuya comprensión a las debilidades humanas era infinita; para él todos eran buenos, a todos les encontraba algo grande; para él cada médico tenía alguna sabiduría, la precisa para levantar su espíritu. Así, todos los que lo rodeaban se sentían estimulados por su magnánima personalidad.

Muchas veces lo vimos con ideas diferentes a las de otros médicos frente a una tesis, a una técnica, a un enfermo: no insistía, aceptaba la discusión científica ampliamente y, como todo hombre grande, consideraba el error como uno de los problemas por solucionarse en todos los aspectos de la vida.

Temprano llegaba al Hospital, daba la impresión de estar siempre bien, nunca cansado de nada, siempre contento, el día de fiesta era su fiesta en el Hospital.

Con su figura menuda, de gran vivacidad, se distinguía en los congresos médicos internacionales. Su persona destacaba una distinción científica. Era corriente que los médicos se acercaran a él para agradecerle y recordarle su atención con ellos durante su estada en París. Se le consideró siempre al mismo nivel de los más grandes urólogos y en especial de los nefrólogos franceses, como Widal, Ambard, Chabanier, etc.

Entre las distinciones que recibió fue un alto honor para nuestro país la calidad de Presidente Honorario del Congreso Panamericano de Urología, en Mar del Plata; su designación de Relator Oficial en dos oportunidades en congresos internacionales de Urología, y entre otras honoríficas distinciones, la de Relator Oficial para un tema importante en el Congreso que efectuará la Confederación Americana de Urología, en Colombia, en 1963.

En esta Sociedad Chilena de Urología, de la cual fuera su fundador, Presidente e infatigable impulsor de los debates. Nos será muy difícil comprender su ausencia, porque a todos nos sucede que pareciera que estuviera siempre presente entre nosotros.

En la docencia alcanzó los más altos honores en la Facultad de Medicina, siendo Profesor Extraordinario de Urología y después obtuvo la calidad de Miembro Académico, que es la distinción más alta que puede recibir un médico en esta Institución Universitaria.

Sus nobles sentimientos de solidaridad lo llevaron a hacer donaciones importantes para la Universidad, con las cuáles se han podido desarrollar estudios en Nefrología y en la creación de un Centro de Investigación Médica Experimental. Por estas excepcionales condiciones altruistas del Profesor Lobo-Onell la Universidad lo distinguió con el título de Benefactor de ella.

Al revisar la literatura médica recordaremos sus libros sobre riñón y diabetes, que recibieron premios excepcionales, y sus trabajos profundos publicados en revistas de nuestro país y en el extranjero. Esto nos indica que el Profesor Lobo-Onell es un orgullo para todos los chilenos en el campo médico. Su personalidad luminosa por sus cualidades filosóficas, científicas y de tolerancia en todos los aspectos de su admirable vida hacen que mi Cátedra de Urología de la Universidad de Chile y todos los Ayudantes de ella rindan el más sentido homenaje de admiración.

PROF. ROBERTO GONZALEZ MAC-OLIVER

Señor Presidente, señoras, colegas:

Dolorosa misión es la que el señor Presidente me ha encomendado, de decir algunas palabras como póstumo homenaje al que fuera el eminente Profesor don Carlos Lobo-Onell, a nombre del Servicio de Urología del Hospital San Fco. de Borja.

La egregia figura científica de este maestro de la medicina chilena, que brilló y seguirá brillando en muchos ámbitos científicos del orbe, no necesita que se la describa. El pronunciar el nombre del Prof. Carlos Lobo-Onell, involucra, de hecho, aquella personalidad de todos conocida, no sólo en América Latina, sino que, también, en América del Norte, Europa, etc., aquella personalidad, digo, que irradió siempre hombría de bien, dinamismo, entusiasmo contagioso, babiduría, enseñanzas, espíritu superior y simpatía singular.

Los que tuvimos la suerte de pertenecer al grupo de sus colaboradores, sabemos que está de más manifestar elogios de su persona, tanto porque sus virtudes son de sobra conocidas, como por el hecho que estamos conscientes de que las alabanzas aunque absolutamente justas, herían su modestia hasta el desagrado.

Por estas razones estimamos que las palabras y frases altisonantes, en esta ocasión desafinan y de acuerdo con la modestia de aquel espíritu selecto sólo deseamos decir:

Entrañable y dilecto amigo Carlos: habéis cerrado para siempre vuestros chispeantes y bondadosos ojos, nos habéis privado de vuestros paternales consejos y sabias enseñanzas, pero sabed que los que gozamos del privilegio de estar a vuestro lado, seguiremos agradecidos, con venerada unción caminando tras vos hasta el fin de nuestros días, a medida de nuestras menguadas capacidades y con la mirada empañada por las lágrimas, pero por la senda iluminada por vuestra cariñosa y vigorosa personalidad.

DR. HUGO VICUÑA M.

Señor Presidente, estimados consocios:

Hablo en representación de la Urología de Valparaíso y de Viña del Mar que, en su conjunto, viene a ser algo así como un Servicio urológico más en nuestro territorio nacional, impregnado, por lo tanto, inconfundible e indeleblemente, por el espíritu y por las enseñanzas del Maestro de la Urología chilena, Carlos Lobo-Onell.

Es tanto, tan hermoso y tan profundo lo que se ha dicho ya en éste y en otros homenajes rendidos a su memoria, que cabrá preguntarse ¿qué sentido tiene el que alguién como yo, tan desposeído de atributos, se permita también alzar su voz para expresar, con el tono opaco y monocorde de su nostalgia dolorida y tenaz, las escasas y pobres expresiones de su espíritu en brumas?

Existe, sin embargo, una razón; mejor dicho talvez, una doble razón: en primer lugar, el derecho que nos asiste para expresar, en la forma que nos sea posible, la admiración, la gratitud y el afecto —esa trilogía, talvez la más elevada del sentimiento humano— que los urólogos de Valparaíso y de Viña del Mar rendimos al Maestro, desde lo más puro y desde lo más íntimo de nuestros espíritus. Y luego, como consecuencia lógica de ese derecho, la obligación que nos impondremos de ser consecuentes con esos sentimientos, procurando superarnos en la labor profesional de cada día y en la actitud espiritual de cada instante, para lograr, en la medida de nuestras posibilidades, acercarnos siquiera a esos niveles de tecnicismo y humanismo que él nos señalara en la lección sublime del simple y sereno fluír de su vida.

Excusadme, señor Presidente y estimados consocios una digresión de orden personal. No podría decir con propiedad, que no disfruté del privilegio de ser discípulo o colaborador del Prof. Lobo-Onell, ya que, en cambio, me fue dado disfrutar del no menos honroso y grato de serlo de su amigo y compañero de toda la vida, mi Maestro, el Prof. Luis Bisquertt. Sin embargo, desde mis primeros pasos en la Especialidad, precisamente, en el seno de ésta nuestra Sociedad Chilena de Urología y desde aquéllas sus primeras reuniones en las Clínicas urológicas de nuestros Hospitales santiaguinos, sentí ejercitarse sobre mí el influjo poderoso, la atracción irresistible de la personalidad científica y humana del Prof. Lobo-Onell, que si en aquel entonces nos parecía ya extraordinaria, con el transcurso de los años y los aconteceres, no hizo sino consolidarse y acrecentarse, hasta adquirir esos relieves magníficos que son ahora honra y orgullo de la Medicina chilena, pese a los esfuerzos evidentes que él permanentemente hacía por disimularlos, con la complicidad paradógica de su reducida y fina contextura corporal.

Fue desde esas primeras convivencias con el Maestro, que prendió en nuestro espíritu, junto a la admiración y a la gratitud, un afecto nacido del alma y, perdonadme lo que pudiera parecer una jactancia, pero que es la expresión sincera de un convencimiento absoluto, un afecto que fue amplia y generosamente retribuído.

Jamás habrán de borrarse de nuestro acervo profesional las lecciones y el ejemplo recibidos del Maestro, pero jamás tampoco podremos olvidar los contornos maravillosos de su personalidad espiritual y humana.

¡Que nunca pierdan nitidez en nuestro recuerdo la bondad y la cordialidad sublimes de esa mirada suya, límpida y pura, que salvaba todos los obstáculos, que allanaba todos los caminos!

¡Que nunca dejemos de sentir en nuestros espíritus el influjo sutil, pero arrollador, de esa su sonrisa permanentemente florecida en sus labios; esa sonrisa cordial que llegaba hasta uno y que llevaba hasta él, disponiéndolo todo en un ambiente especial, como en un halo de sublimada sencillez, en el que sólo podían tener cabida los sentimientos ennoblecidos y los dignificadores ideales!

La Urología chilena, la Medicina chilena y, por qué no decirlo, la Patria chilena, han experimentado la pérdida de un auténtico valor científico, espiritual y humano. A quienes nos cupo en suerte disfrutar de su convivencia, por sobre el dolor de su pérdida material —que debe ir ya a formar parte de nuestra más íntima sentimentalidad— nos corresponde ahora la responsabilidad seria y maciza, de demostrarnos merecedores y dignos de ese verdadero don que nos deparó la vida, y la única forma de hacerlo, es, a nuestro juicio, la de estrechar nuestras filas en torno a la figura del Maestro, extremar cada día, en su recuerdo y homenaje, nuestros esfuerzos y nuestros anhelos de superación profesional, espiritual y humana, en la convicción de que así —y sólo así— nos haremos los verdaderos depositarios de su personalidad de excepción y con la certidumbre absoluta de que en esa nuestra reacción anímica, él ha de estar ejercitando con el mejor de los derechos y a su entera satisfacción, la función catalítica de activarla poderosa y permanentemente, por la sola presencia con que nosotros lo tengamos en nuestro recuerdo.

¡Qué así sea!

DR. RAMON HEDERRA DONOSO

Rindió un sentido homenaje, en nombre del Servicio de Urología del Hospital Ramón Barros Luco, del cual es su Jefe. Hizo recuerdo que los médicos formadores de ese Servicio provinieron de la formación dada por el Prof. Lobo-Onell. Fueron sus discípulos los que instalaron, en el Area más pobre y abandonada, la bandera de la Urología.

En su improvisación el Dr. Hederra no se refirió a la labor tan conocida y reconocida del Prof. Lobo-Onell en el aspecto científico y docente, dentro y fuera del país, sino que enfocó los aspectos humanos y personales del Prof. Lobo-Onell, en sus relaciones con los enfermos, con sus numerosos amigos, sus colegas y discípulos.

DR. RAUL DELL'ORO

Señoras y señores:

Los oradores que me han precedido han ya desarrollado con afecto, erudición y brillo los rasgos biográficos, científicos y caracterológicos de la extraordinaria e interesante personalidad de nuestro recientemente desaparecido Prof. Carlos Lobo-Onell.

Por otra parte, la amistad de toda una vida, el afecto y la admiración que siempre profesamos por quien fuera la figura rectora y directriz a lo largo de nuestra profesión y desde sus comienzos, no nos permiten despersonalizarnos totalmente, para poder así hacer un análisis equilibrado y sereno de las principales características que adornaron al hombre y al médico; casi nos parecería irreverente de nuestra parte el convertirnos en innecesarios apologistas de quien consideramos siempre como nuestro padre espiritual.

Pero no es menos cierto, señores, que la figura del Prof. Lobo-Onell sobrepasó con mucho los límites de una especialidad, de un Hospital, de una Universidad, para convertirse en gloria de la Medicina nacional, y porqué no decirlo, con innegables proyecciones internacionales.

La Universidad Católica de Chile, cuya representación me trae a esta tribuna, se hace eco pues de esta pérdida para su hermana,

la Universidad de Chile y para el país y si bien no tuvo la fortuna de tenerlo entre sus miembros titulares le cupo, en cambio, el honor de contar con él como alto consejero, impulsador de toda iniciativa y amigo leal.

Las Ciencias Básicas, especialmente la fisiología, fisiopatología y bioquímica le apasionaron desde su iniciación médica y tuvo la satisfacción de comprobar en el curso de su vida cuánto tenía de razón al considerar la investigación científica como el elemento esencial del progreso médico, habiendo tenido la suerte de asistir y de vivir fecundamente esta etapa notable del desarrollo de nuestra medicina moderna. En esta materia, también tuvo fuertes puntos de contacto con nuestra escuela, que se ha singularizado por la importancia especial que da a estas disciplinas en la formación de sus alumnos; nuestras salas de conferencias, laboratorios y bibliotecas fueron, más de una vez, objeto de su selecta e ilustrada visita. En clínica urológica y renal contamos con su sabio y equilibrado consejo en numerosas juntas profesionales, ocasiones en que su experimentada opinión era acatada con admiración y respeto por médicos y profesores.

Tenía el Prof. Lobo-Onell, condiciones de estudioso, de equilibrio y de señorío que hacían de su persona el punto de atracción en cualquier medio que actuara; pero, por sobre todo, se destacaba su bondad, una gran bondad, que su modestia hacía difícilmente trascender a los que no eran sus íntimos, y que será siempre su cualidad que más nos emocionará.

BIBLIOTECA PÚBLICA "SANTIAGO SEVERIN" DE VALPARAISO

"LAS GONADOTROFINAS EN LAS AFECCIONES UROGENITALES DEL HOMBRE"*

Dr. GUILLERMO SOEHRENS ALVARADO (1)
Hospital José J. Aguirre. Serv. Urología, Prof. Dr. R. Vargas Z.

Con la colaboración especial de la Srta. Alicia Sandoval, Químico-Farmacéutico del Departamento de Endocrinología, Servicio de Medicina del Prof. Dr. Hernán Alessandri, Hospital del Salvador.

Introducción.— Hay numerosas afecciones en la patología cuyas causas se desconocen; hay también ciertos fenómenos que suelen acompañar a algunas alteraciones anatómicas y su relación con ellas es una incógnita. Se puede agregar que el hecho de que algunos cánceres genitales sufran modificaciones por influencia hormonal no permite asegurar que esas modificaciones sean consecuencia de la hormona o de algún cambio que ella desencadene en el sistema endocrino y/o enzimático.

Hace ya 30 años que Lacassagne (1) plantea la etiopatogenia hormonal del adenocarcinoma mamario de la laucha; Zondek (2) hace notar la presencia de gonadotrofinas en los portadores de corioepiteliomas testiculares. En 1937 (3) y 1940 (4), Vargas Zalazar destaca el valor que tienen las reacciones biológicas para determinar gonadotrofinas en el diagnóstico, pronóstico y control del tratamiento en los tumores testiculares. Huggins (5) ha demostrado la influencia hormonal en la evolución del cáncer prostático.

En nuestra Clínica se viene planteando la interrogante acerca del mecanismo por el cual el varicocele deprime la función espermiogénica. No deja satisfecho la explicación a través del trastorno circulatorio.

La azoospermia no obstructiva en pacientes normales al examen clínico, muchas veces con biopsia testicular que revela una estructura histológica aceptable, no tiene explicación a la luz de lo que hoy se sabe.

El haber trabajado hace 20 años con las gonadotrofinas urinarias en los tumores del testículo, el no estar satisfecho con la explicación mecánica de la oligospermia del varicocele y el haber vivido el problema de la azoospermia en el tratamiento de la esterilidad son los hechos que probablemente han llevado al Prof. Vargas Zalazar a estimularme para que efectuara una experiencia con las gonadotrofinas urinarias en la patología urogenital.

Definiciones.— Las gonadotrofinas son substancias proteicas de elevado peso molecular, cuya estructura físicoquímica no se conoce. Se sabe, por demostración indirecta, que en la hipófisis se producen 3 tipos de gonadotrofinas, de acuerdo a la reacción que desencadenan cuando se inyectan en la laucha o rata sexualmente inmadura. El tejido corial placentario y tumoral también produce hormonas gonadotróficas.

Las gonadotrofinas se eliminan normalmente por la orina en hombres y mujeres púberes en cantidad de 6,6 a 52,8 UUL en las 24 horas. La mujer embarazada y la menopáusica eliminan mayor cantidad. Eliminaciones de más de 52,8 UUL en el hombre deben considerarse como anormales (6- 7 -8).

Método.— Existen numerosas modificaciones al método de Klinefelter y Albright (9) para obtener las gonadotrofinas de la orina de 24 horas y la manera de valorarlas (10-

(1) Becado del SNS en la Cátedra Titular de Urología, Hospital J. J. Aguirre; Prof. Dr. Roberto Vargas Zalazar. Este trabajo fue posible gracias a la ayuda material proporcionada por la Fundación Rockefeller a través de la Comisión de Ayuda para la Investigación Científica.

* Sesión VI, en 27-VI-62.

11 y 12). El usado en este trabajo es el siguiente: 1.— Las determinaciones se efectúan en 3/4 de la orina de 24 horas, se filtra, se agrega caolín en suspensión, 100 cc., y se agita durante una hora llevando previamente la solución a pH 4. 2 a 24 horas en refrigerador.

2. —Se separa el sobrenadante por centrifugación a 2.000 rpm y se descarta.

3.— Se eluye la proteína del caolín con NaOH al 10% agitando 20' y centrifugando 2 veces, se descarta el precipitado. La solución debe estar con pH entre 11 y 11,5.

4.— La solución se lleva exactamente a pH 4 o 6 y se precipitan las proteínas con 5 vol. de acetona y se deja en el refrigerador 12 a 36 horas (300 ml. de acetona).

5.— Se separa el precipitado por centrifugación y se seca bajo corriente de aire frío hasta que la acetona se elimine. Se agregan 150 ml. de éter y se agita hasta una suspensión fina que vuelve a centrifugarse, descartando el éter.

6.— El precipitado seco se extrae por agitación y centrifugado con agua 2 x 25 ml a pH 8 a 8,5 y se agregan 300 ml. de acetona que se dejan precipitar de 12 a 36 horas. El precipitado se separa por centrifugación repitiendo los Nºs 7 y 8. El polvo amorfo y seco se guarda en refrigerador y se puede hacer la titulación biológica hasta 6 meses más tarde.

La pureza del extracto obtenido se aprecia por la poca o ninguna toxicidad que tiene cuando se inyecta a las ratas o lauchas.

Titulación biológica.— Al extracto seco obtenido se adicionan 11 ml de suero fisiológico. Se agita 20' y se centrifuga 10, a 2.000 rpm para separar el material insoluble. Debido al empleo de 2 animales para cada concentración y al uso de los 3/4 del volumen urinario, 6,6 UUL es la máxima concentración de menor actividad biológica que puede ser obtenida con este método. Esta solución corresponde a 6,6 UUL y las diluciones que se obtienen a partir de ésta son:

13,2 UUL	3 ml de sol más	3 ml de suero fisiológico
26,4 UUL	2 ml de sol mál	4 ml de suero fisiológico
52,8 UUL	1 ml de sol más	5 ml de suero fisiológico
105,8 UUL	0,5 ml de sol más	6 ml de suero fisiológico

Se usan 2 lauchas para cada concentración a las que se inyectan 2,5 ml (2 inyec. de 0,5 el primer y segundo día y una el tercero). Los animales se sacrifican usando éter o gas de alumbrado a las 24 horas de la última inyección. Es positiva la reacción cuando el útero aumenta en un 100% su peso.

En este trabajo usamos lauchas de las cepas Balb y Agitante. La primera cepa es más recomendable por su menor mortalidad.

Material.— Por el objetivo del trabajo, cual era el de orientar una futura investigación en una determinada afección urogenital y el de familiarizarnos con una técnica de investigación poco usada en nuestro medio nuestra casuística constituye una muestra abigarrada de varias afecciones relativamente frecuentes en la práctica clínica.

Se hicieron en el transcurso del trabajo, 14 meses, 109 determinaciones de gonadotrofinas en 78 enfermos. 20 de nuestros pacientes no son considerados en esta presentación, 11 mujeres y 9 hombres (2 portadores de cáncer renal, 2 con cáncer prostático y 5 con adenoma prostático) todos ellos tenían orinas intensamente purulentas que es probablemente la causa del fallecimiento de las lauchas inyectadas, motivo por el cual no se incluyen en la casuística. De los 58 casos que se presentan, 35 son enfermos en los que personalmente hemos hecho la determinación de gonadotrofinas y 23 son casos de colegas que solicitaron dosificación de gonadotrofinas al Laboratorio de Endocrinología del Hospital del Salvador en pacientes portadores de afecciones como azoospermia, atrofia testicular y criptorquidea y que tenían los requisitos para ser considerados en este estudio.

El menor de los enfermos tiene 14 años y el mayor 60 años.

CUADRO Nº 1

Gonadotrofinas	Varicocele	Hidrocele	Criptorquídea		Azoospermia
Altas	—	—	1	—	5
Normales	—	2	—	2	5
Bajas	3	—	3	—	—
Totales 21	3	2	4	2	10

CUADRO Nº 2

Gonadotrofinas	Hipotrofia genital	Atrofia test. adq.	Espermatocele
Altas	3	1	—
Normales	4	2	2
Bajas	12	—	—
Totales 24	19	3	2

CUADRO Nº 3

Gonadotrofinas	Ca prostático	Adenoma prostático	Ca renal
Altas	3	—	—
Normales	—	4	1
Bajas	—	—	1
Totales 9	3	4	2

CUADRO Nº 4

Gonadotrofinas	Seminoma	Teratoma testicular	Corioepitalioma test.
Altas	—	2	2
Normales	—	—	—
Bajas	2	—	—
Totales 6	2	2	2
Total 58 casos			

Comentario.— Se empezó diciendo en la descripción del material, que la muestra no era homogénea, lo que dificulta sacar conclusiones. Sin embargo, se comentarán algunos resultados.

De los varicoceles, dos tenían atrofia testicular del lado afectado, uno con oligospermia y el otro con espermiograma normal. El otro paciente tenía testículos y semen normal y en los tres las gonadotrofinas eran bajas.

Se sabe la influencia que tienen las gonadotrofinas en la corrección de la criptorquídea. Llama la atención que un paciente de 38 años las tenga altas. Los dos enfermos con criptorquídea unilateral las tienen normales, lo que apoyaría la tesis que sostiene que los casos unilaterales lo son por causa anatómica.

Las azoospermias son en hombres aparentemente normales, sin antecedentes blenorrágicos y con biopsia testicular que revela una alteración histológica moderada en que hay línea espermiogénica, pero que en ninguno de los casos llega a espermiocitos y/o espermatozoides. Los 5 casos con gonadotrofinas altas tienen fibrosis intersticial y escasas células de Leydig. Uno de los casos con gonadotrofinas normales tienen, también, pocas células de Leydig. Estos resultados apoyan a los que sostienen que las gonadotrofinas estimulan la primera fase de la espermiogénesis en tanto que la testosterona lo haría en la segunda.

Se ha llamado hipotrofia genital a pacientes con desarrollo somático y caracteres sexuales secundarios normales, pero con próstata, pene y testículos pequeños sin ser atróficos al examen clínico. Varios de estos enfermos tienen azoospermia (no se le hizo espermiograma a todos) y en ellos la biopsia testicular revela una atrofia seminífera y de las células de Leydig. El hecho de que el 60% de estos enfermos tenga las gonadotrofinas bajas hace que estos pacientes sean calificables de hipogonadismo hipogonadotrófico subclínico. Se debe hacer notar el hecho señalado ya por varios urólogos de que la próstata pequeña es un buen índice de falla de las gonadotrofinas. A este grupo de enfermos es importante pesquisarlos oportunamente, con el objeto de prevenir la instalación de la atrofia testicular irreversible.

Tengo dos enfermos actualmente con azoospermia, de 36 y 32 años, y que hace 9 y 10 años, respectivamente, tenían oligospermia y gonadotrofinas bajas uno y normales el otro. Ambos fueron tratados con testosterona sin resultados. El paciente de 32 años que tenía gonadotrofinas normales tiene actualmente una atrofia testicular bilateral con tejidos totalmente hialinizados. El otro, que tenía hipogonadotrofinuria, tiene en un testículo células de Sértoli y una que otra espermátide y en el intersticio hay algunos acúmulos de

células de Leydig; el otro testículo está hialino. Este caso fue tratado con gonadotrofina sérica 3.000 U semanales por dos meses y luego coriónica 2,500 U semanales por dos meses acompañada de Trilandren (R) 250 mg c/15 días. Hace 1 semana se le hizo un Test de Sims-Hühner a la esposa y hay 2 a 3 espermios inmóviles por campo en la muestra vaginal. Probablemente este enfermo no llegará a ser fértil, pero es evidente que un tratamiento oportuno con gonadotrofinas hubiese podido tener mejores resultados.

Los tres casos de cáncer prostático tenían gonadotrofinas altas y en los 3 desaparecieron las gonadotrofinas urinarias con la estrogenoterapia después de 5 días de tratamiento. Sería importante determinar las gonadotrofinas en pacientes con cáncer prostático después de la castración y sin estrogenoterapia, pues si aumentan querría decir que no son ellas las que estimulan el cáncer.

Los dos seminomas tenían gonadotrofinas bajas. Esto coincide con la opinión de algunos autores que sostienen que el seminoma produce estrógenos que pueden inhibir la producción de gonadotrofinas.

Cuatro casos de tumores testiculares, 2 teratomas y 2 corioepiteliomas, tienen gonadotrofinas altas. Aquí hay que puntualizar algunos hechos. Se sostenía a raíz de los trabajos de Zondek que la reacción de Ascheim-Zondek positiva en enfermos portadores de tumores testiculares era un indicio de la calidad histológica del mismo. Hoy sabemos que la orina de cualquier adulto puede dar la reacción positiva, por lo tanto es preciso señalar que sólo la dosificación de gonadotrofinas por sobre los niveles aceptados hoy como normales puede ayudar en el sentido señalado. Queda como incógnita para un futuro estudio el determinar si aparte del corioepitelioma, que puede producir gonadotrofinas, los otros tumores, al inhibir la producción de testosterona, por ejemplo, hacen que aumenten las gonadotrofinas.

A un enfermo con corioepitelioma que se operó hace 10 meses, se le determinó en 2 oportunidades las gonadotrofinas, a las 2 semanas y a los 8 meses después de operado, permaneciendo la eliminación de gonadotrofinas en ambas ocasiones por debajo de lo normal; antes de la operación eran elevadas. Esto apoya a los que sostienen que son los tejidos tumorales los productores de gonadotrofinas y la elevación en su eliminación no es producto de una hiperfunción hipofisiaria. En el caso relatado, la exéresis del tumor no originó un desenfreno hipofisiario.

En 10 pacientes se hizo titulación de antigonadotrofinas, resultando todas ellas negativas.

A una paciente portadora de cirrosis hepática, que no es de nuestros enfermos, pero a la cual se le administró dexametasona, se le hizo titulación de gonadotrofinas antes, durante y después del tratamiento. Se vio que la dexametasona en dosis de 0,5 mg. por día, en 24 horas, suprime la eliminación de gonadotrofinas, la que se normaliza a las 48 horas de suprimido el corticoide. Esto debe tenerse presente cuando se haga corticoterapia prolongada en prepúberes.

Se dosificaron 17-KE urinarios en 19 de nuestros casos, pero no hemos querido incluir este examen en el comentario de los resultados porque las dosificaciones no fueron simultáneas con la determinación de las gonadotrofinas.

Es inoficioso detenerse a considerar los resultados en los enfermos de hidrocele, atrofia testicular adquirida inflamatoria, adenoma prostático y cáncer renal, porque son pocos los casos y los resultados son contradictorios.

Sería útil planificar un estudio completo en cuanto a determinaciones hormonales (gonadotrofinas, estrógenos y andrógenos) y biopsia testicular antes, durante y después de los tratamientos a los enfermos portadores de: varicocele, criptorquidea, azoospermia no obstructiva, hipoplasias genitales, cáncer prostático y genital.

Es probable que en ciertos casos de gonadotrofinas normales, éstas sean insuficientes para cumplir sus funciones por refractariedad relativa de las gónadas.

Es posible que las gonadotrofinas urinarias no sean un buen fiel del equilibrio hipófisogonadal y es de desear un método cuantitativo para determinarlas en la sangre.

Para terminar el comentario agregaré que es necesario hacer determinaciones repetidas de estas reacciones para darle valor a los resultados.

CONCLUSIONES

1º En Santiago hay 2 o 3 laboratorios que están en condiciones de determinar gonadotrofinas urinarias, pero ninguno dispone de suficientes lauchas.

2º La dosificación de gonadotrofinas debe ir acompañada de la de 17 KE y Estrógenos para poder interpretar científicamente los resultados.

3º A la luz de nuestros resultados se hace necesario investigar la función gonadotrófica en un número importante de casos de: varicocele, criptorquidea, azoospermias, oligospermias, tumores testiculares y cáncer prostático.

4º Se puede sostener que la hipergonadotrofinuria del corioepitelioma es producida por el tumor y no por la hipófisis.

5º La determinación de antigonadotrofinas fue negativa.

6º Los estrógenos y los corticoides suprimen la eliminación de gonadotrofinas por la orina.

BIBLIOGRAFIA

1.— LACASSAGNE, A.: C. R. Soc. Biol 115: 937-939, 1934.

2.— ZONDEK, B.: Las hormonas de la hipófisis anterior y del ovario. Labor, 1934.

3.— VARGAS Z., R.: Bol Soc. Ciruj. de Chile p. 210, 1937.

4.— VARGAS Z, R.: Rev. Chil. de Hig. y Med. Prev. III p. 141-144, 1940.

5.— HUGGINS, CH.: Science 97: 541-544, 1943.

6.— PASCUALINI.— Endocrinología. El Ateneo, 1943.

7.— UFER, J.: Hormonoterapia en Ginecología, 1960.

8.— Congreso Mundial de Endocrinología, 1960.

9.— KLINEFELTER.— J. Clin. Endocr. 3, 10: 529; 1943.

10.— LORAINE: J. of Endocr. 7: (102) II; 1950-51.

11.— DEKENSKY, A.: Brit. J. of experiment Path 30: 273, 1949.

12.— Acta Endocrinológica Bélgica Supplementum 53 (LIII) 1960.

DISCUSION

Prof. Vargas Zalazar.— Este tema ha entusiasmado poco a los urólogos por las dificultades que encierra, pero nosotros nos hemos preocupado hace tiempo de él. El Dr. Söhrens hizo un trabajo extenso para conocer la utilidad de las genadotrofinas, las dificultades técnicas, los resultados y del por qué y cómo utilizar las gonadotrofinas.

En el diagnóstico del cáncer del testículo, es útil en el pronóstico y evolución a pesar de dar sólo un 27% de positividad. No es producida por el tumor, pues el macerado de tumor no dio reacción positiva. Da la impresión que está estimulada la hipófisis, que el factor x estimula la hipófisis y el tumor, pero no se ha llegado a una conclusión, porque las gonadotrofinas tampoco se acumulan en la hipófisis. Se producen allí, eso se estudió en la memoria del Dr. Ortega. Tampoco se puede pensar que en el Cáncer prostático las gonadotrofinas tengan el mismo significado antes y después de la operación. La gonadotrofina alta en el cáncer prostático tiene importancia. Puede ser un estímulo de la testosterona, pero después de la castración no, porque siempre son altas las gonadotrofinas. La mayor importancia de estas investigaciones está en el estudio de la etiopatogenia de la oligozoospermia y de la azoospermia no obstructiva. En cuanto al cáncer, la utilización está muy limitada. La gran dificultad está en tener un criadero de ratas para hacer las reacciones y no tener que guardar las muestras hasta que haya animales, ya que pierde su valor diagnóstico. Además la lectura de la reacción es personal.

Por eso el desiderátum de esto es la determinación química, para evitar el factor personal, aunque a una persona que trabaje bastante en esto pueden dar resultados de confianza.

Dr. Söhrens.— Si los hallazgos clínicos y de laboratorio indican mejoría en un cáncer prostático después de la castración, las gonadotrofinas elevadas no tienen importancia, ya que el tratamiento va a ser la orquiectomía y ésta no estimularía directamente al tumor.

Prof. Vargas Zalazar.— La importancia de las gonadotrofinas altas antes de la operación es que éstas están estimulando las células de Leydig y la testosterona producida es la que está estimulando al cáncer.

Dr. Castro Varela.— La determinación cuantitativa de las gonadotrofinas tiene importancia diagnóstica, ya que los seminomas dan gonadotrofinas bajas y los teratomas con corioepitelioma dan la reacción elevada. En los tumores de testículo tiene importancia pronóstica, especialmente frente a la cirugía radical con extirpación de la cadena ganglionar que se está haciendo ahora. Determinando cuantitativamente las gonadotrofinas, antes y después de la operación se puede hacer un pronóstico.

Dr. Corvalán Rocco (Presidente).— Felicita a los relatores por el estudio presentado.

ESTUDIO QUIMICO E INMUNOLOGICO DE LAS PROTEOSAS URINARIAS EN EL CANCER (1)*

R E S U M E N

Dr. E. RAVENTOS (2), M. D. Director
"Fundación Arturo López Pérez" S.N.S.
& Dr. C. LOBO ONELL (3)
Cátedra Extraord. de Urología, Univ. Chile

LEYTON, R. G. (4), SIMON, SCH. H. (5),
CONTRERAS, G. E. (6), & R. B. BARRIGA (7)
Sección de Físico-Química del Instituto
Bacteriológico de Chile

Es reducido el número de trabajos publicados que se han ocupado del estudio de ciertas substancias excretadas por la orina (proteosas) que podrían ser susceptibles de reflejar algunos de los trastornos del metabolismo proteico en diferentes afecciones renales como glomérulonefritis, pielonefritis, síndrome nefrósico (1) (2), etc. En lo que respecta a las afecciones oncológicas, en las cuales la degradación proteica es anormalmente intensa, nos ha interesado desde 1959 (3) el estudio de las proteosas urinarias.

Como es sabido, la composición de las proteosas es compleja y hasta ahora poco conocida. Sus propiedades de incoagulabilidad al calor, precipitabilidad con sulfato de amonio saturado, insolubilidad en ácido sulfosalicílico, así como la propiedad de no dializar, han servido de base a métodos descritos para su obtención.

El presente trabajo se refiere al aspecto químico de la constitución de las proteosas urinarias cancerosas, a su comportamiento inmunoquímico y a las proyecciones que estos estudios pueden tener en evidenciar ciertas alteraciones bioquímicas en esta enfermedad, lo cual en primer término podría servir para intentar el estudio del estado precanceroso.

Desde un punto de vista general, se ha encontrado que las proteosas urinarias presentan de 15 a 18 aminoácidos constitutivos, pero hay que hacer notar que no se han observado hasta el presente diferencias significativas entre los hidrolisados de proteosas normales y cancerosas (4). Una información más completa en lo referente a estas diferencias puede obtenerse al estudiar las proteosas al estado de polipéptidos correspondiendo un distinto grado de complejidad a los productos provenientes de casos patológicos.

Con anterioridad, en esta misma Revista, consideramos algunos aspectos del estudio de estos compuestos (5) poniendo cierto énfasis en la significación clínica de la elevación del cuociente entre la tasa de los polipéptidos totales y los carbohidratos combinados (PT/CHT). Normalmente esta relación presenta un valor promedio de 1.35 ± 0.36, cifra obtenida al estudiar un grupo de 40 sujetos supuestos sanos (3). En el síndrome nefrósico, enfermedades del colágeno y en el cáncer este cuociente se encuentra aumentado.

Paralelamente se estudió en estos trabajos el comportamiento de las proteosas urinarias frente al ácido tricloracético (ATC), encontrándose que la precipitabilidad de estos compuestos marcha paralelamente con el incremento de la tasa de polipéptidos totales. En las muestras cuya relación PT/CHT disminuye, aproximándose a los límites normales, se observa cierta tendencia a la negatividad de esta reacción. En cambio, y como regla general, en los cuadros de mayor malignidad la precipitabilidad con el ATC se encuentra generalmente aumentada. En grupos de 30 casos de cáncer cérvico-uterino y 28 neoplasias malignas de diversa localización, se ha observado un aumento al doble y aún al triple del promedio normal del cuociente PT/CHT. Además en el primer grupo se ha comprobado la relación directa entre la precipitabilidad de las proteosas frente al ATC por una parte y el ascenso gradual de la tasa de polipéptidos totales o disminución de carbohidratos por otra, que llevaría al aumento de la relación PT/CHT (6).

En trabajos en curso se ha demostrado la heterogeneidad de las proteosas urinarias cancerosas al aplicar técnicas de fraccionamiento molecular en geles de Sephadex (7). Los diferentes componentes que se separan de este modo corresponden a polipéptidos aislados o a conjuntos de polipéptidos según ha podido comprobarse por técnicas de electroforesis en papel. Vale la pena señalar que al aplicar la electroforesis al estudio directo de las proteosas urinarias se encuentra un mayor número de componentes que el obtenido por los métodos de fraccionamiento en gel. Deseamos insistir especialmente en la utilidad de efectuar estudios sistemáticos de estos componentes polipeptídicos de la orina utilizando la electroforesis en papel, que es uno de los procedimientos que actualmente ha alcanzado mayor difusión y que se presta con ventajas para este tipo de análisis clínicos.

En el aspecto inmunológico se ha corroborado que la especificidad de las proteosas corresponde en general a la de algunas de las fracciones seroproteicas de mayor movilidad electroforética (seroalbúmina o algún tipo de alfaglobulina). La técnica de inmunoelectroforesis (8) (9) constituye en este sentido un excelente método de estudio. Otros sistemas antígeno-anticuerpo frente a la precipitina anti-suero humano preparada en conejos, se observan también en casos de mayor malignidad. El estudio sobre las propiedades de antígenos completos o de haptenos que pueden presentar las proteosas como tales o sus polipéptidos constitutivos se abordará también por otras técnicas.

En trabajos actualmente en marcha se sigue investigando la posibilidad de llegar a establecer las características estructurales e inmunoquímicas de las proteosas urinarias patológicas que permitan reconocer no sólo los casos de cáncer declarados y diagnosticables por procedimientos convencionales, sino que también aquellos estados incipientes o dudosos.

(1) Trabajo en marcha con la ayuda del Grant C-5541 del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos de Norteamérica (Instituto Nacional del Cáncer) 1961-1962.

(2, 3) Asesores clínicos.
(4) Prof. Extraord. de Inmunoquímica, Fac. Q. & F., Univ. de Chile. Jefe de la Sección de Físico-Química del Instituto Bacteriológico de Chile.
(5, 6) Ayudantes asociados de investigación.
(7) Asesor de Química Orgánica. Prof. Escuela de Química, Univ. Católica de Chile.

(*) Sesión VII, en 11-VII-62.

BIBLIOGRAFIA

1.—LEVIN, J. M., DUBIN, A. & ARMSTRONG, S. H. The finding of urinary proteoses in certain renal diseases. J. of Lab. and Clin. Med. 53:167, 1959.

2.—LEYTON, R. G., LOBO ONELL, C., BERNAL, G. P., MELENDEZ, T. M. & SILVA, G. F.: Glicoproteínas urinarias como productos normales y anormales con especial referencia a las nefropatías. Rev. Chilena de Urol. 23 (1):17, 1960.

3.—LEYTON, R. G., SILVA, G. P., MELENDEZ, T. M., BERNAL, G. P. & L. HERRERA.: Proteosas urinarias en el cáncer. Trab. presentado a la I. Confer. Lat. Amer. Diagn. precoz del Cáncer. 1-5 Abril, Bogotá, Colombia, 1960.

4.—RAVENTOS, E., LEYTON, R. G., CONTRERAS, G. E. & BARRIGA, B. R. Química en Inmunología de las proteosas urinarias en el cáncer. II Polipéptidos y ámino ácidos constitutivos. Comunic. prelim. a Div. de Donaciones para Invest. PHS, USA. Marzo 1962.

5.—LEYTON, R. G., LOBO ONELL, C., MELENDEZ, T. M. & L. HERRERA. Significación clínica del cuociente polipéptidos totales/carbohidratos totales de las proteosas urinarias. Rev. Chilena de Urol. 25:51, 1961.

6.—RAVENTOS, E., LOBO ONELL, C., LEYTON, R. G., SIMON, SCH. H., CONTRERAS, G. E. & BARRIGA, R. B. Quím. e Inmunología de las proteosas urinarias en el cáncer. III. Importancia clínica de la relación PT/CHT. Comun. preliminar a la Div. de Donac. para Invest. PHS. USA. Marzo, 1962. Grant C-5541. Nat. Inst. of Cáncer. Bethesda.

7.—RAVENTOS, E., LOBO ONELL, C., LEYTON, R. G., CONTRERAS, G. E., SIMON, SCH. H. and BARRIGA, B. R. Química e Inmunología de las proteosas urinarias en el cáncer. I. Fraccionamiento por filtración molecular en geles de Sephadex. Comun. preliminar a la Div. de Donac. para Investig. PHS, USA. Marzo, 1962. Grant. C-5541. National Institute of Cáncer. Bethesda.

8.—WILLIAMS, C. A. and GRABAR, P. Im-

munoelectrophoretic studies on serumproteins. J. Immunol. 74:158. 1955.

9.—GRABAR, P. & BURTIN, P. "Analyse Immuno-électrophorétique". Ses applications aux liquides biologiques humaines. Masson et Cie. Editeurs.

10.—RAVENTOS, E., LEYTON, R. G., SIMON, SCH. H. & CONTRERAS. Química e Inmunología de las proteosas urinarias en el cáncer. IV. Estudio del comportamiento inmunoquímico. Sesión del 29 de XII, 1961. Soc. Chilena de Alergia e Inmunología. Grant. C-5541, National Cancer Institute. PHS, USA., 1961.

DISCUSION

Dr. **Vargas Molinare.**—Lamenta la ausencia por enfermedad del Prof. Lobo Onell, quien habría hecho comentarios interesantes sobre estos trabajos, que están realizando desde algunos años. Ya nos presentó en una sesión anterior la Sra. Leyton los estudios que ha realizado con los polipéptidos y carbohidratos en relación con enfermedades del colágeno y tumores, encontrándolos aumentados. Ahora han encontrado aumento de las proteosas en el cáncer, lo que tiene, para los clínicos, un valor pronóstico, ya que en los cánceres avanzados es donde están más elevadas sus cifras y posiblemente pueda tener más adelante un valor diagnóstico, ya que hay otras enfermedades en las que también se elevan. Felicita a la Sra. Leyton y Cols. por la investigación.

Dr. Lira Valencia.—Pregunta si estas cifras se elevan desde el comienzo en el cáncer, de manera que pudiera tener valor en el diagnóstico precoz.

Dr. Sierra.—Solicita a la Sra. Leyton que precise el valor que puede tener en el diagnóstico del cáncer y en qué otras afecciones se elevan también sus cifras.

Profesora **Leyton.**—Lo que se persigue es llegar a utilizar estos estudios para el diagnóstico precoz, pero se ha observado que hay personas normales con los índices un poco elevados. Investigando las familias de estos individuos se ha encontrado un cuociente muy parecido. De la misma manera, el ácido ptiálico, que es un carbohidrato aminado, se eleva mucho en los enfermos con cáncer, pero se ha observado un cierto grupo de personas normales que también tienen elevadas sus cifras y entre sus familiares ha habido casos de cáncer. Puede ser que haya relaciones entre estos estudios y se pueda establecer, por lo menos, una predisposición a la tendencia al cáncer o determinar un estado precanceroso. Este índice no es patognomónico de cáncer porque se ha encontrado elevado en otras enfermedades. En el síndrome nefrósico hay cifras elevadas, pero no tan elevadas como en algunos cánceres. Sin embargo, cuando se estudian grandes grupos de nefrósicos y de cancerosos se observa que las cifras de polipéptidos están más aumentadas en los enfermos nefrósicos que en los cancerosos.

Dr. **Corvalán Rocco** (Pdte.).—Felicita a los relatores por su investigación, que abre una senda de muchas posibilidades para el futuro, y los estimula a continuar trabajando en el tema.

TUMORES DEL TESTICULO EN NIÑOS*

Dr. HERNAN BAEZA, Dr. LUIS IBIETA y Dr. EDUARDO VILLAGRAN**

Agradecemos la oportunidad que nos ha dado la Sociedad de Urología para exponer nuestra experiencia en los tumores del testículo en los niños, afección de escasa frecuencia y de la cual hay muy pocas referencias en la literatura nacional.

La experiencia del Servicio de Urología en tumores del testículo en adultos alcanza a 53 casos en los últimos 20 años (8) y en un mismo lapso hemos logrado recolectar 7 en los niños, que corresponden a nuestra experiencia y a la de otros cirujanos.

Por la extremada importancia de reconocer el tipo histológico preciso de cada tumor se han propuesto diversas clasificaciones, usando nosotros la de Dixon y Moore. Del diagnóstico histológico depende el tratamiento postoperatorio, estando también influenciado directamente el tiempo de sobrevida y la aparición de metástasis.

CUADRO Nº 1

CLASIFICACION DE LOS TUMORES DEL TESTICULO

A) **GERMINALES:**	B) **NO GERMINALES:**
SEMINOMA	TUMORES DE CELULAS INTERSTICIALES, ANDROBLASTOMAS, FIBROMAS, SARCOMAS (FIBROSARCOMAS).
TERATOMA	
TERATOCARCINOMA	
CARCINOMA EMBRIONARIO	
CORIOCARCINOMA	

Los tumores germinales primitivos del testículo representan el 96,5% del total y dentro de este grupo los más frecuentes son los teratocarcinomas y los carcinomas embrionarios.

Según Campbell (3), el 95% de los tumores testiculares del niño son malignos y en un 75% se presentan en menores de 4 años, siendo muy raro encontrar seminomas, a tal punto que a los pocos casos relatados se le han puesto serias objeciones, por lo cual se puede decir que los seminomas no se presentan en los niños.

El tumor de células intersticiales se presenta en niños entre 6 y 12 años, siendo benignos, dando origen a pubertad precoz e hirsutismo (5).

Nuestra Casuística.— Se compone de 7 enfermos que han sido reunidos en el plazo de 20 años, haciendo notar que los dos últimos casos han sido atendidos personalmente por nosotros.

La edad fluctuó entre 1 y 6 años, correspondiendo la mayor frecuencia a los menores de 4 años.

El síntoma predominante que motivó la consulta, fue un aumento de volumen de la región escrotal, siendo este hecho relacionado por la madre, en algunos casos, a un traumatismo.

El diagnóstico de presunción en el primer examen fue hidrocele en dos enfermos; en uno, hematocele; en otro, hernia inguinal; otro, tumor del testículo. Otro fue llevado por

* Sesión VII, en 11-VII-62.

** Hospital Clínico Regional y Cátedra de Urología, Universidad, Concepción.

su madre al Policlínico de Pediatría por molestias de tipo respiratorio y al examen general se comprobó metástasis pulmonares, diseminadas en ambos campos y una tumoración testicular.

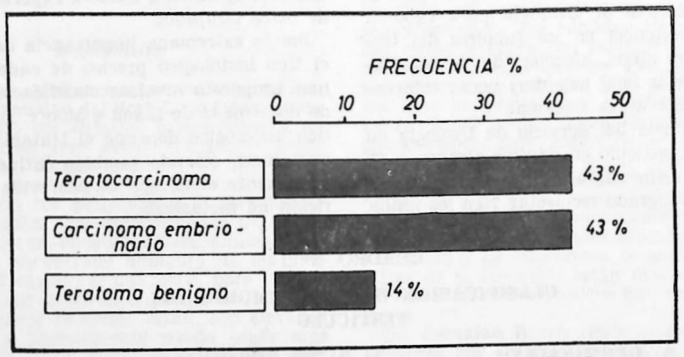
En los 7 enfermos, el lado afectado fue el derecho y en dos de ellos hubo una coincidencia con una criptorquidea derecha.

La primera consulta al médico se realizó a los 10 días de notar la madre una tumoración, siendo la más tardía a los 8 meses.

El tratamiento efectuado en 6 de los pacientes, fue la orquiectomía simple. En el enfermo restante se agregó a esta operación, cobalto-terapia, habiéndose indicado a otros esta misma radioterapia, no siendo efectuada ésta, por motivos ajenos a nosotros.

El diagnóstico histológico fue de teratocarcinoma en tres enfermos; de carcinoma embrionario en otros tres y el otro como teratoma benigno.

CUADRO Nº 2



DISTRIBUCION HISTOPATOLOGICA DE LOS TUMORES.

La evolución y el resultado se ignora en tres enfermos. De 3 sabemos que han fallecido: uno, a la semana de su operación, a consecuencia de metástasis pulmonares que presentaba a su ingreso; otro, a los 4 meses, por metástasis hepática; y otro, a los cinco meses, por metástasis pulmonares.

Nuestro último paciente se encuentra bien a los 4 meses de su operación, habiendo sido el diagnóstico histológico un teratocarcinoma. Este tiempo es demasiado corto para poderlo considerar de significación estadística.

Deseamos relatar una de las observaciones que nos parece demostrativa: **A. S.**— Edad: 6 años. Consulta a los 3 meses de evolución por haber notado su madre aumento de volumen indoloro en región escrotal derecha, el cual fue en rápido crecimiento, sin presentar compromiso del estado general.

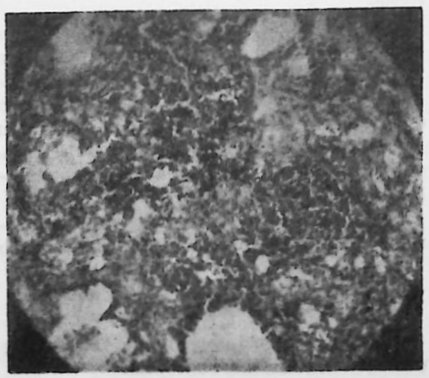
Al examen se encontró un testículo derecho aumentado, del tamaño de un huevo de gallina, de superficie lisa, indoloro y de consistencia firme.

El primer diagnóstico fue de hidrocele, pero esta tumoración no se transiluminaba, lo cual descartó ese diagnóstico.

Los exámenes hematológicos y radiográficos fueron normales. Se procedió a la orquiectomía, ligándose lo más alto posible el cordón espermático.

El diagnóstico histológico de la pieza extraída indicó un teratocarcinoma del testículo.

CUADRO Nº 3



BIBLIOTECA PÚBLICA DE SANTIAGO SECCIÓN

A la semana se inició tratamiento preventivo con cobaltoterapia, evolucionando los primeros meses bien, pero a los 5 meses presenta metástasis pulmonares bilaterales que rápidamente lo llevan a la muerte.

Comentario.— Deseamos recalcar que, a pesar de tener 7 casos, las conclusiones que de ellos pueden sacarse son válidas y concordantes con las dadas en otros trabajos al respecto. Phelan (7) de la Clínica Mayo, en una revisión casuística desde 1932 a 1952, o sea, en el mismo lapso que nosotros, encontró sólo 9 casos y es norma observar que numerosas publicaciones se refieren a una o dos observaciones. En la bibliografía nacional hemos encontrado la referencia a un enfermo (9) y una revisión anátomopatológica de 7 casos durante 14 años, practicada por Espinoza en el Hospital Arriarán (4). En la literatura mundial, Allen encontró hasta 1961, que existían referencias a 495 casos (1).

De ahí nuestro interés en presentar este trabajo a vuestra consideración, aprovechando también en insistir en la alta letalidad que poseen estos tumores, habiendo fallecido el 43% de nuestros enfermos, porcentaje que, con toda seguridad, se hubiera elevado, si hubiéramos sabido la evolución posterior de tres enfermos.

Vale la pena llamar la atención acerca de que en los niños, la edad más frecuente de aparición de la neoplasia es en los menores de 4 años, encontrándose ésto en el 85% de nuestras observaciones, mientras que en el adulto se presentan especialmente entre los 20 y los 30 años.

En los adultos predomina el seminoma, alrededor del 54%, por sobre los otros tipos de tumores (8); en el niño el seminoma no se presenta, predominando, en cambio, el teratocarcinoma y el carcinoma embrionario. Esto explicaría la alta letalidad encontrada, pues los seminomas son radiosensibles, en tanto que los otros, no. Esto da un pronóstico sombrío que tiende a aclararse, por cuanto ahora se cuenta con nuevas técnicas de irradiación, siendo actualmente la más empleada, la telecobaltoterapia y la radiación de alto voltaje.

El pronóstico de estos tumores depende, en gran parte, de la precocidad del diagnóstico, de la investigación de metástasis, de la intervención quirúrgica oportuna, del buen estudio histopatológico de la neoplasia extirpada que permite establecer la dosis adecuada para el tratamiento radioterápico postoperatorio.

Debe sospecharse un tumor del testículo en todo niño que presente un aumento de volumen en su genital, de rápido crecimiento, indoloro, de consistencia firme, no adherida al escroto y con una transiluminación negativa. En estos casos es siempre aconsejable una exploración quirúrgica.

El tratamiento actual de los tumores es siempre quirúrgico, a través de una orquiectomía con ligadura alta del cordón espermático y extirpación de todo el contenido escrotal del lado afectado, completándose lo más precozmente posible con Roentger I/O cobaltoterapia. Se aconseja la extirpación ganglionar de la cadena lumboaórtica, en caso de tumor radioresistente.

A pesar de no tener experiencia personal debemos comunicar que se ha relatado desaparición de metástasis pulmonares con el empleo de nitrofuranos (Furacín). También se ha usado, con resultados variables, quimioterápicos como el Nitromín, el Methotrexato y aún un antibiótico como la Actiomicina D (10).

Resumen y conclusiones

1.— Se analizan 7 casos de tumor del testículo en niños, desde el año 1942 hasta hoy (año 1962).

2.— En el 85% se presentó en niños menores de 4 años.

3.— En la totalidad de los casos la neoplasia se presentó al lado derecho y en dos ocasiones se implantó en un testículo criptorquídico.

4.— El tipo histológico fue principalmente teratocarcinoma y carcinoma embrionario.

5.— El tratamiento efectuado fue la orquiectomía, completado en un caso con cobaltoterapia postoperatorio.

6.— 3 enfermos han fallecido. De tres no conocemos la evolución. Y el séptimo, sólo tiene cuatro meses de control postoperatorio y se encuentra bien.

7.— Se analizan los últimos conceptos en el tratamiento de esta afección.

BIBLIOGRAFIA

1.—ALLEN, B.: "Testicular Tumors in Infants and Children". Journal of Urology: 86-795, 1961.

2.—BORMEL, P.: and HOWARD, MAYS.: "Testicular Tumors in Infancy and Children". Report of two cases. Journal of Urology: 86-1961.

3.—CAMPBELL, M.: Clinical Pediatric Urology. Ed., 1961.

4.—ESPINOZA, TULIO.: "Tumores y malformaciones tumorales en los niños". Rev. Chilena de Pediatría: 28 Nº 9-347, 1957.

5.—MOE, P. J. and O. H. YEVERSEN.: "Leydic cell tumors for the testis in a 6½ years old boy. Acta pediátrica: 50-417, 1961.

6.—Pediatric Clinics of North America: 6 Nº 2-500.

7.—PHELAN, J.: "Testicular Tumors in Infant and Children". Surgery Ginecology and Obstetrica: 105, 1957.

8.—RIOSECO, E. y BAEZA, H.: Revista Chilena de Urología, 1948.

9.—ROJAS, CARLOS.: "Tumor maligno del testículo". Revista Chilena de Pediatría. Año XXIX: Nº 8-266.

10.—TALLMAN, E. y TALLMAN, B.: "Tumores malignos primitivos del testículo". Archivo de la Sociedad de Cirujanos de Chile. Nº 13-Nº 6-770, 1961.

11.—WADELL, R. W.: "Testicular Lynfoblastoma in Children". Journal of Urology: 85-956, 1961.

DISCUSION

Dr. Lira Valencia.—Felicita al Relator por su interesante trabajo y relata el caso de un pariente de él que fue operado con diagnóstico de teratoma adulto, benigno. Se le practicó extirpación de la glándula con ligadura alta. La evolución ha correspondido a la de un tumor benigno, ya que tiene actualmente 30 años de edad. El teratoma adulto es de buen pronóstico y mejora extirpando la glándula. La proporción de seminomas en el niño es menor que en el adulto y las formas más importantes son las intermedias, los teratocarcinomas, el carcinoma embrionario, que son resistentes a la radioterapia. En estos casos se ha recomendado la extirpación de la glándula y de la cadena linfática, hasta por encima de los vasos arteriales renales. El corioepitelioma es muy grave y no tiene tratamiento hoy día. El Relator afortunadamente no tuvo ninguno.

Dr. Vicuña Monardes.—Felicita al Dr. Baeza por el grupo estadístico importante que ha traído y por su presentación. No ha tenido oportunidad de ver tumores de testículo en niños, ya que trabaja en hospital de adultos. No sabe qué experiencia haya en el Hospital de Niños, en Valparaíso. En el Hospital Naval han hecho tratamiento con nitromin. Uno de los casos fue el de un paciente de 17 años, que fue enviado por una masa lumbar enorme y en el que al examinar los testículos encontró un nódulo pequeño que no hubiera pensado que se trataba de un tumor si no hubiera existido la gran masa lumbar. Este paciente fue tratado con nitromin y radioterapia. El resultado respecto a la masa lumbar fue espectacular, se redujo y se corrigió la acodadura ureteral. A los 5-6 meses falleció por aplasia medular.

Dr. Tallman Valenzuela, Edo.—Felicita al Dr. Baeza por el interés de su trabajo y el número de casos que presenta. Ha tenido ocasión de operar un solo caso de tumor testicular en un niño. Se trataba de un paciente de un año de edad con un tumor, que resultó ser un teratoma. Le hizo sólo orquiectomía con ligadura alta del cordón. Ha tenido ocasión de controlarlo y está bien dos años después de la operación.

Respecto al teratoma benigno del testículo, presentamos a esta Sociedad, con Tallman, Benjamín, un caso de 41 años, de evolución comprobada, fue operado por el Prof. Bisquertt en su juventud y se le hizo el diagnóstico de teratoma adulto, negándose el enfermo a que se le practicara la orquiectomía. 41 años después lo operamos nosotros y le sacamos el testículo. Se comprobó en el examen histopatológico que era un teratoma adulto del testículo, que se mantuvo durante todo ese tiempo sin proliferar.

Dr. Gutiérrez S. M.—Se refiere a su experiencia sobre el uso de los derivados del gas mostaza en los tumores del testículo. Están usando diclorén y nitromin en el Hospital de Carabineros, en forma sistemática durante la intervención quirúrgica. Practican la ligadura alta del cordón, la orquidotomía para comprobar que se trata de un tumor y la resección alta del cordón, abriendo el conducto inguinal. No ha seguido la resección de los linfáticos. Con gran satisfacción han visto que las masas metastásicas se funden por completo, sin radioterapia.

Dr. Castro Varela.—Hace 2 o 3 años tuvo un caso de un niño de 3 años, con un tumor de testículo, que resultó ser un sarcoma, lo que es muy raro. Este niño hizo metástasis rápidamente en el conducto inguinal y generalizadas. Recientemente ha ingresado en su Servicio otro niño con tumor de testículo que está en estudio para operar. En cuanto a la resección de la cadena ganglionar ha tenido un caso de un adulto con teratocarcinoma a quien se le hizo resección de la cadena ganglionar lumboaórtical por vía transperitoneal, el que después de 4 meses ha vuelto a ingresar con metástasis mediastínicas y pulmonares, aunque el estudio de la cadena ganglionar fue totalmente negativo. Este caso tenía, además, algunos brotes de corioepitelioma en el teratocarcinoma.

Dr. Max. Montero.—Se ha preocupado especialmente de la quimioterapia del cáncer y tiene algunos tumores de testículo tratados. Un paciente que había sido operado por seminoma y que tenía metástasis que desaparecieron después del tratamiento. Lleva un año desde que fue tratado y está bien. Se ha controlado y se le ha practicado, incluso, radiografía de tórax. Tiene otros casos que quisiera presentar en detalle a la Sociedad. Recomienda hacer quimioterapia durante el tratamiento quirúrgico, pero no se puede usar la quimioterapia en forma indiscriminada, porque se puede tener un éxito inicial y ocurrirle, como relató el Dr. Vicuña, una aplasia medular a los 3 meses o un trastorno más grave que la propia enfermedad. Considera la quimioterapia un arma poderosa, ya que ha tratado incluso teratomas, con biopsias repetidas. Trató, también, tiempo atrás, un coriocarcinoma, con los títulos más altos de gonadotrofinas que ha visto. Se logró hacer negativas las gonadotrofinas, pero el paciente falleció, ya que en aquel tiempo no dominaba las combinaciones de drogas, como lo hace ahora. Cree en la cirugía ampliada, con resección de los linfáticos, asociada a la quimioterapia.

Dr. Vargas Molinare.—Felicita al Dr. Baeza y lamenta que no hayan asistido los urólogos que trabajan en hospitales de niños que podrían haber discutido su estadística. Tiene sólo adultos operados con orquiectomía y radioterapia. Le ha llamado la atención que últimamente no han aparecido pacientes con seminoma, todos son teratomas malignos que no pueden ser tratados de la misma manera.

Dr. Baeza.—Agradece las palabras de estímulo de los colegas sobre su experiencia en tumores de testículo en el niño y desearía que se uniformara el criterio de tratamiento de los pacientes con tumores testiculares sin metástasis demostrables, para evitar la aparición posterior de ellas.

Prof. Correa Fuenzalida.—Recuerda a los Socios que en 1964, en Londres, se tratará el tema de tumores de testículo y que, por lo que ha oído, Chile tendría una experiencia que mostrar.

Dr. Hidalgo, Fernando.—Hace resaltar dos hechos importantes en la diseminación de los tumores durante el acto quirúrgico: la ligadura alta del cordón antes de disecar el tumor y la quimioterapia durante la operación.

Dr. Corvalán Rocco.—Felicita al Dr. Baeza por su interesante presentación y por el esfuerzo que le ha significado venir desde Concepción a presentarnos su experiencia, que ha dado lugar a una discusión tan interesante. En el Hosp. San Borja, desde algún tiempo, están haciendo la ligadura previa del cordón y la quimioterapia durante la operación. Tienen 3 casos tratados así.

CANCER DE LA URETRA*

Dres. TALLMAN V., BENJAMIN y TALLMAN VALENZUELA, EDUARDO**

Cuando un órgano es atacado por un tipo de patología poco frecuente, suele ocurrir que no se piense en ella, especialmente si carece de signos patognomónicos, y en cambio se considere al proceso otra naturaleza de iguales síntomas, pero que es a menudo motivo de consulta.

Tal es lo que ocurre en el cáncer de la uretra, cuyos síntomas similares a los de la uretritis y sus secuelas en el hombre no orientan en su diagnóstico y lo que es peor, lleva a efectuar maniobras instrumentales perjudiciales en la evolución del tumor. Con frecuencia la presencia de zona estrechada de la uretra masculina y de una masa periuretral hace pensar en estrechez post uretritis y en absceso periuretral y se indican drenajes quirúrgicos perineales (sin biopsia histopatológica) o dilataciones uretrales. Estas variedades poco comunes de tumores de la vía urinaria no son diagnosticados hasta que se encuentran en períodos avanzados de evolución, perdiéndose tiempo para un tratamiento eficaz.

En la mujer, la presencia de tumores del meato uretral y su propagación por la pared anterior de la vagina permiten localizarlos en períodos relativamente más tempranos que en el hombre, donde no son asequibles a simple vista, pasando inadvertidos en sus primeras etapas. Con frecuencia el ginecólogo es el que primero descubre por tacto la masa uretral o infiltración vecina, solicitando el concurso del especialista.

En los últimos 8 años se han diagnosticado 6 tumores de la uretra en el Hospital José Joaquín Aguirre; dos de ellos, diagnosticados en Ginecología, por el examen físico, no tienen comprobación histológica y no han acudido a control. Los cuatro restantes han sido hospitalizados en Servicio de Urología, dos de ellos recientemente, lo que nos estimuló a efectuar este relato a fin de precisar sus elementos de diagnóstico, evolución y modificaciones de la terapéutica de los últimos años.

Su escasa frecuencia se refleja en observaciones de la literatura: 8 casos de cáncer de la uretra posterior en el hombre diagnosticados en el New York Hospital (6) en 22 años; 59 enfermos vistos en 28 años en el Memorial Hospital (1); en el centro de investigación del cáncer "Roswell Park Memorial Institute", se encontraron 32 casos en 45 mil mujeres, lo que corresponde a una proporción de 1:1.500 mujeres ingresadas (10).

(a) Cáncer de la uretra en el hombre.—Menos frecuente que el de la mujer, sólo 2 de los 6 enfermos de la presente serie eran del sexo masculino.

Se les ha clasificado según su localización en tumores de la uretra peneana, bulbo-membranosa y prostática. La primera ubicación es menos frecuente, correspondiéndole alrededor de 1/3 de los enfermos, siendo la localización bulbo-membranosa la vista con mayor frecuencia. El de la uretra prostática, si bien es raro, ha sido visto en biopsias coexistentes a cáncer prostático durante una resección trasuretral (13).

Se le encuentra en general después de los 50 años de edad, siendo las edades de 60 y 64 años las promedio en varias series; los dos enfermos tratados en el Servicio de Urología tenían 62 y 66 años.

Dejando de lado al papiloma que emerge de la fosa navicular y que tiene diferente comportamiento y se lo atribuye a virus, el tumor más frecuente es el carcinoma de células escamosas que se encuentra en la uretra bulbo-membranosa, pese a que el epitelio de que se origina es de tipo cilíndrico. Se cree que debido a irritación crónica ocurre, en dicho epitelio, fenómeno de metaplasia escamosa que puede llevar a degeneración maligna.

Desde su sitio de origen los tumores se propagan por vía linfática, principalmente y, posteriormente, sanguínea a distancia; los de la uretra peneana y glande van hacia el plexo presinficial, a los ganglios inguinales superficial y profundos y aún a los ilíacos; los de la porción bulbo-membranosa van al ganglio medio retrofemoral, a ganglios de la parte inferior del plexo vesical anterior drenando en grupos retrofemoral e ilíacos; y los de la uretra prostática, además de tener esta propagación pueden alcanzar los ganglios hipogástricos (2).

Generalmente son asintomáticos en sus primeras etapas. Los de la fosa navicular a medida que crecen provocan dolor ("clavadas") durante la micción, con disminución del calibre del chorro urinario y aparición de masa que es observada por el paciente al entreabrir los labios del meato.

Los de la uretra bulbo-membranosa generalmente están propagados a ganglios pélvicos cuando se descubren; sin embargo, en períodos precoces se ha descrito dolor uretral durante la erección o aparición de una masa pequeña o zona sensible periuretral, de consistencia firme en relación a zona estrechada explorada o dilatada recientemente; ocasionalmente esta masa sólo es perceptible de palpar sobre un instrumento endouretral.

Síntomas frecuentes de encontrar son los correspondientes a estrechez uretral, que desgraciadamente ocurren en períodos avanzados del proceso o cuando el tumor se ha complicado de infección; sin embargo, esta estrechez tiene algunas características sospechosas: al ser dilatada sangra en mayor cantidad y por mayor tiempo que en la estrechez inflamatoria, debido a que el tumor es blando y muy vascularizado; con frecuencia la estrechez recidiva en corto tiempo pese a tratamiento. La propagación del tumor a tejidos vecinos y su infección lleva a formación de fístulas, especialmente si son drenados quirúrgicamente considerándolos abscesos periuretrales inflamatorios. En los enfermos que no acusan estrechez, la masa palpable fue un signo muy frecuente que motivó la consulta. Ocasionalmente en ellos existía secreción uretral sanguinolenta y de mal olor, que correspondía a tejido ulcerado, infectado y esfacelado.

Estos síntomas y signos constituyen la base del diagnóstico. La exploración o dilataciones repetidas son perjudiciales para la evolución del proceso. Por encontrarse frecuentemente en relación con zona estrechada bulbo-membranosa, la panendoscopia no permite apreciar detalles de utilidad, pero proporciona la biopsia que va a corroborar el diagnóstico.

El estudio citológico del sedimento urinario o de la secreción uretral puede ser de gran utilidad en manos de un experto. El estudio radiológico es insuficiente para diagnóstico, pues la uretrografía sólo revelará el sitio de la estrechez y la urografía de eliminación mostrará signos de obstrucción baja. Las desviaciones del cistograma o del trayecto ureteral pueden ser de utilidad para pesquisar metástasis pelvianas; así mismo, la radiografía de tórax mostrará propagación a distancia. El diagnóstico efectivo de la propagación vecina será dado, con fundamento, por la exploración quirúrgica de la pelvis y la biopsia ganglionar correspondiente.

Caso 1.—Hombre de 62 años que desde 6 meses antes de su ingreso notó aumento progresivo e indoloro del periné, y desde 15 días antes dificultad miccional de carácter progresivo que lo obliga a consultar la policlínica. Al examen la uretra era libre a sonda 14 y se palpaba una masa perineal periuretral del tamaño de una palta, adherida a planos profundos. Infección urinaria a E. coli y Proteus. Serología positiva. Con diagnóstico de probable absceso periuretral se efectuó perineotomía sin que drenara pus, y encontrándose sólo tejido infiltrado inflamatorio. Se efectuaron dilataciones uretrales, pero a los 2 meses acudió nuevamente por estrechez. En esta oportunidad se efectuó cistostomía, resección del tejido infiltrado y uretrorrafía. El examen histopatológico de la pieza informó: "tejido necrótico y exudado fibrinopurulento". La evolución postoperatoria fue buena, pero a los 27 días se produce un pequeño absceso perineal que se vacía espontáneamente. En la uretrografía se observó múltiples divertículos uretrales. (Fig. Nº 1).

La herida cerró, pero, nuevamente, se produjo estrechez uretral parcial. A los tres meses de operado aparece ganglio inguinal acompañado de fiebre. Operado, se efectuó resección de ganglios inguinales, informando la biopsia: "metástasis ganglionar espinocelular". Un trozo de tejido uretral, que se tomó durante el acto quirúrgico al explorar el absceso "antiguo" periuretral informó: Ca.espinocelular.

Visto en consulta con radioterapeutas, estiman que el tratamiento quirúrgico radical es preferible a radioterapia; sin embargo, no se puede efectuar por mal estado del paciente.

---

* Sesión VIII, en 25-VII-62.

** Servicio de Urología, Prof. R. Vargas Z. Hospital José Joaquín Aguirre.



Fig.— 1.—Caso Nº 1.—Uretrografía en cáncer uretral del hombre. Irregularidad de la uretra (zonas estrechadas y dilatadas) con múltiples divertículos uretrales.

Dado de alta se controló hasta 7 meses después de su primer ingreso, con en malas condiciones por propagación de la neoplasia.

Caso Nº 2.—Enfermo de 66 años que ingresó al Servicio por hidrocele derecho y secreción uretral seropurulenta. Tratado con antibióticos la secreción disminuyó, siendo operado del hidrocele. Queda en buenas condiciones, pero reingresa 8 meses más tarde por secreción uretral y plastrón duro perineal fistulizado al escroto, por el que sale escasa secreción purulenta. Operado, se realizó cistostomía y drenaje y debridación del absceso por vía perineal. Drenó escasa secreción, y un trozo de tejido periuretral enviado a examen fue informado como "tejido fibroso denso" por el histopatólogo. La exploración uretral durante el acto operatorio la revelaba permeable a sonda 22.

Dado de alta en buenas condiciones, dos meses más tarde reingresa por uretrorragia escasa, siendo la uretra estrecha a 12 cm. del meato a sonda 12. En el examen había plastrón priuretral duro, pétreo en relación a la base del pene. Operado se resecó la "fibrosis" periuretral en forma extensa, junto al genital derecho que se encontraba incluído en la masa. El estudio histopatológico reveló: "carcinoma espinocelular uretral y periuretral". En un segundo tiempo debido a la propagación anterior del tumor se efectuó enmasculación, comprobándose en el examen microscópico "carcinoma espinocelular de la uretra peneal".

Evolucionó en buenas condiciones siendo dado de alta con cistostomía suprapúbica. Ha seguido controles en Policlínica durante dos meses.

(b) Cáncer uretral en la mujer.—Más frecuente que en el hombre, en proporción de casi 4:1 (1), correspondió a 4 de los 6 pacientes diagnosticados en el Hospital José Joaquín Aguirre.

Su variedad más frecuente es la de carcinoma epidermoide y su etiología se la relaciona con irritación crónica provoniente de infecciones que ocurren asociadas a estrechez inflamatoria o por traumatismos del parto. Las inflamaciones crónicas que ocurren en divertículos infectados son causa frecuente de irritación. Se ha señalado como sitio "peligroso" en la uretra aquel donde el epitelio cilíndrico se transforma en escamoso estratificado (similar a la mucosa labial, o anal).

La propagación linfática a través de los vasos submucosos compromete los ganglios ilíacos externos e hipogástricos. La infiltración del tumor de la región uretro-vaginal y labio menor ocasiona compromiso de los ganglios inguinales superficiales, que algunos consideran como etapa avanzada del proceso, ya que estarían tomados con anterioridad los ganglios pelvianos.

Generalmente, son asintomáticos al comienzo; una vez que crecen dan origen a masa que obstruye la uretra con disminución del calibre urinario, dificultad para iniciar la micción que suele ser dolorosa; cuando se ulceran originan secreción serosanguinolenta que mancha la ropa y constituye frecuentemente motivo de consulta al ginecólogo. Al examen aparece generalmente el meato edematoso, con engrosamiento del labio inferior, a veces zonas ulceradas o eminencia de masas de color rojo oscuro por el canal. Al tacto puede percibirse, especialmente sobre un instrumento endouretral, la existencia de masa en la pared inferior de la uretra, y si el tumor está propagado habrá, junto a la induración de la uretra, infiltración nodulosa de la vagina.

La búsqueda de propagación a ganglios pelvianos se efectúa por palpación bimanual o tacto rectal bajo anestesia, siendo de cierta utilidad también el estudio urográfico. En la endoscopia se observa un tumor de crecimiento ulcerativo, y la biopsia afirmará el diagnóstico. La exploración quirúrgica de los ganglios pelvianos o inguinales revelará el grado de propagación aunque, como ocurre en el cáncer vesical, sin seguridad absoluta.

Es de importancia fundamental la biopsia para diferenciarlas de otras patologías benignas: del prolapso de la mucosa y de la carúncula uretral. Sin embargo, en relación a este último proceso se ha encontrado coexistencia de neoplasma junto a este tejido de evolución benigna (1).

Caso Nº 3.—Enferma de 57 años que consulta policlínica por ardor miccional y aparición de masas inguinales, cuya evolución no precisa. Al examen se encontró superficie ulcerada del meato uretral con propagación del tumor hacia atrás e infiltración nodular de la pared vaginal anterior. El examen inguinal revela compromiso a derecha de grupo ganglionar superficial adherido a plano profundo; a izquierda hay también infarto ganglionar de caracteres semejantes, más pequeño. Hay además compromiso de ganglios ilíacos externos a derecha.

El examen citológico de orina reveló: células neoplásicas.

Operada por cancerólogo se efectuó vaciamiento inguino-ilíaco bilateral, vulvectomía subtotal y resección parcial de la uretra. El informe histopatológico reveló: melanoma maligno.

Después de buen postoperatorio, en examen de control realizado 8 meses más tarde se encontró que faltan los 2/3 distales de la uretra y en la endoscopia la mucosa vesical es normal, pero el cuello vesical está relajado y no se contrae al retirar el cistoscopio, pero se obstruye por flaccidez del labio superior. La enferma aqueja incontinencia urinaria al levantarse de la cama. Se plantea la posibilidad de efectuar derivación ureterointestinal bilateral, pero debido a cardiopatía reciente, se posterga la intervención. Actualmente, cerca de 2 años de su intervención, se encuentra en buenas condiciones, y sigue indicaciones de instilaciones de nitrato de plata y gimnasia perineal.

Caso Nº 4.—Mujer de 36 años, que 4 meses antes de su ingreso, al practicarse lavado vaginal (aseo genital) nota una tumoración dura en la uretra; sin síntomas urinarios, excepto discreto dolor miccional terminal.

Al examen se observa en relación al 1/3 distal de la uretra una masa dura, del tamaño de huevo de paloma, que al comprimirla da salida a orina hemática, siendo poco dolorosa.

En la endoscopia, la mucosa vesical es normal, el cuello ligeramente hiperhémico; en el piso de la uretra y a 2½ cm. del meato uretral se observó orificio alargado que comunica con cavidad que contiene una masa, que al tacto sobre el instrumento es muy dura.

En examen de orina: piuria y desarrollo de streptococos al cultivo. Radiografía de tórax: normal.

Operada, se efectuó incisión elíptica de la pared vaginal anterior rodeando el tumor; se disecó la masa, se seccionó y ligó su comunicación con la uretra y se invaginó el muñón. Sutura con catgut crómico al plano aponeurótico, sonda Foley vesical; catgut simple en la mucosa.

El estudio histopatológico del divertículo uretral y tejidos vecinos extraído concluyó: carcinoma epidermoideo anaplásico. La evolución postoperatoria fue en buenas condiciones y se envió a controles en el Instituto Nacional del Radium.

Lleva cerca de 2 años 4 meses en buenas condiciones, ignorándose su estado en los últimos 5 meses.

Comentario

Los dos primeros enfermos de esta serie, correspondientes a neoplasmas de la uretra masculina, fueron catalogados al comienzo como procesos inflamatorios uretral y periuretral, hasta que la biopsia histológica estableció el diagnóstico definitivo frente a estas obstrucciones de evolución prolongada. Desgraciadamente, en el primer enfermo el tratamiento curativo no fue posible efectuarlo por malas condiciones del enfermo.

La enferma que constituye el Caso 3 acudió en período de compromiso ganglionar inguinal, pese a lo cual se efectuó vaciamiento amplio con beneficio considerable para su evolución. La presencia de uno o dos ganglios tomados por metástasis no implica necesariamente inoperabilidad del enfermo, según lo estableció Marshall en 1957: dos enfermos con ganglios neoplásicos estaban libres de la enfermedad 5 años después de haberse sometido a cirugía radical. Por otra parte, también se ha postulado la necesidad de investigar la naturaleza de la adenopatía, pues este tipo de tumor generalmente se infecta y no raramente se trata de adenitis inflamatoria.

El diagnóstico de melanoma maligno primitivo de la uretra es raro, pero no infrecuente. En la serie de Dean se describen dos enfermas con este tipo histológico de tumor.

Un hecho interesante, y que ha sido objeto de recientes revisiones de la literatura, es el que ocurrió en la enferma que corresponde al caso Nº 4, cual es la existencia de tumor en divertículo uretral (3, 14). Se han descrito 12 casos en la literatura mundial, señalándose que ocurre frecuentemente bajo los 50 años de edad, y que se manifiesta frecuentemente por hematuria o uretrorragia; la pal-

pación revela habitualmente una masa blanda, y la panendoscopia asegura el diagnóstico. Son de mejor pronóstico que los tumores simples de la uretra y el tipo histológico suele ser a base de células transicionales que invaden las fibras musculares de la pared del divertículo. Generalmente la uretra no está comprometida y el tratamiento consiste en la resección del divertículo.

La conducta terapéutica frente a los tumores de la uretra estará influenciada por varios factores: el sexo, el tipo histológico, el sitio de origen, la propagación local, las metástasis linfáticas o sanguíneas y las condiciones generales del paciente.

Se ha esquematizado el tratamiento, como en toda neoplasia, en dos objetivos principales: tratamiento curativo y paliativo, que estará determinado por las condiciones orgánicas señaladas más arriba. El tratamiento curativo se basa en la resección del tumor, la remoción quirúrgica de los linfáticos y tejidos vecinos periuretrales, y su complemento mediante la radioterapia local. A esto pueden agregarse las investigaciones recientes (11) sobre perfusión con quimioterápicos en tumores pelvianos metastásicos.

En el cáncer de la uretra peneana se hace necesario la amputación parcial o total del pene, según su propagación, con uretrostomía perineal. En los tumores de la uretra proximal se han descrito dos tipos de intervenciones: en los tumores localizados hacia la parte distal ha sido de utilidad la técnica descrita por Young y Spence, que consiste en la disección extensa en block de la uretra bulbar, seguido por anastomosis uretral de la porción peneana a la membranosa por "telescopaje" subcutáneo del pene hacia atrás. En los tumores propagados, es necesario la cirugía radical, por las técnicas descritas por Marshall, Uhle y Kaufmann; la resección de la totalidad de la uretra membranosa y estructuras que la rodean, la prostatectomía radical con resección de ganglios linfáticos regionales, es considerado como procedimiento de elección en muchos casos propagados localmente. El principal problema postoperatorio lo constituye la derivación urinaria: la cistostomía es frecuentemente mal tolerada o produce complicaciones, por lo que se ha preferido la derivación ureterointestinal o la op. de Bricker.

Es importante poder efectuar el vaciamiento o exploración linfática ganglionar en los tumores que llevan cierta evolución. Cuando el tumor afecta la uretra anterior deben explorarse los grupos inguinales y femorales, y aún estudiarse por biopsia los iliacos e hipogástricos; estos últimos son indispensables de investigar cuando el tumor es de la uretra bulbomembranosa. La acción beneficiosa de la radioterapia sobre los ganglios inguinales, y aún iliacos e hipogástricos, ha sido recalcada en algunas observaciones (2, 4). Se han descrito resultados poco satisfactorios con la radioterapia (6, 8), pero estos fracasos pueden explicarse por técnicas de irradiación inadecuadas o por errores de estimación de la propagación del neoplasma (10).

El tratamiento del cáncer uretral en la mujer dependerá también de su propagación. Cuando están localizados en la porción distal y son pequeños, sin metástasis clínicas, es de utilidad la extirpación local combinada a implantación de agujas de radium y radioterapia de ganglios linfáticos. Sin embargo, debido a la propagación que presentan en el momento de consulta obliga a efectuar resecciones amplias, generalmente con derivación urinaria, debido a que se daña el esfínter durante la operación, y debe complementarse con resección ganglionar regional. Para las lesiones menores de 4 cm., Staubitz ha utilizado con buenos resultados la irradiación intersticial, como agujas de radium removibles que constituyen fuentes de baja intensidad, y administrando una dosis tumoral mínima de 4,500 gamma r. en 4 días o 6.000 gamma r. en una semana.

En general, los enfermos dejados evolucionar espontáneamente y los sometidos a terapia paliativa sobreviven alrededor de un año, mientras en intervenciones de cirugía radical, hay numerosos enfermos relatados con sobrevida mayor de 5 años y libres del tumor (2, 6).

RESUMEN

El cáncer uretral es un tumor maligno raro, de mal pronóstico, que generalmente se descubre en períodos avanzados de propagación local o regional.

Debe sospechárselo en el hombre frente a estrecheces rebeldes, que sangran más de lo habitual o recidivan más rápidamente con las dilataciones. Debe pensarse que la existencia de masa periuretral en hombre de más de 50 años, puede ser una neoplasia y no un cuadro inflamatorio. El cuidadoso examen ginecológico en las enfermas portadoras de disuria inespecífica y la biopsia de lesiones de carácter benigno permitirá diagnosticar el cáncer uretral de la mujer en períodos tempranos.

La propagación local del tumor y aun el compromiso de algunos ganglios regionales no se considera como criterio absoluto de inoperabilidad, y los enfermos se benefician con cirugía radical extensa, que puede complementarse con radioterapia intersticial local y externa sobre áreas regionales.

Se presentan 4 enfermos atendidos en el Hospital José Joaquín Aguirre en los últimos 8 años, uno de ellos fallecido por el tumor y los otros con menos de tres años de evolución. Un neoplasma que ocurrió en un divertículo uretral fue sometido a terapia local con buenos resultados.

BIBLIOGRAFIA

1.—DEAN, A. L.: Carcinoma of the male urethra. J. Urol. 75,3:505, 1956.

2.—FLOCKS, R. H.: The treatment of urethral tumors. J. Urol., 75,3:514, 1956.

3.—HINMAN, F., COHLAN, W. R.: Gartner's duct carcinoma in a urethral diverticulum. J. Urol., 83,4:414, 1960.

4.—HOTCHKISS, R. S., AMILAR, R. D.: Primary carcinoma of the male urethra. J. Urol., 72:1181, 1954.

5.—KAUFMAN, J. J., GOODWIN, W. E.: Carcinoma of the male urethra: one stage surgical treatment by radical perineal excisión and rectal transplantation of the divided trigone. Surg. Gynec. Obst., 97:627, 1953.

6.—MARSHALL, V. F.: Radical excision of locally extensive carcinoma of the deep male urethra. J. Urol., 78,3:252, 1957.

7.—Mc CREA, L. E.; FURLONG, J. H.: Primary carcinoma of the male urethra. Urol. Surv., 1:1-30, 1951.

8.—RICHES, E. W.; CULLEN, T. H.: Carcinoma of the urethra. Brit. J. Urol., 23:209, 1951.

9.—SPENCE, H. M.; DENMAN, J.: Primary carcinoma of the male urethra. Report of a 7-year cure by radical surgical excision. J. Urol., 78,4:414, 1957.

10.—STAUBITZ, W. J. y Cols.: Management of urethral carcinoma in the female. J. Urol., 73,6:1045, 1955.

11.—STRAFFON, R. A.: Cancer chemotherapy in the urologic patient. J. Urol., 86,2: 259, 1961.

12.—UHLE, C. W.; HOLFELNER, E. D.: Treatment of the carcinoma of male urethra by radical surgical infrapubic removal. J. Urol., 68:302, 1952.

13.—WILLIAMS, M. J.; KLEIN, E. I.: Prostatic adenocarcinoma complicated by the development of epidermoid carcinoma of the urethra. Report of 2 cases. J. Urol., 75,2:344, 1956.

14.—WISHARD, W. N. y Cols.: Carcinoma in diverticulum of female urethra. J. Urol., 83,4:409, 1960.

15.—YOUNG, H. H.: A new radical operation for carcinoma of the bulbous urethra. Surg. Gynec. Obst., 68:77, 1939.

DISCUSION

Prof. **Vargas Zalazar.**—Le da la impresión que los CA uretrales tienen una evolución más lenta y favorable que otros cánceres. Recientemente operó un enfermo en que resecó un 75% de uretra y cuerpos cavernosos y extirpación de ganglios linfáticos inguinales. Derivación urinaria por vía perineal. No continuó la extirpación por comprobar ganglios pelvianos profundos comprometidos. Se irradió con cobaltoterapia y el resultado ha sido favorable. Le da mucha importancia al diagnóstico precoz y en abscesos periuretrales tórpidos hay que pensar en CA. Es necesario pensar en la afección para hacer el diagnóstico. Generalmente se confunden con abscesos periuretrales.

Dr. **Corvalán Rocco.**—En EE. UU. le tocó ver operar un CA uretral peneano que son los que se diagnostican precozmente. No había propagación periuretral. Como el enfermo se negó a la amputación del pene, se le practicó resección del trozo uretral comprometido y se le ingertó un trozo de arteria para mantener la continuidad de la uretra.

TUMORES RENALES EN LOS NIÑOS (*)

Dres. R. OLMEDO CRUZ, P. GIGOUX MAC. CREA, A. SALAS VIEIRA (**)

La gran mayoría de los tumores renales de importancia clínica son malignos y, excluyendo los tumores epiteliales de la pelvis renal, se les puede clasificar en tres variedades: 1) adenocarcinoma o hipernefroma; 2) nefroblastoma o tumor de Wilms, y 3) sarcoma.

El tumor de Wilms constituye alrededor de un 6% de los tumores renales (17). Es muy raro en el adulto, pero en la infancia, después del neuroblastoma, es el tumor abdominal maligno más frecuente. Scott, en una serie de 61 casos de nefroblastoma, no encontró predilección de sexo y la incidencia por edad era de un 96,5% para niños menores de 5 años, dando sólo un 3,5% para niños de 6 a 12 años. Muchos de estos tumores pueden ser congénitos, habiéndoseles encontrado en fetos de término (Nicholson). Se han descrito casos de tumor bilateral (5), en riñón doble, en herradura (14), etc.

El nefroblastoma está constituido por diferentes tejidos, lo que ha dado lugar a una numerosa nomenclatura. Culp y Hartmann han recopilado 50 nombres que son sinónimos para este tumor (17), entre los que se usan con mayor frecuencia los de adenosarcoma, carcinoma alveolar, disembrioma, adenocarcinoma embrionario, nefroma maligno, fibrosarcoma, teratoma maligno, miocondroadenosarcoma, nefroblastoma, tumor de Wilms, etc.

El tumor de Wilms generalmente es unilateral; compromete ambos riñones con igual frecuencia y suele tener un desarrollo considerable en cuanto a tamaño. Con frecuencia se le puede delimitar del resto del riñón por la presencia de una pseudocápsula, y es frecuente encontrar al corte zonas hemorrágicas y necróticas, o bien formaciones quísticas con contenido serosanguinolento que dan al tumor un aspecto teratoideo.

En su crecimiento, el tumor puede sobrepasar la cápsula renal e invadir las estructuras vecinas, tales como las suprarrenales o el diafragma y en aproximadamente un 45% existe invasión de la vena renal como lo han podido demostrar Weisel y Cols.

Las metástasis, que se producen preferentemente por vía sanguínea, son especialmente pulmonares y hepáticas. Los ganglios mediastinales y aórticos, así como los huesos, son sitios más raros de metástasis.

El hallazgo histológico clásico del nefroblastoma es la presencia de tejido epitelial que adopta una estructura tubular, el cual se encuentra en medio de un tejido conjuntivo laxo. Sin embargo, existen numerosas variantes que están dadas por el predominio de uno u otro de estos elementos y por el grado de diferenciación que ellos tengan; así, el lumen de los túbulos puede ser muy pequeño, o el epitelio simular formaciones quísticas, y el estroma conjuntivo puede sufrir fenómenos metaplásicos dando tejido óseo, adiposo y aun muscular, este último liso o estriado.

Histogénesis.—Así como el origen del hipernefroma ha sido atribuido a restos de tejido suprarrenal, para explicar la génesis del nefroblastoma se ha recurrido, también, a la teoría de los restos embrionarios. Eberth sostenía que el tumor derivaba de tejido mesonéfrico incorporado al riñón. Wilms sostenía la misma teoría, pero incluyendo el mesodermo. Masson ha sostenido que todos los elementos del tumor derivan del neuroepitelio, basado en el hallazgo de células de tipo ganglionar simpático al hacer tinciones argénticas. En la actualidad, la mayoría de los autores aceptan la teoría de Wilms.

Síntomas y signos.—El síntoma inicial más común del tumor de Wilms es la tumoración abdominal, la que generalmente es descubierta durante un examen médico de rutina, por los familiares o por el niño mismo. La masa abdominal suele ser de un tamaño considerable y en el momento de su diagnóstico, ha producido metástasis en un 20 a 30% de los enfermos (9).

Son manifestaciones tardías del tumor el compromiso del estado general (pérdida de peso, astenia, anorexia, adinamia, palidez, caquexia, etc.); la anemia, la ictericia, las petequias y la insuficiencia cardíaca o respiratoria cuando se presentan.

Se ha descrito fiebre como manifestación del tumor en un 20 a 50% de los pacientes e hipertensión en aproximadamente un 75%. Estos dos signos son considerados por algunos autores como síntomas de mal pronóstico.

El dolor, que es poco frecuente, se debe a distensión de la cápsula renal o puede ser cólico producido por eliminación de coágulos o desechos tumorales. La compresión de las venas espermáticas puede producir varicocele (16).

Los síntomas urinarios son mínimos (10% de los casos) y se consideran como un signo tardío y de mal pronóstico, ya que la hematuria indica invasión tumoral de la pelvis o cálices (5).

Entre los hallazgos de laboratorio, es corriente la anemia, la sedimentación globular aumentada y la albuminuria.

Radiología.—Es importante destacar que los hallazgos pielográficos no pueden diagnosticar en forma concluyente un nefroblastoma. Sólo la exploración quirúrgica y la biopsia pueden hacerlo (9-18).

Cuando el tumor es grande en la radiografía renal simple se suele apreciar una masa tumoral de escasa densidad que desplaza el intestino, e incluso ocupa todo un hemiabdomen. Dentro del tumor pueden observarse calcificaciones o aumento parcial de la densidad que dependen de áreas calcificadas o regiones isquemiadas (8-9-18-20).

En la pielografía puede observarse compresión, desplazamiento, deformación, distensión o elongación del sistema pielocaliciario e, incluso, la imagen puede semejar un riñón poliquístico (18-20), siendo este último generalmente bilateral, lo que sirve para diferenciarlo.

Cuando el tumor ocupa la parte inferior del riñón puede producir obstrucción ureteral alta o de la unión pieloureteral con la consiguiente pielectasia. La pielografía presta utilidad, además, para ver el estado del riñón opuesto, ya que no debe olvidarse que existen nefroblastomas bilaterales (16). Según algunos autores (9), cuando no se visualizan ambos riñones con la pielografía descendente, se debe recurrir a la pielografía directa.

Fuera de la radiografía renal simple y la pielografía sirven, como medios diagnósticos, el retroneumoperitoneo y la aortografía. Además, la insuflación aérea del intestino permite diferenciarlo de los tumores de hígado y bazo, así como el neumoperitoneo (19).

La radiografía de tórax permite diagnosticar las metástasis pulmonares, que son frecuentes en este tumor, a diferencia del neuroblastoma que da preferentemente metástasis óseas (3-18-20).

El diagnóstico del tumor de Wilms se sospecha por la sintomatología, se comprueba con la pielografía y se confirma con el examen histológico del tumor. La punción-biopsia está contraindicada, por el peligro de diseminación y hemorragia, esta última muy frecuente dada la gran vascularización de estos tumores (9). Como medio diagnóstico se usa, también, el estudio del sedimento urinario teñido con el método de Papanicolaou, para observar células neoplásicas (16).

Tratamiento.—Los cinco sistemas de tratamiento usados corrientemente en el tumor de Wilms son: 1) Nefrectomía sola; 2) Radioterapia sola; 3) Nefrectomía con radioterapia preoperatoria; 4) Nefrectomía con radioterapia postoperatoria, y 5) Nefrectomía con radioterapia pre y postoperatoria.

Estos cinco sistemas pueden combinarse con quimioterapia anticancerosa.

La importancia de la nefrectomía radical en el tratamiento del tumor de Wilms es indiscutible. La vía de abordaje varía según los diferentes cirujanos. Algunos prefieren la vía abdominal transperitoneal, que permite la ligadura precoz de arteria y vena renal y, por lo tanto, disminuye la posibilidad de diseminación al liberar el riñón. Permite, además, palpar el riñón opuesto y ubicar algunos sitios comunes de metástasis como el hígado. Otros cirujanos usan la lumbotomía clásica y recientemente se ha venido usando la incisión tóraco-abdominal, especialmente para aquellos tumores del polo superior. La nefrectomía sola da una sobrevida a los dos años de

(*) Presentado en la sesión 8ª, en 25-VII-62.
(**) Hospital J. J. Aguirre.

BIBLIOTECA PÚBLICA

alrededor de un 25% (considerando diferentes estadísticas).

La radioterapia sola se indica solamente en aquellos casos inoperables y no se han descrito curaciones con este método.

La radioterapia preoperatoria se usa especialmente para disminuir el tamaño de aquellos tumores que, por su volumen, son considerados inoperables.

La nefrectomía con radioterapia postoperatoria es el sistema terapéutico más usado. Da una sobrevida a los dos años (considerando los resultados de diferentes autores) de alrededor de un 40%.

La nefrectomía con radioterapia pre y postoperatoria es discutible en cuanto a sus resultados, ya que algunos autores dan una sobrevida de un 87,5%, mientras que otros dan una mortalidad de un 100%.

Las metástasis de los nefroblastomas pueden ser tratadas mediante la radioterapia o bien con resección quirúrgica, especialmente si se trata de metástasis únicas.

Pronóstico.—La mayoría de los autores considera que se ha obtenido una curación definitiva cuando el paciente se encuentra vivo dos años después del tratamiento. La sobrevida a los dos años, según diferentes comunicaciones, varía del 10,4 al 47,3%.

Como criterio pronóstico es útil considerar el "período de riesgo" propuesto por Collins.

El presente trabajo tiene por objeto hacer una revisión de los enfermos portadores de tumor de Wilms, los que generalmente han sido tratados por cirujanos generales.

Pretendemos orientar el estudio desde un punto de vista urológico, lo que se traducirá en el diagnóstico lo más precoz posible, como, asimismo, en un tratamiento más oportuno. Podemos agregar a lo anterior que, de acuerdo a las normas de nuestra especialidad, el enfermo será controlado no sólo en el postoperatorio inmediato, sino que, también, en forma alejada.

Presentación del material.—Hemos logrado reunir 24 casos de niños portadores de tumor de Wilms. Este material corresponde a consultas del Hospital Roberto del Río, en los últimos 10 años. A los casos anteriores hemos agregado 3 casos de la clientela privada, lo que hace un total de 27 casos.

Queremos consignar que el número de casos que consultó al Hospital fue mayor, pero la falta de comprobación quirúrgica o de autopsia nos impidió agregarlos. Se trataba de enfermos en que los padres rehusaron la operación o que por la presencia de metástasis fueron dados de alta sin comprobación histopatológica del tumor.

En el curso de nuestra investigación nos vimos dificultados por la escasez de datos en lo que se refiere a sintomatología y exámenes de laboratorio y, como se podrá observar en los cuadros siguientes, un gran número de enfermos fue intervenido sin diagnóstico previo.

En el cuadro Nº 1 se señala la distribución por sexo y edad.

Se puede observar que en 2 casos la consulta se hizo antes de los 10 días de edad y aun más, en uno de ellos en el primer día del nacimiento. Este caso fue descubierto por el pediatra consultor de la Maternidad. En 12 niños, el diagnóstico fue hecho en el primer año de vida. En 6 se hizo entre 1 y 2 años y los 9 restantes fueron diagnosticados después de los 2 años, siendo los casos límites dos niños que consultaron después de los 8 años.

CUADRO Nº 1

DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD

	M	F	Total
Menor 10 días	1	1	2
Menor 1 mes	1	1	2
1 a 12 meses	6	2	8
1 a 2 años	4	2	6
3 a 4 años	2	1	3
5 a 6 años	1	—	1
7 a 8 años	2	1	3
Más de 8 años	1	1	2
Total	18	9	

En lo que respecta a la distribución por sexo, a diferencia de lo señalado por la literatura extranjera, en nuestra estadística predominó en el sexo masculino en proporción de 2:1.

En el cuadro Nº 2 se indica el comienzo aparente de la enfermedad. Este cuadro complementa al anterior y pone más en relieve lo tardío del diagnóstico. Si se considera que más del 95% de los niños son sometidos a examen médico al nacer y luego a revisiones periódicas, llama la atención el hecho de que se haya pesquisado tan tardíamente la presencia de una tumoración abdominal. Creemos que con una mayor prolijidad en el examen médico y con una mayor valoración de la sintomatología urinaria, se podría reducir el porcentaje de niños que consulta pasado el primer año de edad, lo que mejoraría el pronóstico.

CUADRO Nº 2

COMIENZO DE LA ENFERMEDAD

	M	F	Total
— 1 semana	6	1	7
— 1 mes	4	2	6
2 a 12 meses	7	1	8
1 a 2 años	—	4	4
2 años o más	1	1	2

En 13 de nuestros enfermos podríamos hablar de diagnóstico precoz, si consideramos el comienzo aparente de la enfermedad. En 8, la evolución de ella oscilaría entre 2 meses y un año, lo que significaría consulta tardía, y 6 casos consultaron después del año de haberse iniciado la sintomatología. Estos últimos casos llegaron al hospital por sintomatología pulmonar, abdominal o de compromiso del estado general que indicaba la presencia de metástasis.

En cuanto a la sintomatología que motivó la consulta —Cuadro Nº 3—, es significativo el hecho que en 18 de los pacientes los familiares hubieran notado la presencia de un tumor abdominal, aun localizándolo en cuanto al lado afectado en 11 casos. Es importante, además, hacer notar que el tumor se presentaba en 6 casos como único síntoma.

En orden de frecuencia le siguen el compromiso del estado general, que se presentó en 6 casos; el dolor abdominal, en 5 casos; la hematuria total, en 4 casos; y la fiebre y diarrea, en 3 casos.

CUADRO Nº 3

SINTOMATOLOGIA

	M	F	Total
Tumor abd. der.	4	1	5
Tumor abd. izq.	5	1	6
Tumor abd. total	2	5	7
Mal est. general	5	1	6
Diarrea	1	2	3
Estreñimiento	0	1	1
Dolor	2	3	5
Fiebre	2	1	3
Hematuria total	2	2	4

Se han colocado en cuadro aparte los hallazgos del examen físico de ingreso —Cuadro Nº 4—. Aquí se puede observar que se encontró tumor abdominal en 24 pacientes, sin diferencias notables en cuanto a su ubicación, ya que 10 de ellos eran derechos y 9 izquierdos. Sólo en 5 casos no pudo catalogarse el lado afectado por el gran tamaño y movilidad del tumor.

En 15 enfermos existía compromiso marcado del estado general y otra cifra que llama la atención es la fiebre que se presentó en 9 casos. Otro signo que se observó con cierta frecuencia es la circulación colateral, que estaba presente en 6 pacientes.

Las cifras tensionales, en la gran mayoría de los casos, no se encontraban consignadas en la historia clínica y de 10 casos en que se encontró este dato, en 4 había hipertensión.

CUADRO Nº 4

HALLAZGOS CLINICOS

	M	F	Total
Tumor derecho	7	3	10
Tumor izquierdo	6	3	9
Tumor total	3	2	5
Mal estado general	9	6	15
Hematuria	2	1	3
Hipertensión	3	1	4
Fiebre	8	1	9
Dolor	3	3	6
Circulación colat.	4	2	6

En el cuadro Nº 5 se analizan los hallazgos de laboratorio. Este cuadro adolece de un gran defecto y es que no se practicaron los exámenes correspondientes en todos los casos. El único examen efectuado en todos los enfermos fue el hemograma, que revela anemia en 16 y leucocitosis en 7.

CUADRO Nº 5

HALLAZGOS DE LABORATORIO

	M	F	Total
Uremia	1	-	1
Anemia	10	6	16
Leucocitosis	4	3	7
V. H. S. alta	7	3	10
Hematuria	2	3	5
Albuminuria	7	2	9

La velocidad de sedimentación globular se hallaba elevada en todos los casos en que se practicó. En el examen de orina el hallazgo más constante fue la albuminuria y hematuria en aquellos casos en que se efectuó este examen.

En el cuadro Nº 6 se señala la investigación radiológica. Radiografía de tórax se practicó en 25 niños, observándose metástasis sólo en tres. En 18 enfermos se efectuó tránsito intestinal comprobándose rechazo intestinal en 14 de ellos.

CUADRO Nº 6

EXAMEN RADIOLOGICO

	M	F	Total
Tránsito normal	4	-	4
Rechazo intest. der.	6	3	9
Rechazo intest. izq.	2	3	5
Rfía. tórax normal	17	5	22
Tórax c/metástasis	1	2	3

Hemos señalado aparte los hallazgos pielográficos —Cuadro Nº 7—. Llama la atención que sólo en 17 casos se efectuó pielograma de eliminación, lo que nos está indicando que en los 10 casos restantes se omitió esta técnica diagnóstica de alto valor. Creemos que con la introducción rutinaria de este método radiológico será posible ir al acto quirúrgico con un diagnóstico preciso en lo que se refiere a la localización y propagación del tumor.

CUADRO Nº 7

PIELOGRAFIA DESCENDENTE

	M	F	Total
Pielograma normal	0	0	0
Hidronefrosis	7	2	9
Exclusión renal der.	3	2	5
Exclusión renal izq.	1	0	1
Alargamiento cáliz	1	1	2

En ninguno de los enfermos en que se efectuó pielografía, este examen fue normal. En 9 casos se comprobó la forma hidronefrótica del tumor y en 6 la exclusión total del riñón afectado, existiendo alteraciones caliciarias en sólo dos casos.

En ningún caso se practicó retroneumoperitoneo, aortografía ni insuflación aérea del intestino, este último procedimiento usado para el diagnóstico diferencial con los tumores de hígado y bazo.

En el cuadro Nº 8 se señala el tratamiento efectuado. En 6 casos no fue posible efectuar tratamiento radical por la presencia de metástasis, de gran desarrollo del tumor o por el compromiso del estado general que impedía una intervención quirúrgica. En 21 enfermos se hizo nefrectomía y en 9 el tratamiento quirúrgico fue seguido de radioterapia.

En ningún paciente se efectuó radioterapia sola o radioterapia preoperatoria, así como tampoco tratamiento quimioterápico anticanceroso.

CUADRO Nº 8

TRATAMIENTO EFECTUADO

	M	F	Total
Sin tratamiento	5	1	6
Nefrectomía der.	8	4	12
Nefrectomía izq.	5	4	9
Nefrectomía más radioterapia	6	3	9

Respecto al acto quirúrgico mismo, debemos señalar que 18 niños fueron operados por cirujanos generales y que en 14 de ellos se hizo nefrectomía total por vía transperitoneal, utilizándose la vía extraperitoneal clásica en urología sólo en los 4 restantes. En los tres casos operados por nosotros se efectuó la vía combinada, practicándose una incisión transversal que parte del reborde de la última costilla. Seccionados los diferentes planos se abrió el peritoneo y se fue en busca de los vasos renales. Incindido el peritoneo posterior a nivel de ellos, se ligó y seccionó el pedículo, cerrando el peritoneo. A continuación se amplió la incisión hacia arriba, resecando la última costilla (en casos necesarios) y se fue por vía extraperitoneal en busca del riñón. Previa ligadura baja del uréter se resecó el riñón junto con la grasa perirrenal. Se bañó la región con alcohol o Nitromin, cerrando la pared por planos.

En el último de nuestros casos, por tener dudas en cuanto a la función del otro riñón, se clampeó por vía transperitoneal los vasos renales y antes de seccionarlos se exploró el riñón comprobándose que el tumor sólo ocupaba el polo superior y ya que el riñón opuesto se presentaba con caracteres físicos alterados, se efectuó sólo heminefrectomía.

En lo que respecta a control posterior de los pacientes, sólo se consignan en las historias revisadas el postoperatorio inmediato, habiendo fallecido uno de los enfermos durante el acto quirúrgico y la totalidad de los no nefrectomizados. En cuanto a los casos operados por nosotros, el postoperatorio ha sido satisfactorio y no se ha observado recidiva, aunque hacemos notar que el caso más antiguo nuestro, tiene sólo 9 meses de control.

Resumen y conclusiones

Se analizan 27 casos de tumor de Wilms, de los cuales 24 corresponden a clientela del Hospital Roberto del Río en los últimos 10 años.

De nuestros casos, los dos tercios corresponden al sexo masculino, a diferencia de las estadísticas extranjeras que señalan igual proporción para ambos sexos. Los dos tercios de los enfermos portadores de tumor de Wilms eran menores de 3 años. Aproximadamente la mitad de los niños consultaron dentro del primer mes de iniciada la sintomatología. Llama la atención que 6 enfermos hayan consultado después de un año de evolución, a contar del comienzo aparente de la enfermedad, lo que evidentemente ha ensombrecido la perspectiva de vida en estos casos.

El síntoma predominante fue la tumoración abdominal, presente en 24 de los 27 casos y este fue el factor principal en la orientación diagnóstica. En un alto porcentaje de los casos había marcado compromiso del estado general y en un tercio de ellos, alzas febriles. En ningún caso se comprobó estreñimiento ni varicocele, signos descritos por algunos autores.

Llama la atención la poca investigación de laboratorio, habiéndose practicado examen de orina sólo en 15 casos, lo que nos indica que no existía orientación clínica hacia un cuadro renal. Los hallazgos de este examen están de acuerdo con los autores extranjeros. Otros datos importantes son la anemia y la velocidad de sedimentación elevada, esta última presente en el 100% de los casos.

La radiología, a pesar de haberse practicado en forma inconstante, fue de gran ayuda diagnóstica, ya que permitió pesquisar metástasis pulmonares en 3 casos y rechazo intestinal en un 50% de los casos. La pielografía presentó alteraciones en todos los casos en que se practicó.

El tratamiento fue incompleto en la mayoría de los casos y la técnica quirúrgica empleada no fue la idea en la gran mayoría, ya que se usó la vía transperitoneal y no la descrita en este trabajo, que nosotros consideramos la más segura para evitar la diseminación sanguínea de células neoplásicas. En ningún caso se empleó quimioterapia anticancerosa.

De este trabajo se desprenden algunos hechos fundamentales:

1.— Que a pesar de ser el tumor de Wilms la tumoración abdominal más frecuente en el niño, en un porcentaje no despreciable, no se pensó en él, practicándose la intervención quirúrgica sin diagnóstico previo.

2.— Que habría bastado un estudio preoperatorio pielográfico para descartar o afirmar que la tumoración abdominal era renal.

3.— Que en más del 50% de los casos, el tratamiento se redujo a la ectomía renal, no agregando otras medidas terapéuticas anticancerosas como la radioterapia o la quimioterapia, lo que ensombrece el pronóstico de esta afección, que es sombrío de por sí.

4.— Creemos que con la introducción de los urólogos en el campo de la cirugía infantil,

el tratamiento del tumor de Wilms se podrá efectuar más precozmente, basado en un estudio más orientado, lo que redundará en un porcentaje de éxitos mayores que los actuales.

BIBLIOGRAFIA

1.— JOHNSON, S. H., and MARSHALL, M.: Primary Kidney Tumors of Childhood. J. Urol. 74:707, 1955.

2.— GARRETT, R. A., and MERTZ, H. O.: Wilm's Tumor, in Children. J. Urol. 70:684 1953.

3.— COLLINS, V. P.: The Treatment of Wilm's Tumor. Cancer, 11:89, 1958.

4.— GESCHICKTER, C. F., and WIDENHORN, H.: Nephrogenic Tumors. Am. J. Cancer, 22:620, 1934.

5.— ABESHOUSE, B. S.: The Management of Wilm's Tumors as Determined by National Survey and Review of the Literature. J. Urol. 77:792, 1958.

6.— DEAN, A. L.: Tumors of the Urogenital Tract in Children. Pediat. Clin. North Am., 2:839, 1955.

7.— SCOTT, L. S.: Wilm's Tumor - Its Treatment and Prognosis. Brit. M. J. 4960:200, 1956.

8.— BENZING, W.: Wilm's Tumor of Infancy and Childhood. Radiology. 58:674, 1952.

9.— CRESSON, S. L., and PILLING, G. P.: Renal Tumors. Ped. Clin. North Am. 2:473, 1959.

10.— DUKES, C. E.: Clues to the Causes of Cancer of the Kidney. Lancet 2:1158, Nov. 25, 1961.

11.— LATTIMER, J. K., MELICOW, M. M. and USON, A. C.: Nephroblastoma - Prognosis more favorable in infants under one year of age. J.A.M.A. 171:2163, 1959.

12.— CID, L., y GONZALEZ, M.: Tumores Mixtos Embrionarios del Riñón. Rev. Chil. Ped. 3:169, 1944.

13.— KINZEL, R. C.; MILLS, S. D.; CHILDS, D. S. and DE WEERD, J. H.: Wilm's Tumor: Review of 47 cases; Discussion of Findings and Results of Treatment of Histologically Proved Cases in 15 Year Period. J.A.M.A. 174:1925, 1960.

14.— BECK, W. C., and HLIVKO, A.E.: Wilm's Tumor in Isthmus of a Horseshoe Kidney. Arch. Surg. 81:803, 1960.

15.— BUTLER, W. J.: Treatment of Wilm's Tumor: Report of 3 Consecutive 10-year Cures. Year Book Urol. 53, 1958-59.

16.— CAMPBELL: Urología. Edit. Interamericana, 1958.

17.—BALDWIN, LUCKE and HANS, G. SCHLUMBERGER: Tumors of the Kidney. Fascicles of Pathology of the Armed Forces Institute of Pathology.

18.— JOHN COFFEY: Pediatric X-Ray Diagnosis. 3ª Ed. 1956.

19.— TESCHENDORF, W.: Tratado de Diagnóstico Diferencial Roentgenológico. 3ª Ed. 1956.

20.— SCHINZ y cols.: Roentgendiagnóstico. 5ª Ed. 1956.

Discusión:

Dr. Gutiérrez.— Manifiesta que sería muy importante que existiera una conducta uniforme en lo que se refiere al tratamiento de estos tumores, especialmente respecto al problema de la quimioterapia en el acto quirúrgico (Dicloren, Aldoxan, Nitromin, etc.). Considera que en los grandes tumores hay que tener el suficiente criterio para detenerse a tiempo en su extirpación, como le sucedió, recientemente, en un caso privado.

Dr. Olmedo.— Quiere hacer hincapié en algunos puntos, en el tratamiento quirúrgico de estos tumores: 1) en los grandes tumores, como es el caso del Dr. Gutiérrez, se aconseja hacer radioterapia previa y extirpar el riñón alrededor de la sexta semana; 2) si no se puede sacar el riñón, se deja sólo ligado el pedículo; radioterapia, y, posteriormente, nefrectomía; y 3) en cuanto a la técnica quirúrgica, preconiza ligar el pedículo por vía transperitoneal; en seguida cerrar el peritoneo y por vía tóracoabdominal extraperitoneal, extirpar el riñón comprometido. Manifiesta que en uno de los casos presentados hizo nefrectomía parcial por tener dudas respecto a la indemnidad del lado opuesto, y además el tumor estaba muy localizado y encapsulado.

Dr. Luis Corvalán.— El tumor de Wilms es generalmente de diagnóstico tardío, de aquí que muchas veces es inextirpable. No recomienda las nefrectomías parciales en este tipo de tumor.

Prof. Vargas Zalazar.— La nefrectomía parcial en tumores de riñón sólo se hace en casos desesperados (riñón único, etc.). Hay que estudiar mejor los enfermos antes de operarlos, pues, si hay compromiso del otro riñón, no se deben operar.

TRIPLE SISTEMA PIELOCALICIARIO IZQUIERDO Y PSEUDOINCONTINENCIA URINARIA *

Dr. HUGO SIERRA LANGE**

Si bien el doble uréter y doble pelvis uni o bilateral es una anomalía bastante frecuente, la triplicación es rara. Por esto nos ha parecido de interés informar sobre un caso que nos ha correspondido operar, porque presentaba, además, una incontinencia parcial de orina.

En una breve revisión de la literatura reciente sobre estas anomalías, hemos constatado que hasta 1959 se habían publicado más de 500 casos de uréter ectópico (1), denominándose así al uréter que desemboca fuera de su sitio habitual. Aproximadamente en el 65% de los casos estos uréteres ectópicos están asociados con doble uréter y doble pelvis unilateral (riñón doble), con desembocadura ectópica de uno o de los dos uréteres. La anomalía ocurre tres o cinco veces más frecuentemente en las mujeres. Esto puede ser debido al hecho de que la incontinencia urinaria secundaria a la anomalía es mucho más probable que se presente en las mujeres ya que el uréter ectópico más a menudo comunica con la uretra, vagina o vestíbulo. En el hombre la localización más común de tal desembocadura es en la uretra posterior o en las vesículas seminales y por tanto no se observa incontinencia.

La mayoría de los uréteres con aberturas ectópicas constituyen un uréter de un par que drena un solo riñón y el uréter ectópico casi siempre drena el polo renal superior rudimentario (2).

En el hombre, puesto que todos los orificios ectópicos están situados proximalmente al esfínter externo, no se presenta incontinencia (vesículas seminales, conductos deferentes, uretra posterior, conductos eyaculadores). En la mujer, los uréteres vaginales, uterinos o vestibulares están desprovistos de control esfinteriano, existiendo un drenaje constante de orina (2).

Por lo tanto, los síntomas dependen del sitio de la abertura. También pueden experimentarse síntomas de infección renal y dolor, ya que la infección urinaria crónica es frecuente en estas anomalías.

Las pielografías de eliminación generalmente mostrarán duplicación de la pelvis renal, con hidronefrosis del polo superior, cuyo uréter puede estar muy dilatado y tener un curso tortuoso. Si la destrucción renal es extensa, puede no excretarse el medio opaco. La ausencia de cálices en la porción superior de la sombra renal sugerirá el diagnóstico (2).

La anomalía más frecuente entre los uréteres supernumerarios es el uréter bífido y entre éstos es más frecuente que se presente al lado izquierdo.

Lenaghan, en una publicación reciente sobre 29 casos, encontró 17 casos del lado izquierdo, 8 casos del lado derecho y cuatro casos eran bilaterales. Establece también (3) que la unión de los uréteres bífidos se realiza más corrientemente en la mitad inferior de los uréteres. En cinco casos la unión ocurría en el trayecto intramural de la vejiga. Anota, como dato útil para el Cirujano, que mientras más baja se realiza la unión de los uréteres, más difícil es disecarlos sin dañar sus paredes, debido a que cerca de sus extremos caudales están recubiertos por la fascia de Waldeyer.

La triplicación pieloureteral es una de las más raras anomalías observadas en los uréteres. Hemos tenido la fortuna de observar y tratar quirúrgicamente un caso, que es el motivo de la presente publicación.

OBS.—Se trata de una niña de 11 años que es enviada en interconsulta por el Pediatra el 17 de Julio de 1961 al Departamento de

* Sesión IX, en 8-VIII-62.

** Hospital Regional de Talca, Departamento de Urología.

Urología del Hospital Regional de Talca. Observación 1728, con el diagnóstico de Enuresis. Interrogada ella y su madre en detalle se establece que presenta escurrimiento continuo de orina por los genitales. Aparte de ésto, la chica orina con frecuencia normal, en micciones espontáneas, precedidas del deseo de orinar.

Al examen se comprueba escurrimiento continuo de orina en la mucosa vaginal, que proviene de la parte alta de la vagina, por encima del himen a través del cual fluyen lentamente gotas de orina. Al pujar o al toser no se modifica este flujo y la uretra se mantiene seca. El resto del examen físico es normal. Igualmente los exámenes de laboratorio y la radioscopia de tórax. Las orinas son claras.

Con estos datos se formula el diagnóstico de seudoincontinencia de orina por uréter ectópico, y al día siguiente efectuamos cistoscopía, que reveló: capacidad vesical, 300 cc.; mucosa vesical normal. Orificio ureteral derecho e izquierdo de implantación habitual, en forma de hendidura y que eyaculan de color claro. Es decir, una cistoscopia de caracteres normales.

Reexaminadas la vulva y la vagina no se logra ubicar el orificio ectópico y sólo se puede precisar que el escurrimiento de orina se produce a través del himen intacto.

Una pielografía de eliminación efectuada días después, (Radiografía 1) reveló claramente la existencia de un triple sistema pielocaliciario y ureteral izquierdo, con tres pélvices y tres uréteres izquierdos, cuya terminación en la parte inferior no se visualiza en ninguna de las placas, sin poder precisar si estos uréteres desembocan por separado o nó en la vejiga. No existían signos de hidronefrosis ni los uréteres se observaban dilatados. Hubo buena concentración del medio opaco a ambos lados. El sistema pielocaliciario y el uréter derechos eran de caracteres normales.

En una segunda pielografía de eliminación, efectuada semanas después, tampoco se logró descubrir la modalidad de terminación de los uréteres izquierdos, por lo que decidimos efectuar una cateterización del orificio ureteral izquierdo observado de aspecto normal en la cistoscopía. Este uréter fue cateterizado con facilidad hasta 20 cms. del meato. Se inyectó yoduro de sodio por el catéter y se tomaron varias placas (Radiografía 2). que revelaron que el uréter cateterizado correspondía a la pelvis media de las tres pélvices izquierdas. El medio opaco refluyó y llenó también el uréter y pelvis inferiores, demostrando así que el uréter medio y el inferior constituían en realidad un uréter bífido y que, por lo tanto, el uréter superior tenía que ser el que desembocaba fuera de la vejiga, en posición ectópica.

Con esto ya teníamos casi todos los datos que podíamos desear para planear la conducta quirúrgica que seguiríamos. Sólo quedaba por descubrir el sitio preciso en que desembocaba el uréter ectópico. Algunos colegas sugirieron examinar los fondos de sacos vaginales, incindiendo el himen bajo anestesia general, pero descartamos esa sugerencia porque en primer lugar ese examen constituía por sí mismo otra operación y, en segundo lugar, porque no podíamos garantizar que con ello lograríamos ubicar un pequeño orificio ureteral entre los repliegues de la mucosa, en una vagina pequeña y estrecha como la de la niña. Incluso, el orificio ureteral ectópico podía no encontrarse en los fondos de saco vaginales sino en el útero, como se ha descrito en algunos casos.

Nos quedaba por elegir el tipo de operación que realizaríamos. Para suprimir el escurrimiento de orina, podíamos escoger entre: a) nefrectomía total izq.; b) nefrectomía parcial izq., extirpando el polo superior del riñón con su pelvis respectiva; c) anastomosis (látero-lateral) entre el uréter ectópico y uno de los dos uréteres inferiores, y d) neoimplante del uréter ectópico en la vejiga.

Descartamos la primera posibilidad, la nefrectomía total, porque se trataba de un riñón sano funcionalmente y por parecernos una operación innecesariamente mutiladora. La segunda posibilidad, la nefrectomía parcial, la descartamos por temor a una posible complicación que pudiera comprometer la totalidad del riñón y porque suponíamos que la disposición de los vasos arteriales y venosos en este riñón anómalo, sería también anómala y que tendríamos serios tropiezos para definir la cantidad de tejido renal que deberíamos extirpar. Además la lumbotomía, necesaria para esta operación, dejaría una cicatriz bastante notoria. Y este punto tenía importancia, ya que se trataba de un paciente de sexo femenino y joven. La tercera posibilidad, la anastomosis entre los uréteres, implicaba un serio riesgo para el otro uréter, porque podía producirse una estrechez cicatricial a nivel de la anastomosis y también la descartamos.

Por las consideraciones antedichas decidimos realizar un neoimplante de uréter en vejiga.

En la literatura revisada encontramos un caso semejante al que presentamos, pero tratado diferentemente. Luis Cid (4) describe un caso de uréter bífido derecho que a consecuencia de una histerectomía total quedó con una fístula vaginal de uno de los uréteres derechos y que fue tratado con éxito mediante una nefrectomía parcial.

La chica la operamos el 25 de Octubre de 1961, mediante una incisión de Gibson izquierda. Esta incisión la recomienda Vargas Zalazar (5) para la cirugía del uréter inferior en el Tercer Congreso Chileno de Urología y con ella obtuvimos un excelente campo operatorio. Se trata de una incisión "en palo de hockey" en la fosa ilíaca, con divulsión de las fibras musculares sin seccionarlas, rechazando el peritoneo hacia la línea media.

La intervención la realizamos teniendo cateterizado el uréter izquierdo cuyo meato era visible en la cistoscopía, para que nos sirviera de guía. En el curso de la operación comprobamos que este uréter era el vástago común de un uréter bífido que drenaba la pelvis media y la inferior. La bifurcación se producía a la altura del promontorio sacro. El tercer uréter, el ectópico, descendía por detrás de la vejiga yendo a desembocar en el fondo de saco vaginal anterior por delante del útero. Para comprobar esto tuvimos que levantar la pared posterior de la vejiga. Seccionamos y ligamos el uréter ectópico a este nivel y el cabo proximal lo implantamos en la parte alta de la pared vesical posterior, haciéndolo efectuar un trayecto oblicuo por un pequeño túnel labrado en la pared vesical. El extremo del uréter lo incindimos en boca de pescado y lo fijamos a la mucosa vesical con tres puntos de cat-gut simple, número cero. La "adventicia" del uréter la fijamos a la "adventicia" de la vejiga con dos puntos de cat-gut crómico número cero, situados a distinto nivel uno de otro. Para efectuar este neoimplante practicamos una pequeña cistotomía en la pared anterior de la vejiga que posteriormente cerramos con dos planos de sutura. La vejiga se dejó drenada con una sonda en la uretra. Los catéteres ureterales también se dejaron exteriorizados por la uretra. Un drenaje de Penrose se dejó en la región perivesical y se exteriorizó por la herida operatoria.

Seis días después de la operación, se efectuó una pielografía ascendente izquierda para demostrar la disposición anatómica de los uréteres y pélvices respectivas (Rfía. 3).

El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidentes de importancia. El catéter del uréter neoimplantado fue retirado a los doce días de operada. La chica se mantenía seca, sin incontinencia. Fue dada de alta del hospital a los dieciséis días de operada con indicación de reposo relativo y antibióticos por vía oral. El alta, relativamente precoz se debió a la insistencia de la madre, pero siguió controlándose ambulatoriamente por policlínico.

Tres días después de su alta se presentó nuevamente incontinencia de orina parcial o micción imperiosa. La chica presentaba polaquiuria y tenesmo vesical con orinas turbias. Esto no nos extrañó y lo atribuimos a una cistitis aguda secundaria a su operación y a una uretritis debida a la sonda con que se drenó la vejiga en el postoperatorio inmediato.

A los veinticinco días de operada efectuamos una cistoscopía de control en la que anotamos, orinas moderadamente turbias que aclaran con el lavado. Se observan los orificios ureterales normales ya descritos en cistoscopías anteriores y además se observa en el fondo de la vejiga, hacia la izquierda, el orificio del uréter neoimplantado. Este orificio presentaba un aspecto enteramente semejante al de un meato ureteral normal. La mucosa vesical estaba moderadamente congestionada, en general. El cuello vesical se mostraba muy congestionado y con edema granuloso. Estando la vejiga llena de suero y el cistoscopio "in situ", la vulva no se humedecía, lo que demuestra que la incontinencia en ese momento era una verdadera incontinencia y que la pérdida de orina se producía por la uretra, no llegando orina a la vulva por la parte alta de la vagina como sucedía antes de la operación. También se observó en la cistoscopia, la línea de sutura de la cistotomía recubierta de sales urinarias y fibrina.

Al mes de operada presentó bruscamente síntomas de retención de orina. Después de algunas horas expulsó una masa semejante a un cuesco de aceituna, junto con la orina, la cual correspondía, por su aspecto, al depósito de fibrina y sales urinarias que describimos en la última cistoscopía, recubriendo la sutura de la cistotomía. En el interior de esta masa expulsada encontramos dos puntos de cat-gut.

El 16 de Enero de 1962, a los dos meses y veintidós días de operada, se efectuó una pielografía de eliminación que mostró (Radiografía 4) buena concentración en el riñón derecho y en el triple sistema pielocaliciario y ureteral izquierdo. No se aprecia hidronefrosis ni signos de lesión orgánica de estos elementos. Incluso los uréteres se visualizaron mejor y hubo mayor concentración del

medio opaco que en las pielografías preoperatorias.

Sin embargo, la chica continuaba presentando períodos de incontinencia o de micción imperiosa y las orinas no aclaraban del todo, a pesar de las sulfas y antibióticos empleados, por lo que a los tres meses de operada la presentamos en reunión clínica del Servicio de Urología del Hospital del Salvador para consultar el caso con otros colegas. Una panendoscopía realizada por uno de ellos en esa ocasión reveló que persistía la cistitis y la uretrotrigonitis, con intenso edema de la región uretral. En esa reunión se acordó realizar instilaciones de nitrato de plata, aplicar candelillas de Furadantina y usar, también, esta droga por vía oral. Nosotros aplicamos ese tratamiento y actualmente no acusa síntomas de irritación vesical, las orinas son claras y hay buena continencia, pero rehusa someterse a nuevos controles cistoscópicos o radiográficos.

RESUMEN

Se presenta un caso de seudoincontinencia de orina por uréter ectópico en una chica de 11 años de edad, que presenta un triple sistema pielocaliciario y ureteral izquierdo.

La niña fue sometida a intervención quirúrgica, practicándosele un neoimplante del uréter ectópico en la vejiga.

Los controles radiológicos y cistoscópicos demostraron buena función del uréter neoimplantado sin repercusión sobre la morfología pielocaliciaria ni aparición de hidronefrosis o estrechez hasta poco más de dos meses y medio de la intervención. Los resultados hasta la fecha de presentar este trabajo son satisfactorios.

Se analiza brevemente la literatura sobre las anomalías ureterales.

BIBLIOGRAFIA

1.— G. S. LEEF and S. A. LEADER: Ectopic Ureter Opening into Rectum. J. Urol. March. 1962.

2.— DONALD R. SMITH: General Urology. Lange Medical Publication. 1959.

3.— D. LENAGHAN: Bifid Ureter in Children: An Anatomical, Physiological and Clinical Study. J. Urol. June. 1962.

4.— LUIS CID: Ureterovaginal Fistula. Report of a case with Fused Kidney and Double Ureter cured by Heminephrectomy. J. Urol. July. 1962.

5.— R. VARGAS ZALAZAR y Cols.: Cirugía del Uréter Inferior. Tercer Congreso Chileno de Urología. 1957.

DISCUSION

Prof. **Vargas Zalazar.**—Felicita al Relator por la interesante observación que ha traído y la forma en que ha estudiado y solucionado el caso. Le falta hacer una cistografía funcional para saber si la enferma quedó con reflujo vésicoureteral.

Dr. **Tallman Valenzuela, Edo.**—Señala que el uréter trífido es muy raro y no recuerda alguna publicación en nuestro país. Describe la explicación embriológica de esta anomalía y señala, a pesar del brillante éxito obtenido, que la enferma debe seguir bajo control.

Dr. **Vargas Molinare.**—Relata un caso de uréter triple encontrado en una autopsia.

Dr. **Lira Valencia.**—Felicita al Dr. Sierra por lo interesante de la observación. Cree que la normalidad de los cálices en la pielografía de control no es suficiente para asegurar que no hay reflujo, debe hacer cistografía funcional. El Dr. Figueroa Body tuvo un caso semejante, en el que ligó el uréter inferior y la paciente evolucionó bien.

Dr. **Hidalgo Cortés.**—No cabe duda del éxito inmediato del tratamiento, pero puede tener posteriormente hidronefrosis y pielonefritis. Talvez hubiera sido mejor haber practicado la nefrectomía parcial y ureterectomía. A veces es fácil hacerlo en estos riñones que tienen pedículos separados.

Dr. **Lira Valencia.**—El Dr. Hamburger señaló recién, en una conferencia, que la cistografía funcional debía hacerse al final de la pielografía y no inyectar medio de contraste en la vejiga.

Prof. **Vargas Zalazar.**—Nosotros hacemos la cistografía funcional al término de la pielografía, pero en los casos de insuficiencia renal la eliminación se prolonga horas, por lo que no siempre es posible hacerla así.

Dr. **Corvalán.**—La mayor parte de los enfermos con esa técnica han quedado sin reflujo y en los que ha quedado, no ha tenido importancia.

LINFOGRANULOMA MALIGNO DEL TESTICULO (*)

(Enfermedad de Hodgkin testicular)

Dr. FERNANDO VARGAS DELAUNOY (**)

Los linfomas en el aparato urinario y genital son bastante raros y generalmente son secundarios a focos de otra parte del organismo. La localización del granuloma maligno en el sistema génito-urinario es muchísimo más escasa aún, habiéndose descrito sólo algunos casos en la literatura.

El objeto de esta publicación es la presentación de un caso de enfermedad de Hodgkin descubierta en una hiperplasia testicular, que dada la rareza, lo hace de gran interés.

CASO CLINICO.—Enfermo de 64 años que hacía dos meses había notado, sin causa aparente, aumento de volumen indoloro del genital derecho. Pocos días antes del ingreso se hace muy doloroso y se agrega fiebre, todo lo cual lo obliga a consultar. Entre sus antecedentes tenía una cirrosis hepática diagnosticada hacía un año.

Al **examen** físico se encontró un enfermo en regular estado nutritivo. El hígado se palpó a dos traveses de dedo bajo el reborde costal, de consistencia dura. En los genitales externos se apreciaron las bolsas aumentadas de tamaño, con edema de la piel, todo lo cual impidió individualizar testículos y epidídimos; gran sensibilidad y fluctuación hacia el genital derecho y conducto deferente de este mismo lado engrosado. La próstata se encontró ligeramente aumentada de tamaño. Los riñones no se palparon.

Con el diagnóstico de orquiepididimitis derecha supurada se intervino al día siguiente de consultar, practicándose un vaciamiento del absceso escrotal. Junto con la pus se vio salir un tejido grisáceo filante que se creyó corresponder a parénquima testicular necrosado.

Exámenes de laboratorio.—El cultivo del pus del absceso dio desarrollo de regular cantidad de colonias de Escherichia Coli sensible a la Tetraciclina, Novobiocina, Furadantina, Kanamicina, y Mandelamina, y resistente al Cloramfenicol, Estreptomicina y Sulfas. Uremia y glicemia normales. El hemograma reveló una leucocitosis de 18.000 glóbulos blancos x mm3, con moderada desviación a la izquierda. El examen de orina completo, así como el histobacteriológico, fueron normales.

Una vez que pasaron los síntomas y signos inflamatorios, se certificó que el testículo derecho persistía aumentado de tamaño y de consistencia aumentada. Con el diagnóstico de tumor testicular derecho se intervino nuevamente 13 días después de la operación anterior, practicándose esta vez una orquiectomía del lado afectado.

ESTUDIO ANATOMO-PATOLOGICO DE LA PIEZA OPERATORIA.

Testículo de consistencia firme, de 5 x 5 x 3,5 cm. Epidídimo, 6 cm.

Estudio histológico.—Proliferación celular con gran poliformismo, que reemplaza en gran parte el parénquima de la glándula. Se aprecian células pálidas de tipo epitelioídeo, linfocitos, plasmazellen, polinucleares, eosinófilos y fibrocitos; además regular cantidad de células gigantes mono y binucleadas con núcleos vesiculosos. El parénquima testicular, que ha sido reemplazado en gran parte por esta proliferación celular, se encuentra atrofiado y con infiltración inflamatoria intersticial crónica.

Conclusión.—Tumor maligno testicular, de difícil clasificación histológica. Se tiene la impresión que en la glándula prolifera un granuloma maligno (Enfermedad de Hodgkin).

El paciente, que había sido dado de alta después de reponerse de la última intervención, reingresó quince días después al saberse el resultado anátomo-patológico de la pieza operatoria con el objeto de seguir su estudio. En realidad, el informe demoró algunos días debido a que los especialistas investigaron el caso con gran detenimiento para llegar a la conclusión que ya sabemos. En esos días el enfermo estuvo fuera del hospital, la cirrosis hepática se descompensó y al reingreso se

(*) Sesión IX, en 8-VIII-62.

(**) Cátedra de Urología, Prof. R. Vargas Z.

encontró con ascitis considerable y edema de los miembros inferiores. Por este problema y especialmente para completar el estudio del granuloma maligno, se trasladó al Servicio de Medicina Interna.

COMENTARIO.—La Enfermedad de Hodgkin es una proliferación crónica granulomatosa especifica, desarrollada a partir del sistema reticular, de evolución generalmente maligna, y que se localiza preferentemente en ganglios linfáticos, bazo y médula ósea y en cualquier elemento reticular de los más diversos órganos, (a excepción del S. N. C.). La etiologia es aún desconocida.

El granuloma maligno entra en el grupo de los linfomas, que son tumores primitivos de los tejidos linfáticos (Robbins). Este autor clasifica los linfomas en los siguientes tipos:

1) Linfocitoma; 2) Linfosarcoma; 3) Linfoblastoma; 4) Linfoma gigante folicular; 5) Sarcoma de células reticulares; 6) Enfermedad de Hodgkin; y 7) Plasmocitoma.

Esta clasificación se basa en el aspecto histopatológico.

Según Robbins, existe una estrecha relación entre los diferentes linfomas, pudiéndose, incluso, transformarse un tipo en otro, especialmente el linfoma gigante folicular, que puede llegar a dar una enfermedad de Hodgkin (especialmente del tipo de Sarcoma de Hodgkin).

En los últimos años, los patólogos han clasificado el linfogranuloma maligno, tanto desde el punto de vista clínico como histológico, en tres tipos principales: el paragranuloma, el granuloma y el sarcoma. La más benigna y menos progresiva de estas lesiones linfomatosas es el paragranuloma y la variedad más maligna, el sarcoma. La característica histológica principal de todas estas lesiones es la presencia de células de Reed-Stenberg; estas células tumorales gigantes se encuentran escasamente en el paragranuloma, mientras que en el sarcoma de Hodgkin se hallan en gran número y con caracteres más anaplásticos. En el caso presentado en esta oportunidad se trataría de la variedad granuloma.

Han sido descritos algunos pocos casos de localización de la enfermedad de Hodgkin en el sistema génito-urinario. Hoffman, Rottino y Summerill en 70 autopsias de enfermos que murieron de este mal, encontraron que el uréter estaba comprometido en 5 casos, el riñón en 9, la vejiga en 1, la próstata en 1 y el testículo en 1. Otros autores se han preocupado de estudiar la localización de los linfomas en general en esta parte del organismo, llegando a la conclusión que, como manifestaciones secundarias, no serían tan infrecuentes. Sin embargo, estas conclusiones son sacadas de estadísticas post-mortem en que los hallazgos son muchisimo más frecuentes que en la observación clínica. Joseph Marconis describió un caso de Hodgkin primario vesical que fue descubierto clínicamente.

Grabstald, Rhamy y Dryden en el estudio de 115 casos de tumores del testículo encontraron los siguientes tipos histopatológicos: Seminoma, 23,4%; Carcinoma embrionario, 35,6; Tetratocarcinoma, 25,2; Corioepitelioma, 9,5; Linfomas, 4,3; y Tumores no clasificables, 1,7. Los tipos de linfomas que estos autores observaron fueron linfosarcoma y sarcoma de células reticulares.

En la clasificación de los tumores de testículo propuesta por Friedman y Moore y seguida por Robbins no han sido incluídos los linfomas; sin embargo, se anota, a continuación, para dar una visión de los tumores testiculares más frecuentes:

A.—Tumores germinales (1), 96,5%; Seminoma, 40%; Carcinoma embrionario, 30; Teratoma y teratocarcinoma, 25,5; y Carioepitelioma, 1.

B.—Tumores no germinales, 3,5%; Tumor de cél. intersticiales, 1%; Tumor de cél. de Sertoli, Angiomas, Fibromas, y Androblastomas, etc.

RESUMEN

Se presenta un caso de granuloma maligno descubierto en un tumor del testículo. El estudio completo de este enfermo, en este sentido, ha sido perturbado por la coexistencia de una cirrosis hepática descompensada.

Se hace un pequeño comentario de lo que se encontró en la literatura sobre linfomas y, en especial, sobre enfermedad de Hodgkin en lo que se refiere especialmente a localización de esta patologia en el sistema génito-urinario.

Se exponen dos estadísticas sobre tumores de testículo, subrayando la rareza con que los linfomas se encuentran a este nivel.

(1) Que derivan de la célula germinal a diferentes grados de maduración.

BIBLIOGRAFIA

GRABSTALD, RHAMY y DRYDEN.—Tumors of Testis: Study of 115 cases. Year Book of Urology, 1958-1959.

HOFFMAN, ROTTINO and SUMMERILL.—Genito-urinary tract lesions in Hodgkin's disease: Bull. N.Y. Acad., med., 29: 655-657. 1953.

JOSEPH MARCONIS.—Primary Hodgkin's (paragranulomatous type) disease of the bladder: Jr. of Urology, vol 81, Nº 2, February 1959.

ROBBINS.—Textbook of Pathology with clinical applications: August 1960.

DISCUSION

Dr. **Tallman Valenzuela, Edo.**—Felicita al Relator y destaca el interés del caso. En 1957 presentó al Congreso Chileno de Cancerología un trabajo sobre linfosarcoma del testículo, en compañía del Dr. Benjamín Tallman y en el Vol. XXI, pág. 34 de la Revista, aparece una publicación que hicieron sobre el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Se refiere al origen de estos tumores y señala la dificultad que existe en establecer si son o no primitivos del testículo y la importancia del tratamiento general de los pacientes, porque cuando consultan, generalmente están diseminados. Los casos que le ha tocado ver han fallecido.

Dr. **Vargas Delaunoy, Fdo.**—El enfermo actualmente está mal. Tiene ascitis y edema.

Dr. **Vargas Molinare.**—La enfermedad de Hodgkin, a veces hace equivocar el diagnóstico. Le tocó ver un enfermo con ictericia y diagnóstico de cirrosis, que falleció, encontrándosele una enfermedad de Hodgkin. Lo mismo ocurrió con un caso de litiásis renal.

LESIONES DEL URETER TERMINAL Y SU TRATAMIENTO (*)

Dres. LUIS CORVALAN ROCCO (Relator) y ALFREDO ITURRA PACHECO (Colaborador)

La cirugía del uréter, hasta hace una década, había sido la Cenicienta de la Urología, proscrita su práctica por dos dogmas: el de la intocabilidad del uréter, y el de la incurabilidad de la tuberculosis renal.

Sostenía el primero que la sección del conducto neuromuscular del uréter provocaba la interrupción de la onda contráctil y la formación de un antiperistaltismo que dilataba y destruía el riñón. El segundo, que afirmaba la incurabilidad de la tuberculosis renal, traía como corolario terapéutico la nefrectomía inmediata.

De este modo la patología, evolución y tratamiento de las lesiones del uréter, carecían de importancia, ya que el problema se resolvía siempre en forma simplista con la mutilación del riñón.

Los avances en fisiopatología y quimioterapia de los últimos años demostraron que la cirugía del uréter es perfectamente compatible con un buen estado anatómico y funcional del riñón y que los trastornos que aparecen en el postoperatorio inmediato son transitorios y desaparecen completamente. Por otra parte, ha sido demostrada la eficacia de los antibióticos específicos en la curación de muchas lesiones tuberculosas del riñón, siempre que la vía excretora esté expedita.

Abierto el camino de la cirugía del uréter, múltiples técnicas se han propuesto y practicado con éxito para tratar por medios conservadores de reparación y substitución, numerosas afecciones que antes no tenían otra alternativa terapéutica que la nefrectomía.

Cuando el uréter, por lesiones propias o extrínsecas plantea un problema clínico, debe éste resolverse, previo un estudio anatómico y funcional no sólo del uréter, sino —lo que es más importante—, de todo el árbol urinario para valorar la recuperación renal. La endoscopia, el cateterismo ureteral, las pielografías descendentes, ascendentes y percutáneas; las ureterografías, cistografías, etc., permiten diagnosticar con exactitud la afección ureteral, su extensión, sus repercusiones altas, su situación y relación con los órganos vecinos y la vejiga y poder indicar la operación que se debe efectuar y la vía a seguir.

No se debe corregir una obstrucción del uréter tardíamente, cuando el poder funcional del riñón está ya seriamente afectado, o cuando el riñón es asiento de una infección grave difusa, por el riesgo de tener que practicar una nefrectomía secundaria. En cambio, deben tratarse, y precozmente, las lesiones anatómicas del uréter, aunque ligeras pero malignas en sentido clínico, sin esperar una respuesta renal bulliciosa que la justifique.

La cirugía del uréter terminal es la más frecuente de las intervenciones de este conducto, debido a que este sector es asiento de detención de cálculos, de procesos inflamatorios, actínicos, accidentes operatorios, malformaciones, tumores, etc.

CUADRO Nº 1

AFECCIONES DEL URETER INFERIOR

Infecciones	Tbc., otras infecciones, procesos inflamatorios de vecindad.
Litiasis	Cálculo enclavado.
Actínicas	
Tumores	Uréter, meato ureteral.
Accidentes quirúrgicos	Ligadura, atrición, sección, resección.
Fístula uréterovaginal y uréterocutánea	Recidiva, radiaciones, accidentes quirúrgicos.
Malformaciones	Estrechez meato ureteral, ureterocele, divertículo, megalouréter, uréter ectópico vaginal.

LESIONES INFLAMATORIAS COMO CAUSA DE ESTRECHEZ.—Las infecciones del árbol urinario son frecuentes en nuestra especialidad, ella al descender en el largo conducto ureteral, se fija especialmente en las estrecheces fisiológicas de éste. El tercio inferior del uréter, o sea, el que está ubicado en la pequeña pelvis, entre los vasos ilíacos y la desembocadura del conducto en la vejiga, lo hemos visto especialmente receptor para la infección.

De las infecciones que en nuestro medio producen esta clase de infecciones, tenemos la tuberculosis, siendo ella tan frecuente, que habitualmente llegamos al diagnóstico etiológico al comprobar una lesión de esta naturaleza. Existen estenosis del uréter terminal cuya etiopatogenia es indeterminada; algunas pueden incluirse entre las malformaciones congénitas a las cuales se sobreañade una infección urinaria.

La infección se localiza en la mucosa y avanza después a la capa muscular del uréter, afectando el tejido mesenquimático que siempre reacciona con fibrosis.

Es frecuente que la infección comprometa el meato ureteral y zona vesical adyacente. Cuando adquiere cierta violencia aparece al examen endoscópico como una zona proliferante, recubierta de vesículas que ocultan el orificio ureteral y provocan obstrucción importante a la eyaculación de la orina. Hemos observado que estos focos inflamatorios, con gran desarrollo de edema buloso, reaccionan deficiente y tardíamente con las drogas y, en cambio, tratadas activamente por endoscopías con electrocoagulación, curan rápidamente, sin dejar secuelas y favoreciendo la curación de las lesiones altas. Queremos llamar la atención a este procedimiento con el cual hemos obtenido resultados espectaculares en algunos casos, que no hemos tenido referencia en la literatura que se le dé el énfasis que se merece.

Las infecciones que comprometen la mucosa pueden curar sin dejar secuelas. En cambio, cuando profundizan y comprometen la pared del conducto, curan con fibrosis. La secuela de fibrosis puede llegar a adquirir mayor gravedad aún que la enfermedad originaria, porque el éstasis retrógrado que produce, conduce a la destrucción fatal del riñón. En el uréter inferior se presenta la secuela de fibrosis en el uréter intramural, yuxtavesical, aislada o acompañante de la primera.

La estenosis del uréter intramural es la secuela más frecuente, y a la vez, más pronta en las lesiones consecutivas del riñón. A veces este mismo tipo de lesiones ocurre en el uréter contralateral, provocando alteraciones renales de tipo puramente obstructivo.

Las secuelas fibrosas de la vejiga repercuten en la patología del uréter cuando comprometen un sector importante o se extienden a toda la vejiga (hemiatrofia y vejiga pequeña redondeada). Es habitual en estos casos un compromiso del sector intramural del uréter y además, estenosis del cuello vesical, que trae consigo un régimen de hipertensión favorecedor del reflujo ureteral; de tal modo que, todo tratamiento quirúrgico de estos casos, no sería completo si no se tienen en cuenta estas complicaciones y se las corrige en el acto operatorio.

Entre las afecciones inflamatorias de vecindad que pueden comprometer el uréter terminal tenemos la parametritis, anexitis y perianexitis en la mujer; la espermatocistitis en el hombre. Entre nosotros, la patogenia más frecuente de este tipo es la tumoral.

En cuanto al fenómeno funcional del uréter intramural se distinguen: la estrechez pura, la incompetencia con reflujo pasivo y la asociación de estrechez con reflujo.

Tratamiento.—Como hemos creído demostrar, las lesiones inflamatorias del uréter inferior son de etiología tuberculosa en nuestro medio en la gran mayoría de los casos. Por tanto, el tratamiento será el de todo organismo tuberculoso: 1º) Tratamiento general reconstituyente; 2º) Tratamiento específico, estrepto, isoniazidas, Pas; 3º) Tratamiento endoscópico, electrocoagulación y otros; y 4º) Tratamiento quirúrgico, el llamado tratamiento de cirugía conservadora, porque tratándose de conservar el riñón, está dirigido a eliminar la obstrucción mantenedora de la infección, que hace inoperantes los tratamientos anteriormente señalados.

Los tratamientos 1º) y 2º) deben hacerse

(*) Sesión X, conjunta con las Sociedades de Cirujanos de Chile, de Ginecología y Obstetricia y de Proctología, en 22-VIII-1962.

indiscriminadamente a todos los pacientes. Son los otros los que están sujetos a una evaluación razonada de parte del clínico, el que debe ajustarse a principios aún no bien precisados, pero que de todos modos, son los que compensan a éste, es decir, al clínico y también al paciente con resultados satisfactorios. Los tratamientos coadyuvantes, como el corticoidal, pueden y deben hacerse. Cuando se está respaldado por tratamiento específico y de la infección secundaria, se usarán también los antibióticos, post antibiogramas correspondientes.

Las lesiones ureterales estenosantes de la porción terminal del conducto se tratan quirúrgicamente, mediante la resección de la porción estenosada y urétero-cistorrafia. La técnica en cada caso depende del tipo de la lesión ureteral, de su extensión y del estado de la vejiga.

Tratamiento endoscópico.—1) Electrocoagulación. Está indicada en las formas proliferantes vesicales circunscritas alrededor del orificio ureteral.

2) **Dilataciones ureterales.** Están indicadas en estenosis con escaso desarrollo de fibrosis (Lattimer, Calle Uribe). Involucra cierto riesgo y es necesario practicarla en un régimen hospitalario rodeado de la mayor asepsia.

3) **Meatotomía.** Sección del meato por electrocoagulación, en las estrecheces del orificio ureteral.

Técnicas operatorias.—1º) Vía transvesical, (Puigvert, Politano); 2º) Vía extravesical, (Neostomías-Paquin); 3º) Vía mixta, (Küss); 4º) Plastías, (Boari-ureterointestinal); 5º) Enterocistoplastías; y 6º) Operaciones de reflujo, (Hutch-Paquin-Politano).

Secuela intramural que se extiende hasta 3 cm. de la vejiga puede tratarse por vía transvesical (Puigvert), extravesical y mixta (Küss). Nosotros hemos empleado la técnica transvesical de Puigvert en 11 enfermos, con resultados satisfactorios en el aspecto funcional. Es una operación de fácil ejecución que recomendamos en estos casos.

Cuando el uréter yuxtavesical está fijo por adherencias es aconsejable la vía extravesical, que permite desprender las adherencias y resecar ese sector del conducto con mayor facilidad.

Plastías.—En los casos de compromisos más extensos del uréter, la técnica de Boari de colgajo vesical es la indicada. En secuelas mayores, que comprometen más del tercio inferior del uréter debe recurrirse a plastías de reemplazo con íleon, que ha demostrado ser un buen substituto del uréter (Allamand-Bisquertt. Corvalán-Montero) (22).

La **enterocistoplastía** debe intentarse en las vejigas retraídas; su reemplazo puede hacerse con cualquier segmento intestinal, usándose de preferencia el íleon y el sigmoides. Esta operación debe completarse, según los casos, con neoimplante del uréter y resección del cuello vesical.

Operaciones de reflujo vésicoureteral.—Esta afección no tenía tratamiento hasta hace muy poco. Con los nuevos conceptos de fisiología de la válvula uréterovesical, se han ideado procedimientos destinados a corregir este defecto con buenos resultados. Operación de Hutch, Paquin, Politano. Nosotros operamos recientemente con la técnica de Hutch, con excelentes resultados un caso de reflujo asociado a tuberculosis renal del mismo lado, obteniendo la curación de ambas afecciones. Recomendamos el procedimiento de Hutch en la corrección del reflujo vésicoureteral por ser una técnica de fácil ejecución y por su elevado porcentaje de seguridad.

BIBLIOGRAFIA

1.— CAMEY CHAUVIN: "Fístula uréterovaginal seis años después de tratamiento de Radium - ep. cuello uterino". Journal D'Urologie. Pág. 460 año 1960.

2.— G. RALMOND: "Ureteroneocistostomie pour rétréssement non tuberculeux de l'uretére yuxta-vésical. Pág. 339. Tomo 63. Nº 4-5.

3.—A. ROMETTI: "Tuberculose de l'ovaire avec compression (deux obserbations). Delenotte. Journal d'Urologie. Pág. 330. Tomo 63 Nº 4-5. 1957.

4.— KUSS: Triple resección segmentaire de l'uretere dans un rein unique tbc. Journal D'Urologie, Tomo 63, pág. 298. 1957.

5.—J. S. DOTTA, et T. V. DELPORTE: "Chirurgie Réparatrice dans un cas d'obstruction postoperatoire de l'uretere". Journal D'Urologie, Tomo 66, pág. 673. 1960.

6.—DAVID M. DAVIS: "Résultats éloignes de la chirurgie réparatrice de l'uretere a l'exclusion de l'hydronephrose dans la lithiase". Congres de la Société Internationale D'Urologie 1961, pág. 89.

7.— R. ALCALA SANTAELLA: "Tratamiento de las Complicaciones Urinarias en el Carcinoma del cuello uterino". Archivos Españoles de Urologia, Tomo 14, pág. 186.

8.— PAEZ RIOS: "Periureteritis primitiva unilateral". Tomo XIV, pág. 97. 1958. Archivos Españoles de Urología.

9.—"Ureterovesical anastomosis". Description and evaluation of Technic Year Book 1960-61, pág. 123.

10.— "Idiopatic retroperitoneal fibrosis". Involving ureters Year Book 1960-61, pág. 124.

11.— OSCAR CORREA FUENZALIDA y EDUARDO y BENJAMIN TALLMAN: "Esclerosis vesicoureterales por irradiación pelviana y su tratamiento". Congress de la Société International D'Urologie 1961.

12.— WILLIAM J. SLAUBITZ: "Tratamiento de las Injurias Ureterales". Year Book, 1960-61, pág. 219.

13.— ALEC W. BADENOCH: "Reparative Surgery for tuberculosis". XII Congres de la Société Internationale D'Urologie, 1961, pág. 173.

14.— RENE KUSS: "Resulttals éloignes de la chirurgie Reparatrice de l'Uretere dans les lesions traumatiques". XII Congress de la Société Internationale d'Urologie, 1961, página 145.

15.— ALBERT J. PAQUIN: "Ureterovesical anastomosis description and Evaluation of technic". Year Book, pág. 213, 1960-61.

16.— CORVALAN ROCCO, GONZALEZ MAC OLIVER: "Tratamiento actual de la tuberculosis urinaria". Revista Soc. Chil. Urol. Vol. XX, pág. 165, Sept. 1957.

17.— JEAN CIBERT: "La plastie intestinal in Urologie". VI Congreso Arg. de Urolog., 1960, Tomo II, pág. 76.

18.— PETER BISCHOFT: "Die Dauerergebnusse Wiederherstellender operationen Bei Angeborenen. XII Congre. de la Soc. Inter. de Urolog. Tomo I, pág. 9, 1961.

19.— A. PUIGVERT: "Cirugía del Uréter Terminal". Anales del Hosp. de la Santa Cruz y San Pablo. Volumen XVIII Nº 1, 1958.

20.— CORVALAN ROCCO y DELL'ORO S., RAUL: "Enteroplastías en Urología", Rev. Soc. Chil. Urolog. Tomo 22, pág. 37, dic. 1959.

21.— CORVALAN ROCCO, LUIS; ITURRA P., ALFREDO: "Operación de Puigvert". Rev. Soc. Chil. de Urolog. Tomo 20, pág. 131, Sep. 1957.

22.— CORVALAN ROCCO, LUIS y GONZALEZ MAC-OLIVER: "Uréterocolostomía con segmento intermedio de íleo". Rev. Soc. Ch. Urolog. Tomo 23, pág. 265, 1960.

23.— CORVALAN ROCCO, LUIS y GUTIERREZ, EGIDIO: "Operación en reflujo uréterovesical". Soc. Chil. Urolog. 1962.

LA AORTOGRAFIA COMO CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO EN UROLOGIA (*)

Dres. ROBERTO VARGAS DELAUNOY, PATRICIO BARRIGA y WALTER SUNKEL (**)

Generalidades.—La visualización de la aorta y sus ramas en el hombre fue obtenida por primera vez por Dos Santos, Lamas y Caldas, en 1929, mediante punción translumbar. Sin embargo, el uso de este procedimiento no adquirió el auge que se esperaba debido a la falta de un medio de contraste adecuado. El reemplazo del yoduro de sodio, usado en un comienzo, por compuestos yodados orgánicos dio mayor difusión a este examen.

En Chile, Bisquertt Cea, Coutts y Cantín, publican en 1930 un completo trabajo de su experiencia, con especial referencia a la patología renal. Con posterioridad, esta técnica vuelve a popularizarse gracias a los trabajos de diferentes investigadores como Poutasse, Smith y Evans, Doss, Olson, etc., quienes recalcan la importancia de este examen en las lesiones de las arterias renales y patología renal en general.

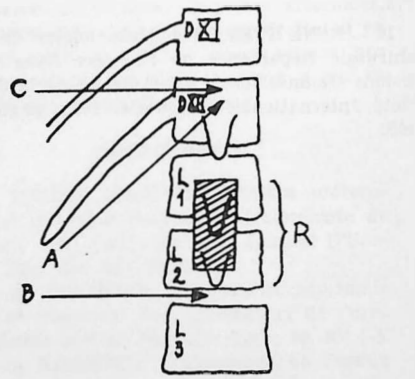
En 1953, **Seldinger** publica la técnica de la **arteriografía retrógrada** por punción de la femoral, procedimiento que se ha difundido rápidamente.

El presente trabajo tiene por objeto estimular el interés por este examen, que si bien no debe ser rutinario, es de técnica sencilla y aclara muchos diagnósticos difíciles.

Desde el punto de vista urológico, la aortografía tiene variadas indicaciones, no sólo en el diagnóstico de alteraciones morfológicas vasculares, sino también de alteraciones propiamente renales. Entre otras, estaría indicada en el diagnóstico diferencial entre tumores y quistes, en ciertas hipertensiones, hidronefrosis, vasos aberrantes, riñón poliquístico, ectopias, atrofias renales, etc. Igualmente estaría indicado en el diagnóstico de tumores suprarrenales, en el estudio de la distribución arterial previo a resecciones parciales de riñón y para demostrar tamaño, configuración y vascularización de riñones pobremente contrastados con otros métodos.

Las contraindicaciones de mayor importancia serían la hipersensibilidad al yodo, y las lesiones graves parenquimatosas de hígado y riñones.

Técnica.—1) **Aortografía por punción translumbar.** (Figs. 1 y 2). Anestesia general. Paciente en decúbito prono. Desinfección de la piel. Se hace la punción a un través de mano por fuera del borde izquierdo de la columna, siguiendo con la aguja la dirección de la última costilla hasta topar el cuerpo vertebral; se retira un poco la aguja y se corrige la dirección, de manera de pasar tangencialmente al cuerpo vertebral hasta caer en la aorta, lo que se reconoce por la salida de un chorro de sangre a presión. Se usa una aguja Nº 17 con mandril, el que se retira al comprobar que ésta ha penetrado la arteria. Seguidamente se conecta un tubo plástico que va acoplado a la jeringa con medio de contraste (Hypaque al 50%). Se hace una inyección de prueba de 10 cc. para ver la posición de la aguja; si ésta es satisfactoria, se inyectan 30 cc. de Hypaque lo más rápidamente posible. Usamos una distancia foco-placa de 1.20 mtrs., 0,25 seg. y 80 K.V. aproximadamente. Se toman 3 placas; la primera en la mitad de la inyección, la segunda al final, y la tercera, inmediatamente después. Como disponemos de un cambiador manual, no podemos tomar más placas, pero estas tres bastan para ver la fase arterial y la nefrográfica o capilar de la inyección.



Puntos de punción y dirección de la aguja en la aortografía (tipos A, B y C). R, origen de las arterias renales.
(Según Dos Santos).
Dr. Barriga.

FIG. Nº 1

Entre las complicaciones que se pueden presentar con este método, está la extravasación del medio de contraste debido a que la aguja esté parcialmente fuera de la aorta. Esto se traduce por dolor abdominal que generalmente es de pocas horas de duración y no muy intenso. Con los medios de contraste actuales, que son rápidamente reabsorbidos, esto no tiene mayores consecuencias. Tampoco tiene importancia que la inyección sea hecha en una rama de la aorta. La producción de hematoma periaórtico es menos frecuente y de menor importancia que lo que podría esperarse. Debemos considerar las complicaciones derivadas de la anestesia general. Ultimamente hacemos el examen sólo con anestesia local del trayecto de la punción sin mayores dificultades.

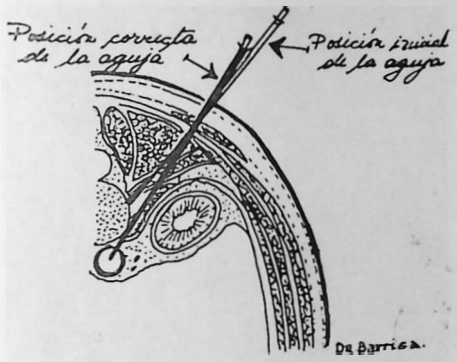


FIG. Nº 2

2) **Aortografía retrógrada.**— Se hace por punción de la arteria femoral según el método de Seldinger, que es muy sencillo, y consiste en puncionar la arteria femoral, previa anestesia local, con una aguja de 6 a 8 cms. de longitud, de bisel corto y con mandril. Una vez dentro de la arteria se retira el mandril y se introduce un alambre metálico flexible, especialmente en la punta, hasta que esté en la arteria ilíaca. Se retira la aguja y se introduce un tubo de polietileno con el alambre metálico como guía. Cuando aquél está adentro, se retira el alambre y se deja el tubo de polietileno a la altura deseada en la aorta (30 cms. para las arterias renales). Después se procede igual que en el método anterior. Esta técnica presenta grandes ventajas; no existe la posibilidad de una inyección paraaórtica, el enfermo está en decúbito dorsal que es más cómodo, puede estar en apnea cuando se le ordene y puede inyectarse a la altura deseada en la aorta, o aún selectivamente una de sus ramas.

Las contraindicaciones del método son las propias del examen en general.

Casuística.—Presentamos dos casos atendidos en el Servicio de Urología e Instituto de Radiología del Hospital J. J. Aguirre, en los cuales la aortografía fue el examen definitivo en el diagnóstico. Uno de ellos en que existía hematuria de carácter total y en que los exámenes urológicos y radiológicos usuales no permitieron un pronunciamiento categórico y el otro en una hipertensa joven, en la cual la aortografía demostró una importante lesión vascular.

Caso Nº 1.— (Obs. 62/04769). Enferma de 66 años de edad, que en marzo de este año consulta por hematuria total y dolor lumbar difuso. Se hospitaliza, efectuándose cistoscopía, que fue normal y pielografía de eliminación (Foto 1), en la que se observa duplicidad pielocaliciaria y del uréter proximal derecho, apreciándose un doble contorno del polo inferior de este riñón. El grupo caliciario inferior se visualiza mal. El riñón izquierdo se presenta normal. La pielografía directa no aclaró nada, y la investigación de células neoplásicas obtenidas por cateterismo fue negativa.

Se practicó aortografía abdominal (Fotos

(*) Sesión XIII, en 10-X-1962.
(**) Hospital J. J. Aguirre.



Foto Nº 1

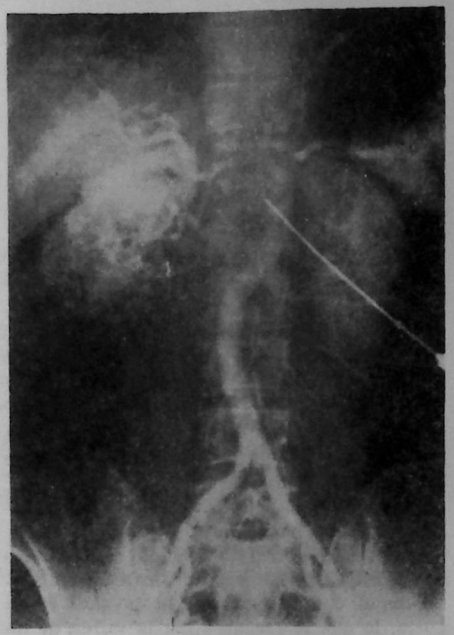


Foto Nº 3



Foto Nº 2



Foto Nº 4

2, 3 y 4), en la que se observa un buen contraste de la aorta abdominal y sus ramas. Las arterias renales se presentaban normales. En el lado derecho, en relación con el doble contorno descrito del polo inferior, se apreciaban algunos vasos de tendencia arciforme frente a una masa redondeada, vascularizada, cuya fase nefrográfica es menos intensa que la del riñón mismo, de contraste irregular con pequeñas zonas de mayor densidad. Se hizo el diagnóstico de tumor renal.

La enferma fue nefrectomizada, confirmándose el diagnóstico. Al corte macroscópico de la pieza operatoria se observa un tumor bien delimitado (Fotos 5 y 6) en que hay zonas hemorrágicas que corresponden seguramente a las de mayor densidad visibles en la arteriografía.

El examen histopatológico mostró que se trataba de un adenocarcinoma túbulo-alveolar de células claras.

En los casos en que se sospeche un tumor y en los cuales los exámenes corrientes resultan normales, lo recomendable es la observación en tiempos prudenciales. Sin embargo, esta espera puede ser perjudicial para el paciente. La aortografía, como en nuestro caso, puede aclarar el diagnóstico. En los tumores de la pelvis renal la aortografía es negativa.



Foto Nº 5

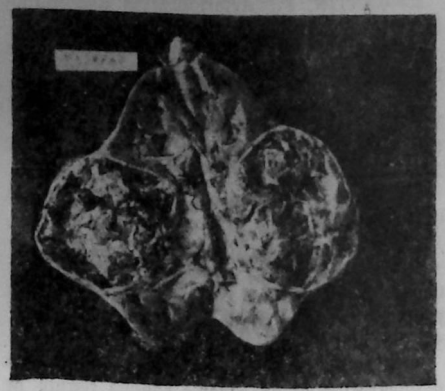


Foto Nº 6

Caso Nº 2.— (Obs. 61/31002). Enferma de 34 años que desde hacía aproximadamente 5 años presentaba episodios de infección urinaria a repetición. En los últimos dos años se agregan cefaleas frontales persistentes, fotopsias y ocasionalmente edemas de cara y párpados. Además, acusa periódicamente, crisis dolorosas en la fosa lumbar y flanco derechos irradiados al hipogastrio y grandes labios. Debió hospitalizarse en Medicina hace 9 meses, dándose de alta con los diagnósticos de hipertensión severa (210/120), pielonefritis crónica y tosis renal derecha.

En junio del presente año se efectúa colecistectomía por colelitiasis. Posteriormente ingresa al Servicio de Urología para el estu-



Foto Nº 7



Foto Nº 8



Foto Nº 9

dio de su hipertensión. Se practicó punción-biopsia renal derecha, que reveló "discreta pielonefritis crónica". La pielografía de eliminación demuestra (Foto 7) una compresión redondeada sobre el cuello y grupo caliciario superior. Se practicó aortografía abdominal (Foto 8) en que se aprecia un aneurisma de la arteria renal izquierda.

La enferma fue operada, confirmándose el aneurisma, el que se resecó, conservándose el riñón. En la pielografía de control (Foto 9) ha desaparecido la compresión del sistema pielo-caliciario superior.

Respecto a este último caso, queremos hacer notar que el número de aneurismas de la arteria renal o de sus ramas descritos en la literatura mundial es escaso y no sobrepasan los 200. El diagnóstico puede ser sugerido por calcificación anular del aneurisma en relación con una compresión del sistema pielocaliciario (25%), pero la certeza se obtiene mediante la aortografía. La indicación es operatoria por el riesgo de que se produzca ruptura, el que es mayor durante el embarazo.

Revisando la literatura, parece ser éste el primer caso descrito entre nosotros.

RESUMEN

—Se describen las técnicas de la aortografía translumbar y retrógrada por punción de la arteria femoral.

—Se analizan las indicaciones urológicas de la aortografía.

—Los autores presentan dos casos en que la aortografía dio el diagnóstico preciso en lesiones renales.

BIBLIOGRAFIA

1.—BISQUERTT CEA, L.: Aortografía. Rev. Méd. Chile. Octubre 1931.

2.—CANTIN, F.: Arteriografías abdominales. Tesis. U. de Chile, 1932.

3.—CREEVY.: Differentiation of renal cysts from neoplasms. Radiology 64:831, 1955.

4.—CRAWFORD, E. S.; BEALL, A. C., MAYER, J. H. and DE BAKEY, M. E.: Complications of Aortography. Surg. Gynec & Obst. 104:129-141, 1957.

5.—DOSS.: Translumbar Aortography: Its diagnostic value in Urology. J. Urol. 55:594, 1946.

6.—EDLING, N. P., and HELANDER, C. G.: On renal damage due to Aortography and its prevention by renal tests. Acta. Radiol. 47: 473-480, 1957.

7.—GARRITANO.: The roengenographic demostration of an arterio-venous fistula of renal vessels. Am. J. Roengenol. 75:905, 1956.

8.—GARRITANO.: Aneurism of the renal artery. Am. J. Surgery 94:638, 1957.

9.—GOODWIN, W. E. et al.: Translumbar aortic puncture and retrograde cateterization the aorta in arteriography and renal arteriography. Ann. Surg. 132:944, 1950.

10.—HARVARD.: Renal Angiography. J. Urol. 70:15, 1953.

11.—HUNT, J. C.; FAIRBAIRN, J. F.; TAWXE, W. N.; KINCAID, O. W.; DAVIS, G. D., and MAHER, F. T.: Symposium of Hipertension Associated with Renal Artery Disease. Proc. Staff. Meet., Mayo Clin. 36:679-712, 1961.

12.—IDBOHRN, HANS: Tolerance to contrast medium in renal angiography. Acta Radiol. 45:141-154, 1956.

13.—IDBOHRN: Renal Angiography in cases of delay excretion. Acta Radiol. 42:300, 1954.

14.—KINCAID, O. W., and DAVIS, G. D.: Abdominal Aortography. New England J. Med. 259:1017-1024, 1958.

15.—LOFGREN: Renal tumor not demostrable by urography, but shown by renal angiography. Acta radiol. 42:300, 1954.

16.—LEADBETTER, W. F., and BURKLAND, C. E.: Hypertension in Unilateral renal Disease. J. Urol. 39:611-626, 1938.

17.—MC AFFEE: A review of the complications of translumbar aortography. Am. J. Roentgenol. 75:956, 1956.

18.—MC AFFEE, J. G.: A survey of complications of abdominal aortography. Radiology. 68:825, 1957.

19.—MILLER, G.: Renal complication of aortography. Surgery 35:885, 1954.

20.—POUTASSE, E. F. and DUSTAN, HARRIET P.: Arterioesclerosis and renal hypertension: Indications of Aortography in Hypertensive patients and results of surgical treatments of obstructive lesions of renal artery. J.A.M.A. 165:1521, 1957.

21.—POUTASSE, E. F.: Oclusion of renal artery as cause of hypertension. Circulation 13:37, 1956.

22.—Seldinger, S. I.: Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography. A new technique. Acta Radiol. 39:368, 1953.

23.—SMITH and EVANS: Interpretation of translumbar arteriograms. J. Urol. 66:145, 1951.

24.—THURN and DUX: Das Aneurisme der arteria renales. Fortschritte 96:471, 1962.

DISCUSION

Dr. **Zunkel.**—Se refiere al primer caso operado, el del aneurisma de la arteria renal. El uso de plásticos en la cirugía arterial ha permitido operar enfermos con hipertensión nefrógena por déficit arterial de cualquiera causa. Ha estado operando arterias con estos medios desde 1955 y los considera seguros.

Dr. **Dell'Oro.**—La aortografía se ha difundido en el último tiempo, aunque sigue siendo de uso restringido y con indicaciones precisas. Operó una enferma con hipertensión nefrógena por aneurisma y le hizo nefrectomía.

Dr. **Vicuña Monardes.**—En Valparaíso han organizado un equipo con los cirujanos vasculares para hacer aortografías por vía femoral y cree que este examen tiene sus indicaciones precisas y no hay que abusar de él. Esta presentación coincide con sus puntos de vista y es el primer caso de aneurisma operado que ve.

Dr. **Corvalán Rocco.**—Es alentador ver que las aortografías se están haciendo en todos los Hospitales y es posible que, en un tiempo no muy lejano, podamos tener una experiencia en lesiones arteriales.

REEMPLAZO PARCIAL DE LA URETRA POR SEGMENTO DE ESCROTO*

Dr. JOSE BISQUERTT TORRES**

No es nuestro propósito revisar, en esta oportunidad, el número inmenso de técnicas de uretroplastias. Casi podríamos decir que cada cirujano que se ha dedicado a esta materia, o ha inventado una técnica propia y le ha dado su nombre, o ha modificado alguna de las ya existentes. Sin embargo, en uno u otro caso, los éxitos han sido excepcionales. De allí que en cada enfermo haya habido que hacer dos, tres o más intervenciones para asegurar un buen resultado. Hemos visto, a través de nuestros viajes, operar a los más distinguidos cirujanos, usando las técnicas más diferentes y siempre, como decíamos, el éxito operatorio obtenido era casi excepcional. Pues, son tantos los factores en juego que desempeñan un papel de primordial importancia en cada caso, que es imposible generalizar técnicas o sistemas, so pena de cometer errores y terminar en fracasos que agravan el problema cada vez más. Es lo que ha acontecido con el enfermo que vamos a presentar a continuación, el que, portador de una estrechez traumática de la uretra posterior, llegó a nuestras manos después de NUEVE intervenciones y de nueve fracasos en un lapso de más de veinte años.

Caso presentado.—Se trata de un enfermo de 29 años, que en 1940, o sea, a la edad de 7 años, sufre un grave traumatismo al ser aplastado por una pesada rueda, en Potrerillos, la cual le provoca una fractura de la pelvis. Como consecuencia de ésta, cae en retención aguda de orina, siendo atendido de urgencia en el Hospital de Potrerillos, donde se le practica una cistostomía definitiva. Pocas semanas después es enviado a Santiago, ingresando al Hospital San Juan de Dios, donde no se le hace ningún tratamiento debido a su corta edad y es devuelto al Norte. Permanece en esta región dos años y es enviado nuevamente al Hospital San Juan de Dios en 1943, donde permanece hospitalizado durante un año, siendo sometido a tres intervenciones quirúrgicas de reconstrucción uretral, sin resultado. Es devuelto nuevamente al Norte, regresando a Santiago diez años después para internarse esta vez en el Servicio de Urología del Hospital J. J. Aguirre, el 22 de abril de 1954. Se comprueba una estrechez infranqueable de la uretra a 8 cm. del meato, aun a la inyección de líquidos. Desde esta fecha, hasta el 5 de noviembre de 1955 se le opera nuevamente en seis oportunidades, practicándose operaciones plásticas, tendientes a reconstruir su uretra, las que fracasan en su totalidad, quedando la uretra como consecuencia, totalmente obstruida desde 1½ cm. del meato hasta la uretra prostática misma (Fig. 1). Las lesiones cicatriciales que quedan como secuelas han producido una lesión fibrosa que se extiende a todo lo largo de la cara ventral del pene, no quedando ni vestigios de conducto uretral. Permanece desde 1955 hasta

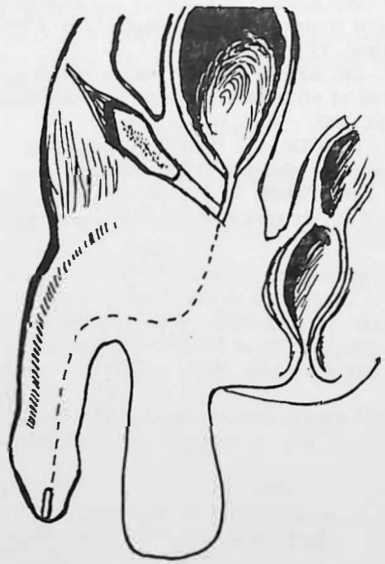


Fig. 1

* Sesión XIV, en 24-X-62.

** Cátedra Universitaria de Urología. Hospital J. J. Aguirre. Santiago.

1960 con su cistostomía, la cual ha sobrevivido durante un lapso de 22 años. Durante este tiempo el enfermo se ha convertido en hombre, se ha casado y encuentra ocupación en nuestro mismo hospital. Siendo su vida bastante mortificada por la incapacidad que significa el cuidado de su cistostomía durante su trabajo y en su vida matrimonial, acude nuevamente a nosotros con la esperanza de someterse a una nueva reconstrucción uretral. Se estudia el caso detenidamente y se concluye que es imposible pensar siquiera en utilizar las estructuras subyacentes para realizar una reconstrucción uretral con posibilidades de éxito, ya que la fibrosis existente ha transformado el tejido uretral y periuretral en un tejido duro, cicatricial, casi sin ninguna irrigación. Por esta razón, se piensa y se plantea la posibilidad de efectuar una plastia total con colgajo de escroto. Se pesan los factores desfavorables, como son la gran extensión que debe tener el colgajo y sus posibilidades de necrosis por falta de irrigación por esta causa; pero se decide correr el riesgo de hacerlo aunque parte de éste pueda llegar a necrosarse. Se discute el caso en reunión clínica y se acepta nuestra indicación, haciéndose la intervención el día 20 de octubre de 1960, es decir hace un año y medio. Con miras a dejar constituido un meato hipospádico penoescrotal, se labra un colgajo desde el ángulo penoescrotal hasta el ángulo perineoescrotal, (Fig. 2) profundizándose plano por plano con separación de ambos genitales a nivel del rafe medio (Figs. 3, 4, 5, 6) hasta

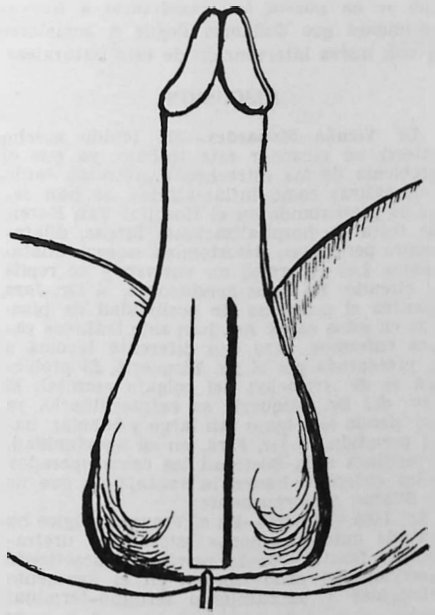


Fig. 2

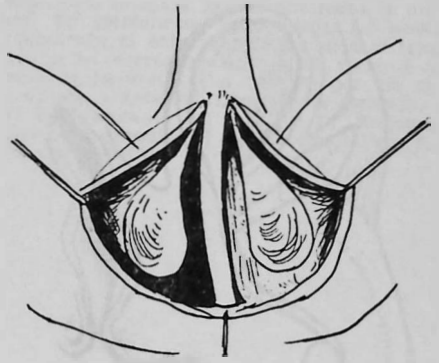


Fig. 3

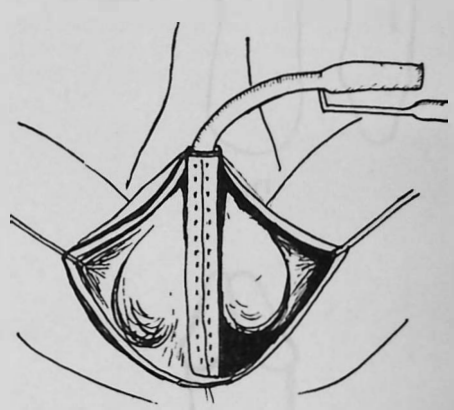


Fig. 4

alcanzar la uretra membranosa, la cual se encuentra convertida en una masa dura, fibrosa, imposible de circunscribir. Con un beniqué curvo introducido por la brecha de cistostomía se pone en evidencia esta zona, haciéndose salir el instrumento a través de la uretra prostática. Se libera lo que se puede del cabo uretral distal en una extensión de más o menos un cm. para prepararlo para su conexión con el cabo distal del colgajo de piel escrotal. Se cierra éste por arriba, suturándolo alrededor de una sonda Foley Nº 18 con puntos separados de catgut cromado 000, los cuales se refuerzan con puntos separados de catgut corriente, y se hace salir la Foley a través de la uretra prostática hasta la vejiga, donde se la deja a permanencia. Se suturan los dos cabos con puntos separados y de refuerzo colocándose un pequeño drenaje de Penrose hacia el periné. Sutura de la pared en tres planos. piel con hilo separado. Queda en esta forma el nuevo meato en la zona que habíamos proyectado anteriormente a nivel del ángulo penoescro-

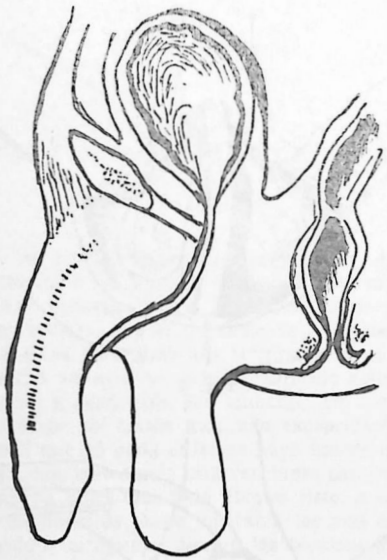


Fig. 5

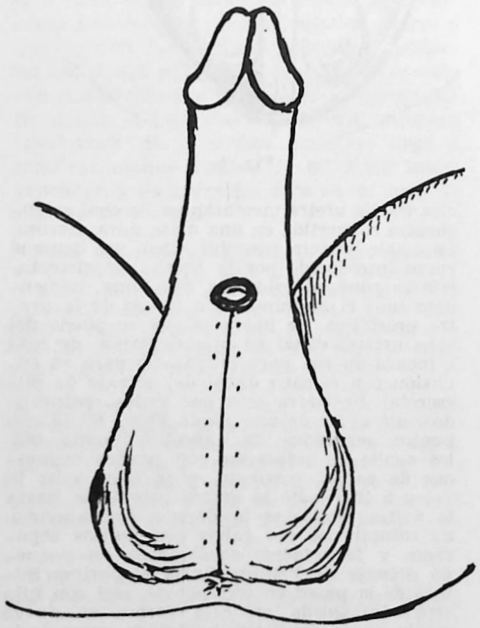


Fig. 6

tal. La evolución postoperatoria es excelente. El colgajo prende en forma admirable, produciéndose sólo una pequeña necrosis en la zona cercana a la implantación perineal que posteriormente granula en buenas condiciones; pero dejando un trayecto fistuloso microscópico puntiforme, por el cual se escapan gotas de orina. Después de varias semanas se cierra quirúrgicamente la brecha de cistostomía. Queda, después, el enfermo orinando espontáneamente por su nueva uretra, por primera vez en 22 años.

Hasta la fecha, dos años después de ser operado, el enfermo se encuentra en perfectas condiciones y el implante funcionando perfectamente bien, persistiendo sólo la pequeña superficie fistulosa que habíamos mencionado, no siendo posible conseguir que el enfermo se hospitalice nuevamente para repararla. Una uretrocistografía de control (se exhibe) hecha recientemente demuestra permeabilidad completa de todo el trayecto uretral. Es nuestra intención terminar la reconstrucción de todo el trayecto uretral hasta el mismo glande, lo cual deberá hacerse, también, con colgajo de piel probablemente traído del abdomen, ya que la del pene mismo no reúne las condiciones necesarias para garantizar el éxito de esta nueva plastía. Sin embargo, con el éxito ya obtenido, el enfermo se ha puesto tan refractario a nuevos exámenes que dudamos llegue a someterse a una nueva intervención de esta naturaleza.

DISCUSION

Dr. **Vicuña Monardes.**—Ha tenido mucho interés en escuchar este trabajo, ya que el problema de las estrecheces uretrales, tanto traumáticas como inflamatorias, se han seguido presentando en el Hospital Van Buren. Se trata de hospitalizaciones largas, dilataciones periódicas, cistostomías, nuevas dilataciones. Los enfermos no vuelven y se repite el circuito. En estas condiciones, el Dr. Jara planteó el problema de posibilidad de plastías en estos casos. Así, han sido tratados varios enfermos, pero con diferente técnica a la presentada por el Dr. Bisquertt. El problema es de irrigación del colgajo escrotal. El caso del Dr. Bisquertt es extraordinario, ya que siendo el colgajo tan largo y tubular, haya prendido. El Dr. Jara, en su oportunidad, presentará a la Sociedad los casos operados. Estos enfermos tienen la ventaja de que no se dilatan posteriormente.

Dr. **Lira Valencia.**—En el Traumatológico ha tratado quirúrgicamente estrecheces uretrales por fractura de la pelvis. Ha practicado resección del callo fibroso, en el ligamento triangular y abocamiento término-terminal de los cabos uretrales, técnica que siempre es difícil. La causa de estrechez de la uretra

pendular sería por el uso de sondas o tubos muy gruesos, que determinan graves infecciones que estrechan más y más la uretra. El colgajo de la piel se abocaría bien a la uretra posterior si este extremo es posible liberarlo bien.

Dr. **Corvalán Rocco.**—Ha practicado con éxito la limpieza del periné, en estrecheces inflamatorias con fístulas perineales. Se extirpa toda la masa fibrosa que rodea la uretra. En estrecheces traumáticas, no reseca totalmente el callo fibroso. Se deja el trozo de uretra correspondiente a su techo y se tuneliza la uretra con beniqué por vía retrógrada y anterior. Le llamó la atención, y es lo interesante del caso del Dr. Bisquertt, que haya prendido el colgajo escrotal que fue de gran longitud.

MALFORMACIONES NEFROURETERALES CONGENITAS EN EL NIÑO (*)

Dres. ROBERTO OLMEDO CRUZ y ANTONIO SALAS VIEYRA**

INTRODUCCION.—La gran proporción de malformaciones urogenitales que hemos podido pesquisar en los últimos dos años en nuestra práctica de Urología pediátrica en el Hospital Roberto del Río, nos ha estimulado a efectuar una revisión retrospectiva de este problema.

Múltiples han sido las dificultades encontradas en la prosecución de este objetivo, ya que es práctica establecida en este tipo de establecimientos asistenciales, que el Urólogo desempeñe las labores de un simple médico interconsultor, haciéndose cargo sólo de aquellos enfermos de tan evidente sintomatología urogenital que ya evidencian una patología grosera, correspondiente a las complicaciones de su probable malformación.

Por estas razones, para realizar nuestro trabajo, recurrimos al material de autopsias en los casos en que la anomalía fue un hallazgo, o bien a los archivos de Radiología en aquellos casos en que la posibilidad de uropatía obstructiva o la persistencia de piuria, bacteriuria o hipertensión, obligó al Pediatra a indicar una pielografía. Completamos nuestra casuística con las anomalías pesquisadas en los últimos dos años con el estudio orientado de todo consultante de nuestro Servicio.

Las anomalías del tracto urinario, según Campbell, predominan sobre las de otros sistemas, llegando a un 10% los individuos portadores de alguna malformación de este tipo, eso si que, en su gran mayoría, de grado mínimo. Este autor se basa en 51.880 autopsias y en el estudio radiológico rutinario.

Otros autores, en estudios sistemáticos de recién nacidos, encuentran que estas malformaciones, junto a las músculoesqueléticas y a las de la piel, son las de mayor frecuencia en los fallecidos antes de los 15 días (Mc Intosh, Merrit, etc.).

En nuestro medio se ha preocupado intensamente del problema el Prof. Correa Fuenzalida y en esta misma Sociedad se han presentado y publicado una serie de trabajos de revisión de casos de malformaciones, en especial en lo que se refiere al riñón con hernadura, riñón poliquístico y uréter retrocavo.

Para nuestro estudio, debido a la gran diversidad de malformaciones, las hemos dividido en dos grandes grupos, a saber: malformaciones urológicas altas y malformaciones urológicas bajas. En el primer grupo están comprendidas las anomalías del riñón y del uréter o de ambas a la vez y en el segundo, las de la vejiga, uretra y genitales.

Es al primer grupo al que nos referiremos en este trabajo y que englobamos bajo la denominación de **Malformaciones Nefroureterales.**

Material de trabajo.—Nuestro trabajo está basado en la revisión de los enfermos que consultaron al Hospital Roberto del Río entre los años 1953 y 1962, inclusive. En este período consultaron 228.244 niños. A 1.034 se les practicó pielografía descendente y del total de fallecidos fueron sometidos a autopsia, 6.065.

El total de malformaciones nefroureterales encontradas fue 199 y de ellas 53 fueron hallazgos de autopsias. En el Cuadro Nº 1 se analizan estas cifras y su proporción en cuanto al número de consultantes.

(*) Sesión XIV, en 24-X-62.
(**) Hospital Roberto del Río.

CUADRO Nº 1

MALFORMACIONES CONGENITAS NEFROURETERALES

Pielografías y autopsias efectuadas Hospital Roberto del Río 53-62

Consultantes	228.244	Tasa
Pielografías	1.034	400x100.000
Autopsias	6.065	2.650x100.000
Malf. totales	189	82x100.000
Con autopsias	53	23x100.000

En cuanto al diagnóstico de anomalía renal o ureteral, podemos decir que sólo en 35 casos se sospechó clínicamente de ella, lo que se confirmó mediante la radiología en 31 niños, de los cuales 3 llegaron a la corrección quirúrgica y en los cuatro restantes, en que no se pudo hacer pielografía por malas condiciones generales de los enfermos, la autopsia confirmó el diagnóstico.

En 95 pacientes la malformación fue hallazgo pielográfico y en 8 de ellos se llegó a la corrección quirúrgica. En 10 enfermos sólo el acto operatorio evidenció la existencia de malformación y en los 49 restantes, el diagnóstico fue dado únicamente por la autopsia, como puede verse en el Cuadro Nº 2.

CUADRO Nº 2

DIAGNOSTICO Y CONFIRMACION DE MALFORMACION CONGENITA NEFROURETERAL

		Confirmación		
		Rx	autopsia	Op.
Sospecha clínica	35	31	4	3
Hallazgo pielogr.	95	95		8
Hallazgo operac.	10			10
Hallazgo autopsia	49		49	
Totales	189	126	53	21

El estudio detenido de nuestros casos nos permitió comprobar otro tipo de malformaciones en 29 casos, siendo lo más frecuente la concomitancia de anomalías urogenitales bajas (11 casos), como puede verse en el Cuadro Nº 3.

CUADRO Nº 3

OTRAS MALFORMACIONES EN 189 PORTADORES DE ANOMALIAS NEFROURETERALES

Urogenitales bajas	11 casos
Digestivas	6 casos
Cerebroespinales	4 casos
Cardiovasculares	3 casos
Dérmicas	3 casos
Broncopulmonares	1 caso
Osteomusculares	1 caso
Total	29 casos

La distribución de nuestros casos, en cuanto al sexo, fue de 81 niñas y 108 niños. En cuanto a la edad el diagnóstico por autopsia fue más frecuente en los menores de 6 meses (31 casos) y el diagnóstico médicoquirúrgico fue más frecuente en los preescolares y escolares (36 y 62 casos), que totalizaron 98 casos, siendo los recién nacidos y lactantes solamente 38 casos (Cuadro Nº 4).

CUADRO Nº 4

DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD EN 189 CASOS DE MALFORMACION CONGENITA NEFROURETERAL

Edad	Niñas Clín.	aut.	Total	Niños Clín.	aut.	Total
Mortinat		1				
—15 d.	1	4	5	1	7	8
— 1 m.		1	1	1	3	4
— 2 m.		2	2	2	2	4
— 6 m.	4	3	7	5	8	13
— 1 a.	5	3	8	4	6	10
— 2 a.	8	1	9	7	2	9
— 6 a.	17	1	18	19	2	21
—14 a.	28	2	30	34	5	39
Totales	63	18	81	73	35	108

En relación a la sintomatología presentada por los casos estudiados, podemos decir que lo más frecuente fue la fiebre, presente en 14 casos y la presencia de tumoración abdominal (12 casos). La disuria, hematuria y el dolor fueron causa de consulta en 10,8 y 6 casos, respectivamente.

En pequeña proporción fue la hipertensión, la enuresis o la retención urinaria la que orientó el estudio de los enfermos (Cuadro Nº 5).

CUADRO Nº 5

SINTOMATOLOGIA EN 189 MALFORMACIONES NEFROURETERALES

Fiebre	14
Tumor	12
Disuria	10
Hematuria	8
Dolor	6
Hipertensión	3
Enuresis	2
Ret. orina	2

La importancia que la localización unilateral de la malformación tiene para el pronóstico y tratamiento, nos llevó a clasificarlas, según la extensión de la anomalía, en renales puras, nefroureterales y ureterales puras, tanto unilaterales como bilaterales.

Es así como entre nuestros casos clínicos, las lesiones unilaterales alcanzan al 60%, predominando las renales puras (26%) y las nefroureterales (22%).

Entre las bilaterales, las más frecuentes fueron las nefroureterales (20%).

Las lesiones bilaterales congénitas fueron más frecuentes entre los casos que llegaron a la autopsia (64%), predominando las renales puras (37%). Los totales se presentan en el Cuadro Nº 6.

CUADRO Nº 6

LOCALIZACION DE LA ANOMALIA EN 189 CASOS

	Clínico		Autopsia		Total	
Renal unilateral	35	26%	10	19%	45	23,8%
Bilateral	19	14%	20	37%	39	20,7%
Nefroureteral unilateral	30	22%	3	5%	33	17,6%
Bilateral	28	20%	10	19%	38	20,0%
Ureteral unilateral	16	12%	6	12%	22	11,6%
Bilateral	8	6%	4	8%	12	6,3%

El tipo de malformación renal fue variado, predominando la hidronefrosis (82 casos), seguido de la duplicidad pielocalicilar (32 casos), la hipoplasia total (18 casos), la malrotación (15 casos) y el riñón en herradura (13 casos). En el Cuadro Nº 7 enumeramos los diferentes tipos de malformación.

CUADRO Nº 7

MALFORMACIONES RENALES EN NUESTROS CASOS

	Izq.	Der.	Bilat.	Total
Agenesia	3	1		4
Hipoplasia parcial	1	2	2	5
Hipoplasia total	3	4	11	18
R. poliquístico	3	1		4
R. herradura			13	13
R. ectópico	4	5	1	10
Malrotación	1	4	10	15
Duplic. pelvis	10	11	11	32
Hidronefrosis	28	24	30	82
Dilat. cálices	3	3		6
Deform. cálices		3	2	5
Malf. venosa	1			1

La anomalía ureteral más frecuente fue la estrechez (43 casos), predominando, en cuanto a su ubicación, la yuxtapiélica (20 casos). Sigue en orden de frecuencia el megauréter (33 casos) y la duplicidad ureteral (22 casos). En el Cuadro Nº 8 analizamos las diversas anomalías ureterales.

BIBLIOTECA PUBLICA DE VALPARAISO "SANTIAGO SEVERIN"

CUADRO Nº 8

MALFORMACIONES URETERALES EN NUESTROS CASOS

	Izq.	Der.	Bilat.	Total
Agenesia	3	1		4
Duplicidad	5	8	9	22
Mala implantación alta		1	2	3
Mala implantación baja			1	1
Aplasia	2	1		3
Estrechez alta	10	6	4	20
Media	8	8	2	18
Baja		1	4	5
Megauréter	11	7	15	33
Acodadura	5	6	1	12

El estudio por separado de las malformaciones renales y de las ureterales, en aquellos casos que llegaron a la autopsia, nos permitió confeccionar los cuadros Nº 9 y Nº 10, con sus respectivas tasas por 100.000 autopsias, partiendo de una tasa total de 875 malformaciones nefroureterales.

CUADRO Nº 9

MALFORMACIONES RENALES EN 6.065 AUTOPSIAS

	Total	Tasax100.000
R. herradura	13	210
Ausencia	3	49
Hipoplasia	14	230
Ectopía	1	16
R. poliquístico	3	49
Hidronefrosis	19	278
Duplic. pelvis	8	131
Malf. venosa	1	16

CUADRO Nº 10

MALFORMACIONES URETERALES EN 6.065 AUTOPSIAS

	Total	Tasax100.000
Estrechez	8	131
Duplicidad	8	131
Megauréter	2	32
Atresia	3	49
Ausencia	3	49

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se analizan 189 casos de malformaciones nefroureterales que se han pesquisado entre 228.244 consultantes del Hospital Roberto del Río, entre los años 1953 y 1962, inclusive.

En 35 casos se sospechó clínicamente el diagnóstico, correspondiendo el resto a hallazgos pielográficos en 95 casos, de autopsia en 49 fallecidos y operatorios en 10 pacientes.

En un 15% se encontró otro tipo de malformación concomitante, predominando las urogenitales bajas (11 casos) y las digestivas (6 casos).

El diagnóstico clínico y radiológico fue habitualmente tardío, predominando en pacientes de más de dos años de edad; en cambio, en aquellos que llegaron a la necropsia, se encuentran en más alta proporción por debajo del año y aún de los primeros 6 meses de edad.

La sintomatología previa en los casos de sospecha clínica, frecuentemente era propia de un compromiso del estado general dado por las complicaciones de la anomalía, siendo catalogados en un principio como estados infecciosos indeterminados. El resto presentaba sintomatología urológica tan evidente que llegó a interconsulta del especialista.

Entre las anomalías predominaron las renales puras, presentes en un 44,5% (84 casos), luego las nefroureterales en un 37,6% (71 casos) y, por último, las ureterales puras en un 17,9% (34 casos).

La malformación renal más frecuente fue la hidronefrosis, presente en 82 casos y la ureteral fue la estrechez (43 casos).

La gran mayoría de las malformaciones encontradas representan, de por sí, enfermedades potenciales por la calidad y cuantía

de ellas, las restantes eran de grado mediano y en ningún caso de grado mínimo. En consecuencia, todos nuestros casos eran susceptibles de presentar complicaciones.

Por último, creemos que una mejor orientación diagnóstica basada en el estudio sistemático de los datos anamnésticos y el examen del niño y una mayor preocupación en la interpretación de los resultados del examen de orina rutinario, nos permitiría encontrar mayor número de malformaciones congénitas y actuar más oportunamente en su corrección o en la prevención de complicaciones.

DISCUSION

Dr. Tallman Valenzuela, Edo.— Pregunta si el porcentaje de malformaciones presentadas por el Dr. Olmedo están en relación a la consulta urológica, pues si es así, éste aumentaría sensiblemente. Tomando en cuenta el volumen total de enfermos que consultan en el Hospital, el porcentaje de malformaciones urológicas aparecería muy pequeño. Además pregunta qué relación hay en los porcentajes de afecciones urológicas y malformaciones de otros órganos.

Dr. Olmedo.— Las cifras que solicita el Dr. Tallman podrían darse en algunos años más cuando haya Servicio de Urología organizado en el Hospital Roberto del Río. Hasta hace dos años sólo había interconsultas de urología y los enfermos se perdían, cuando aparecían malformaciones uroiógicas en pielografías.

Dr. Jara.— Recalca que la falta de relación entre los pediatras, cirujanos y urólogos impide practicar cirugía reparadora a tiempo. Este problema es más agudo en Valparaíso.

INFORME ACERCA DE EL VIII CONGRESO MUNDIAL DEL CANCER, EFECTUADO EN MOSCU EN JULIO PPDO.*

Dr. LUIS PACHECO D. y PROF. ROBERTO GONZALEZ M-O.

Del 22 al 28 de julio ppdo., se celebró, en Moscú, el VIII Congreso Mundial del Cáncer, organizado por la Unión Internacional contra el Cáncer.

Sabemos que esta Institución, la UCC., es la asociación de instituciones benéficas, destinada a la lucha contra el Ca, es decir, a promover la investigación, la terapéutica y la prevención del mal. Está integrada por instituciones de los diversos países. De Chile son miembros de la Unión, la Liga Chilena contra el Cáncer, el Ministerio de Salud y la Fundación López Pérez. Actualmente cuenta con más o menos 70 países afiliados. Las instituciones-miembros deben concurrir con una cotización que no debe ser inferior a 250 dólares anuales. Además, la Unión cuenta con donaciones de particulares. La "Eliana Roosevelt Foundation" contribuye a la Unión con 250 mil dólares anuales, con el fin de financiar becas en cualquier centro de investigación del Ca en el mundo. Tales becas son bastante generosas y financian tanto al agraciado como a la familia.

La sede permanente es Ginebra. Cada 4 años efectúa Congresos Mundiales. Es dirigida por un Comité Ejecutivo, compuesto de 15 miembros, elegidos en asamblea general. Tal Comité se reúne cada dos años, en diferentes países y estas reuniones son acompañadas de conferencia o de symposium sobre temas de actualidad, en los países en que tales reuniones se efectúan.

La Unión, con motivo de este Congreso, repartió 5 premios a destacadas personalidades científicas que se han distinguido en la investigación del Ca, consistente en la suma de 10 mil dólares c/u. Esta vez entre los agraciados se contaron: la familia de PAPANICOLAU, por su procedimiento de citodiagnóstico; LACASSAGNE, de Francia, por sus investigaciones en el campo hormonal; 3) SHABAD, de la URSS, por sus investigaciones referentes a la determinación de la polución del aire.

Uno de los miembros integrantes del grupo de investigaciones en bioquímica e inmunología, del Bacteriológico, bajo la dirección de la Profesora Leyton, fue precisamente agraciado con uno de los beneficios que otorga la U., consistente en el pago de la inscripción al Congreso y del viaje en avión a Moscú.

El Comité Ejecutivo del Congreso tuvo que acometer la organización y desarrollo del torneo como una gran empresa.

Primeramente se nos entregaron las credenciales; luego después dos libros: 1º el programa, que contiene sólo los títulos de los trabajos y la fecha, hora y sala en que serían presentados; y el 2º un tomo que contiene un sumario de c/u de los trabajos presentados, hecho con espíritu de síntesis extraordinario.

Además en el recinto de la Universidad, en que se desarrollaba el Congreso, había oficina de informaciones, de cambio de monedas, de correo, de transporte, etc., y en fin, de todo lo relacionado con las necesidades de los congresistas.

Cerca de 5.000 Delegados, provenientes de 66 países de los diferentes Continentes, participaron en el Congreso. Y durante 54 sesiones de secciones, 18 discusiones de Mesa Redonda y 6 Conferencias o "Lectures" se consideraron más de 900 comunicaciones.

En el programa se incluyeron 1.338 trabajos y el total de trabajos inscritos ascendió a más de 2.000.

Simultáneamente con los trabajos fueron proyectadas más de 100 películas científicas y culturales-científicas.

* Sesión XIV, en 24-X-62.

SECCIONES DE TRABAJOS

1.—Rol de los virus en el origen del Ca.
2.—Inmunología del tumor.
3.—Bioquímica del Ca.
4.—Biología de la célula cancerosa.
5.—Carcinogénesis.
6.—Relaciones entre el tumor y el organismo.
7.—Lesiones precancerosas.
8.—Radiobiología.
9.—Patología geográfica.
10.—Carcinoma del estómago.
11.—Carcinoma del pulmón.
12.—Carcinoma de los ovarios.
13.—Carcinoma "in situ" del cervix.
14.—Quimioterapia.
15.—Radioterapia.
16.—Resultados alejados de la terapia del Ca.
17.—Cuidado de los pacientes con Ca avanzado.
18.—Control del Ca.
19.—Detección del Ca.
20.—Radiodiagnóstico.

MESAS REDONDAS

1.—Substs. cancerígenas en el ambiente del hombre - Ca. ocupacionales.
2.—Terapia de radiaciones de supervoltaje y de alta energía.
3.—Quimioterapia.
4.—Biología de la célula tumoral.
5.—Estudios epidemiológicos acerca del Ca.
6.—Lesiones precancerosas.
7.—Bioquímica del cáncer y carcinogénesis.
8.—Cuidado de los pacientes con Ca. avanzados.
9.—Resultados finales (Experiencia de la sobrevida de pacientes cancerosos en 6 países).
10.—Inmunología y genética de los tumores.
11.—Detección del Ca.
12.—Control del Ca.
13.—Virus en Oncología.
14.—Etiología y patogénesis del Ca del hígado.
15.—OMS y lucha contra el Ca.
16.—Radioterapia.
17.—Relaciones entre el tumor y el organismo y el estado hormonal.
18.—Los procesos biológicos en la cirugía del Ca.
19.—Educación profesional y educación del público.

CONFERENCIAS

1.— Prof. O. Muhlbock - Netherlands.
Cooperación entre el laboratorio y la clínica en la investigación del Ca.
2. —Prof. L. A. Zilber - URSS.
Rol de los virus en el origen del Ca.
3.— Prof. A. Haddow - Gran Bretaña.
Novedades en nuestros conocimientos a propósito del proceso cancerogénico.
4.— Prof. M. Tuiana - Francia.
Nuevos métodos de radioterapia.
5.— Prof. V. A. Engelhardt - URSS.
Bioquímica del Ca.
6.— Dr. J. R. Heller - USA.
Control del Ca.

Las sesiones, inaugural y de clausura, se efectuaron en el Palacio de los Congresos, una obra arquitectónica monumental del régimen y el único edificio moderno situado dentro del Kremlin.

A tales sesiones asistieron, además de las autoridades propias del Congreso, **Roudnev,** Vicepresidente del Consejo de Ministros, en representación del Primer Ministro Kruschev; **Kourachov** Ministro de Salud Pública; y **Keldych,** Presidente de la Academia de Ciencias de la URSS. Entre estas destacadas personalidades del mundo, tuvimos la satisfacción de ver con verdadera emoción de chilenos, a nuestro compatriota, Dr. Enrique Raventós B., tomar asiento en la Mesa directiva, como miembro del Comité Ejecutivo.

Las sesiones de trabajo, las mesas redondas, las conferencias y la proyección de películas, se efectuaron en la Universidad del Estado de Moscú, otra de las obras gigantescas del régimen, con capacidad para 28.000 estudiantes, entre los cuales hay becados de la URSS y extranjeros procedentes de países de todos los Continentes.

Durante los días del Congreso funcionaron 4 salas simultáneamente. Los idiomas oficiales fueron el ruso, inglés, francés y alemán.

Anexo al programa del Congreso, hubo una exposición científica en los foyers de la Universidad y además, una exposición comercial, instalada aparte, en el Parque Central de Cultura y de reposo.

Tanto a la sesión inaugural como a la de clausura siguió un concierto de alta jerarquía artística, a cargo de alrededor de 100 profesores, y de solistas de violín y piano, y cantantes y artistas de ballet, los que interpretaron obras del arte clásico.

Finalmente después de la sesión inaugural y de la clausura hubo un espléndido buffet-danzant en el 4º piso del Palacio de los Congresos, servido con una elegante presentación al estilo occidental, en que pudimos degustar variedades de caviar, vodka y champagne rusos, etc.

Sendos capítulos fueron dedicados a la biología de la célula cancerosa, a la bioquímica del CA y a la inmunología de los tumores.

Entre estos trabajos vale la pena destacar el de **Slettenmark** —de Suecia— referente a la antigencidad específica antitumoral del virus de Gross, que produce leucemia. Igualmente, el de **Zilber** y colaboradores, del Instituto de Epidemiología y Microbiología Gamaleya, de Moscú.

Sin embargo, hasta hoy, estos estudios se mantienen en el campo de la investigación y de la experimentación y no se han traducido todavía en algo práctico dentro de la terapia contra el Ca, por medios biológicos.

Por otro lado, la inmunología, como ayuda de diagnóstico, no se ha traducido en procedimientos de resultados constantes.

El rol de los virus en la Cancerogénesis ha ocupado un lugar importante en el esclarecimiento de este aspecto del problema. Sin embargo; en el último tiempo, ha visto disminuída su importancia por la comprobación de ciertos hechos. Por ejemplo se ha constatado la presencia de ciertos virus que producen cánceres, quehicentes en el núcleo de células sin acción carcinogenética. Pero, si en un momento determinado se agrega la acción de un agente carcinogenético, exógeno o endógeno, tales virus adquieren rol patógeno y es dable comprobar, en tales circunstancias, ácido ribonucleico en la citoplasma de las células.

Debemos recordar que el número de los virus a que se les atribuye acción carcinogenética es de alrededor de 81, entre los cuáles el más conocido es del polyoma.

Por otro lado, se sabe la acción carconogenética del **benzopireno** y derivados, especialmente en lo que se refiere a la producción de cánceres broncopulmonares. Hay hechos indiscutibles que abonan tal teoría. Y de acuerdo con ella, Shabad ha ideado y se ha construído un tipo de ciudad industrial en la Siberia, en que las usinas están ubicadas en los sectores periféricos y las habitaciones en el radio céntrico, en que la polución en el aire es de menor densidad.

Otro tanto que con los virus pasa con las hormonas como factor carcinogenético, ya que sabemos que en determinadas concentraciones son capaces de producir cánceres y en otras, de contener su desarrollo.

El **diagnóstico precoz** sigue siendo preocupación fundamental para el éxito del tratamiento del Ca. Para este efecto, los medios habituales, y especialmente el examen clínico, hecho oportuna y repetidamente, conservan, todo su valor.

El **citodiagnóstico,** aplicado en diferentes aparatos y órganos, es un procedimiento que sigue rindiendo excelentes resultados. Sabemos que con técnicas perfeccionadas, como es la tinción con naranja de acridina y la observación con el microscopio de luz fluorescente, que está practicando ya la Profesora Leyton en el Laboratorio de Urología del Hospital del Salvador, los porcentajes de positividad son más altos.

Precisamente uno de los tres premios que la Unión Internacional contra el Cáncer, otorgó con motivo del VIII Congreso, fue discernido a Papanicolau, por su procedimiento de tinción para el citodiagnóstico.

Asimismo, la **punción-biopsia** —que tan ampliamente han practicado entre nosotros algunos colegas aquí presentes— sobre todo hecha oportunamente y con los nuevos métodos tintoriales y microscópicos, es de gran importancia para el diagnóstico precoz del Ca.

Es interesante hacer notar el progreso de los métodos **radiológicos,** aplicados a los diferentes aparatos y órganos.

Como cosa extraordinaria que llamó justamente la atención de los congresistas debemos hacer mención de la cinefluoroscopia y cinerradiografía del estómago, presentada por AA japoneses, procedimiento que permite fotografiar toda la superficie mucosa del órgano.

Otro procedimiento novedoso presentado, es el que se refiere a un método parecido al EGG, que permite registrar la actividad muscular del órgano.

En el tratamiento debemos, primeramente sólo hacer mención a los medios clásicos, que han constituído los factores de éxito hasta el momento. Es decir nos referimos a la cirugía y rádium y roengenterapia.

Respecto a la cirugía podemos decir que con el progreso de todas las disciplinas conexas con ella, y especialmente de la bioquímica, de la anestesia, transfusiones, etc., estamos hoy en mejores condiciones para hacer resecciones más amplias y más oportunamente practicadas.

Otro aspecto en la cirugía, que vale la pena recalcar, es la tendencia actual a asociarla a la quimioterapia, tanto en el preoperatorio, durante la operación, como en el postoperatorio, criterio que ya se está practicando, también, entre nosotros.

Los progresos efectuados por los agentes físicos corrientes —ya conocidos— en el tratamiento del Ca son, también considerables. Además, se han agregado otros, en el último tiempo, entre los cuales, los más importantes presentados al Congreso fueron los procedimientos de radiación de supervoltaje o megavoltaje y el uso de los isótopos radioactivos

como el Co-60; el Au 198; la Ag 110 y el cesio 137.

Dentro de la terapia del Ca, un gran número de trabajos estuvo consagrado a los agentes químicos. Larga es la lista de las substancias que se han ensayado en contra del Ca. A las ya conocidas del gas mostaza y derivados, de la thiotepa y otras, debemos mencionar los derivados de la primidina, la Hidroquinona, la resorcina y pirocatequina, la nitrofurazona, el dibasol, etc., pero principalmente debemos hacer hincapié en la **Sercolisina,** L-fenil-Alanina mostaza, que se ha mostrado eficaz en varios tipos de tumores y también en el seminoma, ya sea primitivo o con metástasis y dentro de éstas, especialmente en las retroabdominales y supraclaviculares.

En otro agente químico en que se insistió fue en el **Dopan,** y se destacó su acción en la enfermedad de Hodgkin.

Asimismo, en la fenesterina, con acción selectiva en los tumores del sistema nervioso central.

En el último tiempo se investiga la acción citostática y antiblastomatócica de ciertos **antibióticos** y de ciertos principios activos de plantas.

Entre los primeros, figuran muchos trabajos referentes a la Olivomycina, mitomycina C, actinomycina C, aurantina y otros.

La vía de administración de estas drogas varía según el caso; puede ser la oral, la endovenosa, inyección peritumoral, intratumoral o en perfusión de órganos, especialmente en los miembros y también en los órganos pelvianos, y entre éstos la vejiga.

La **hormonoterapia** fue tratada en forma relativamente breve y especialmente referida a los Ca de la próstata y de la mama y con las hormonas conocidas.

Junto al análisis de tantos medios terapéuticos, de tan variada naturaleza, se consagró un capítulo a la Detección del Ca. Se recomienda la creación de centros de detección del Ca —en la URSS hay ya 1.500—, en los cuales se ponen en práctica múltiples medios de diagnóstico precoz; al lado del examen clínico, figuran los exámenes endoscópicos, la citología esfoliativa investigada por varios procedimientos por el Papanicolau, por el microscopio electrónico, etc.

Dentro del programa llamó la atención la escasez de trabajos urológicos. Sin embargo, desde el punto de vista clínico fueron considerados en grupos independientes los trabajos referentes a Carcinomas del estómago, el pulmón, el ovario y del cervix uterino.

Con motivo del Congreso quisimos imponernos del estado y de la forma en que se practica la asistencia médica y se efectúa la investigación médica, en la URSS. Al respecto, tanto en Moscú, como en Leningrado, Kiev, Karkov, Socchi y Odessa, visitamos algunos hospitales e Institutos de investigación.

En Leningrado visitamos el Instituto de Oncología de la Academia de Ciencias Médicas de la URSS, el que, además de los departamentos clínicos, cuenta con los siguientes laboratorios de investigación: de Patología, de Oncología experimental, de Citología, de Bioquímica, tumor strain, de Métodos Físicos de Investigación, de Endocrinología y Biblioteca.

Aquí tuvimos una entrevista con el Profesor **Lasarev,** jefe del Laboratorio de Oncología experimental, quien nos expuso algunas orientaciones de las investigaciones que se efectúan en el Instituto.

Nos expresó que habían comprobado que existen substancias que estimulan el crecimiento y evolución del Ca, como el indol, derivados de la pirimidina y productos del Eleutherococus sinticosus. En cambio, el 2-benzylbenzimidazole, que en la URSS se expende con el nombre de **Dibazol** en todas las farmacias, disminuye la toxicidad de las noxas cancerosas, en tal forma que da oportunidad al organismo para defenderse del mal y para tolerar mejor otros quimioterápicos más tóxicos. Nos agregó que había tenido éxito con esta droga y que en Inglaterra también se la usaba con entusiasmo.

En Moscú visitamos el Hospital Botkin, que cuenta con 2.200 camas para todas las especialidades. El departamento de Urología tiene 120. Los urólogos son 33 y las nurses para Urología 130. Hay un Servicio de Guardia y en las horas de menos atención están de servicio un internista, un cirujano, un urólogo, un otorrino y un ginecólogo. Además, hay un Servicio de Ambulancias. En cada Ambulancia siempre va un médico y un auxiliar y entre los elementos y aparatos que lleva siempre, se cuentan: un electrocardiógrafo, un resucitador, oxígeno, transfusión, etc. La camilla-carro puede fijarse y levantarse y transformarse así, en una mesa operadora, en la misma Ambulancia, para los casos de hemorragia aguda u otros de extrema urgencia.

Dentro del recinto de este Hospital Botkin está el edificio moderno del Instituto Sklivasosky, de cirugía experimental, en donde se hacen los trasplantes de órganos. Previo acuerdo del día anterior, pudimos presenciar un **trasplante de cabeza.** En el ámbito del pabellón se paseaba un perro al que se le había trasplantado un corazón hacía más de 30 días y que funcionaba perfectamente al lado del corazón normal del animal.

En estas intervenciones de trasplante de órganos tuvimos la oportunidad de ver funcionar la máquina de sutura, que es indispensable en este tipo de operaciones, pues de la rapidez del trasplante depende el éxito, no deben transcurrir más de algunos segundos o a lo sumo, uno o dos minutos, antes de que la circulación se haya restablecido. Esta máquina de sutura fue precisamente ideada por el equipo de médicos y de ingenieros del Instituto Sklivasosky y fue premiada en la exposición de París. En el Hospital Botkin funciona un departamento de Primeros Auxilios (o Asistencia Pública) para la atención del sector correspondiente. Médicos de todas las especialidades integran los turnos, durante las 24 horas. Las ambulancias van con un médico, un auxiliar y el siguiente equipo; oxígeno, un resucitador, un electrocardiógrafo, transfusión e instrumental médico; la camilla-carro que transporta los enfermos, puede transformarse, también, en una mesa operatoria.

El director de este Instituto, Profesor Androsov y demás personal médico, fue muy atento con nosotros. Al término de la sesión operatoria, fuimos llamados a las oficinas de la Dirección, en donde nos agasajaron con un espléndido cóctel, en donde reinó un ambiente de camaradería y de confraternidad muy cordial.

En Kiev —la capital de Ucrania y una ciudad de más de 3 millones de habitantes— visitamos el Dispensario Cancerológico que ahí existe. El urólogo del establecimiento es el Dr. Polonski, que tiene una vasta experiencia y estadística en Ca de la vejiga. Ha practicado sobre 800 resecciones parciales y totales de la vejiga. En la entrevista que tuvimos con él nos estuvo explicando algunos detalles de la técnica que él sigue: él, antes de proceder a la exéresis, hace una sutura alrededor del tumor, a fin de evitar metástasis; en seguida, hace la electrorresección y sutura en un plano de la vejiga.

En Socchi, el principal balneario de la URSS, en la costa del Mar Negro y la ciudad de los Sanatorios, visitamos el Sanatorio Socchi, que es el de mayor capacidad de la región: cuenta con 500 camas. La capacidad total de los Sanatorios que hay en Socchi es de alrededor de 20 mil. Estas curas sanatoriales consisten en climatoterapia, hidroterapia y principalmente procedimientos fisiológicos, ejercicios, etc.

En este Sanatorio tuvimos el agrado de encontrarnos con Neruda y Olga Poblete, premios Lenin de Literatura y de la Paz, en la URSS, respectivamente, quienes hacían curas sanatoriales.

La Directora del Sanatorio nos agasajó, también, con un exquisito cóctel, en un ambiente de mucha confraternidad.

La asistencia médica en la URSS nos pareció bastante eficiente y bien organizada. El individuo que se enferma es atendido oportuna y gratuitamente hasta el total restablecimiento.

La proporción de profesionales médicos es muy alta: 1x800 en Moscú; 1x600 en Kiev. El trabajo médico se hace en turnos completos.

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA AGUDA*

Dr. HUGO VICUÑA MONARDES

En Cirugía urológica, como en toda modalidad de Cirugía, la intervención inmediata por hemorragia aguda (H.A.), antes de que haya sido instalada la terapia de reposición, sólo se justifica cuando nos asiste la evidencia de que la pérdida de sangre habrá de ser inexorablemente mayor que la cantidad que nosotros podamos transfundir, de acuerdo con los medios de que disponemos y de que no contamos con otro recurso que nos permita invertir ese desequilibrio antes de que se instale el shock hipovolémico. Es obvio que la terapia de reposición se instalará, de todas maneras, a la brevedad posible y con el máximo de intensidad a nuestro alcance.

Esta situación, felizmente rara en Patología urológica, ocurre en nuestro medio, fundamentalmente, en tres circunstancias: a) Traumatismos renales graves, con extenso compromiso del parénquima (estallido del riñón) y/o del pedículo vascular y grandes vasos, especialmente la cava; b) Ruptura de aneurismas de la arteria renal o de fístulas arterio-venosas a nivel del hilio o en el parénquima renal mismo; y c) Hemorragias vesicales masivas por tumores o por simples procesos de congestión venosa en grandes obstrucciones prostáticas, benignas o malignas, con o sin el antecedente de maniobras instrumentales previas.

Existe, sin embargo, en Urología, una condición quirúrgica de hemorragia aguda que, aun cuando no corresponde exactamente a la pregunta del formulario, nos parece indispensable considerarla aquí por cuanto ella gravita sobre el urólogo en forma muy seria y más permanente que las ya señaladas. Nos referimos a las hemorragias agudas, operatorias y postoperatorias, accidentales o no, tan frecuentes como explicables en Cirugía urológica que es, reconocidamente, una de las más propicias a las hemorragias agudas.

Es el caso, en el campo renal, de aquellas nefrectomías totales "difíciles", por grandes masas tumorales o pienefróticas, de extraordinaria vascularización y adherencias, tanto más acentuadas hacia la profundidad de un hilio renal generalmente breve, frágil y adosado a los grandes vasos, no pocas veces comprometidos en el proceso. Otro tanto ocurre, aunque por distinto motivo, en las nefrectomías subtotales, segmentarias o parciales y, en general, en toda cirugía que comprometa el parénquima renal. Recuérdese que el riñón es, en relación a su peso, la víscera más vascularizada del organismo (por ambos riñones pasan, en cada minuto, 1.250 cc. de sangre, o sea, casi unos 2.000 litros al día), de modo que cualquiera intervención que signifique incindir en parénquima renal sano, constituye, necesariamente, un serio riesgo de hemorragia.

En el campo vésico-prostático, por otra parte, es bien sabido que las hemorragias operatorias y postoperatorias pueden adquirir, en prostatectomías especialmente, los caracteres de una hemorragia aguda, cualquiera que sea la técnica o la vía empleada.

De lo expuesto se desprende que para el urólogo, el problema más frecuente no es tanto el decidir si realiza o no una operación para conibir una hemorragia aguda, como el prevenir y tratar la que puede sobrevenirle en el curso de una intervención urológica.

Tomando en cuenta la rareza extraordinaria de las rupturas de aneurismas o fístulas arterio-venosas del riñón, tema en el que no tenemos experiencia personal alguna, nos referiremos sólo a las hemorragias agudas traumáticas y quirúrgicas tanto renales como vésico-prostáticas.

La hemorragia renal aguda traumática corresponde, generalmente, a estallidos del riñón, con o sin compromiso del pedículo vascular y de los grandes vasos. Los signos urológicos fundamentales son la hematuria y el hematoma perirrenal o retroperitoneal, según los casos. La hematuria se encuentra en un 90% y es el signo que más fielmente representa el daño renal y vascular. Puede, sin embargo, estar ausente en casos gravísimos, cuando se ha comprometido totalmente la integridad de la vía excretora pieloureteral, circunstancia en que adquiere especial significación el hematoma perirrenal o retroperitoneal, que es, en último término, el signo que con mayor fidelidad informa sobre el pronóstico y tratamiento. "La hematuria señala el compromiso renal; el hematoma indica su grado" (Lardenois).

En el tratamiento quirúrgico de los traumatismos renales graves, es axiomático no intervenir en tanto la terapia de reposición no haya prevenido o superado el estado de shock y, por otra parte, no hacer nefrectomía sin haber comprobado la presencia y normalidad del otro riñón, sea por urograma, sea por exploración quirúrgica. Se comprende que ante la inminencia de una hemorragia arterial masiva incontenible, por sección del pedículo renal o de los grandes vasos, tales restricciones tienen que ser conscientemente superadas.

Frente a la hemorragia aguda quirúrgica debemos analizar sucesivamente la prevención y el tratamiento.

En la prevención, aunque resulte majadero, debemos insistir en la necesidad de estudiar sistemáticamente la posible existencia de una discrasia sanguínea, a través de las siguientes pruebas de rigor: hemograma, tiempo de coagulación y sangría, tiempo de protrombina y aquellas deducidas de la anamnesis. En cirugía prostática deberá agregarse, además, concentración de fibrinógeno.

Factor esencial en la prevención de la hemorragia quirúrgica urológica es la adecuada elección de la vía de abordaje. En cirugía renal, la lumbotomía simple, sin resección costal —que es la indicación habitual de la nefropexia y otras intervenciones renales corrientes— se ve desplazada en los casos más complicados por las vías dorso-lumbares, con resección de una, dos o más costillas (técnicas de Hess, Nagamatsu, etc.,), que dan campos operatorios más amplios, con menos riesgos de hemorragias y mayores probabilidades de cohibirlas. Finalmente, las vías de abordaje anterior, con incisiones verticales, oblicuas o transversales, y la vía tóraco-abdominal, con resección amplia de una o más costillas y sección del diafragma, permiten un acceso directo y expedito a la región del hilio y de los grandes vasos, condiciones que las hacen las vías de elección en los casos en que se presumen riesgos operatorios importantes o cuando se interviene para hacer, por segunda intención, una hemostasia definitiva cuando sólo ha podido hacerse una provisoria, como es el caso de taponamientos de gasa reforzados o de pinzas hemostáticas que han sido dejadas a permanencia y en que la hemorragia se reproduce profusamente cuando se pretende soltarlas, días más tarde. Consideramos, también, dentro de la prevención de las hemorragias quirúrgicas urológicas, el evitar las ligaduras en bloque de pedículos renales engrosados, sobre o entre clamps colocados a ciegas. Se procurará, siempre que ello sea factible, la disección, aislamiento e identificación de los vasos renales y su ligadura y sección por separado, maniobra más expedita y fácil de lo que se piensa habitualmente, sobre todo si se ha empleado la vía de abordaje adecuada.

Tratamiento.— Producido el accidente operatorio, hay cosas que deben hacerse y otras que no deben hacerse; entre éstas, en primer lugar, la de perder la calma y precipitarse, obstinadamente, en el logro de pinzar a ciegas vasos sumergidos en una marea ascendente de sangre, actitud que sólo conduce a mayores desgarros vasculares o a daños viscerales de consideración (colon, suprarrenales, duodeno, páncreas). Lo que debe hacerse es, fundamentalmente, conservar personalmente la serenidad y saber imponerla a todo el equipo; luego, en el caso de hemorragias arteriales, procurar la compresión digital del vaso, sea entre los dedos, sea contra la superficie resistente de la columna vertebral. Si esto se logra, la aspiración de la sangre y la limpieza de los coágulos permitirá, posiblemente, visualizar, pinzar y ligar o suturar adecuadamente el daño vascular. Si la maniobra fracasa reiteradamente, deberá hacerse un taponamiento reforzado (rollo de gasa de laparotomía), lo suficientemente firme y sostenido como para contener la hemorragia arterial, ya que la venosa cede fácilmente, y se procederá, entonces, a disponer el plan de ataque para la hemostasia definitiva, instalando o reforzando desde luego la transfusión, de acuerdo con los caracteres de la hemorragia y organizando adecuadamente el equipo y el material quirúrgico según los medios de

* Presentado en Sesión XV, en 14-XI-62, Conjunta con las Sociedades de Cirujanos, de Anestesiología, Enf. del Tórax, de Neurocirugía, de Obstetricia y Ginecología y de Proctología.

que se dispone y las posibilidades del Banco de sangre, si se tiene la suerte de contar con él. La modalidad y cuantía de la transfusión estarán condicionadas, obviamente, por las disponibilidades existentes y, luego, por la naturaleza y cuantía de la hemorragia y las expectativas que se obtengan de poder cohibirla. En los casos leves bastará, como ya se ha dicho, con la instalación o la intensificación en rapidez y cuantía de la transfusión que es corriente en cirugía urológica (300 a 500 grs.). En los casos graves se instalarán los cateterismos venosos que se estime necesarios o que puedan lograrse. Lo fundamental es que la transfusión masiva esté en marcha antes de que sobrevenga el shock hipovolémico, pues entonces la recuperación será ya mucho más difícil o imposible. Como es sabido, en el comienzo de una hemorragia aguda, gracias a fenómenos compensatorios bien conocidos, tanto el pulso como la presión arterial e, incluso, algunos exámenes de Laboratorio como el recuento globular, el hematocrito y la hemoglobina, pueden mantenerse durante algún tiempo en cifras muy vecinas a las normales, para empezar a demostrar alteraciones apreciables casi simultáneamente con la aparición de los signos ya reveladores del shock instalado: enfriamiento, colapso vascular, etc. En estas condiciones el criterio debe orientarse por la adecuada apreciación de la pérdida de sangre producida, para los efectos de su rápida y correspondiente reposición, recordando que el shock se instala cuando dicha pérdida llega a un 20 o 30% del volumen total, o sea, en adultos, entre los 1.200 a 1.500 grs. Nada expresable en cifras podría establecerse —ni aún en un sentido muy general— en cuanto a velocidad o cantidad de transfusión de sangre, plasma o líquidos substitutivos (Dextran, C.V.P., Gelatina, etc.), por cuanto ellas deben subordinarse exclusivamente a los requerimientos de cada caso y, por cierto, a las disponibilidades de cada Servicio. Deberemos, sí, recordar a este respecto, que el problema se plantea entre dos premisas: de una parte, el imperativo de obtener lo más rápidamente posible una recuperación sostenida de la presión sistólica alrededor de los 70 a 80 mm. de Hg., que garantice una presión suficiente de filtración renal y, de otra, el de no sobrecargar la capacidad dinámica del sistema cardiovascular para movilizar la masa líquida que le estamos entregando.

Luego, en un plano cronológicamente posterior, pero nó por eso de menor trascendencia, tendremos que considerar las posibilidades de trastornos renales y hepáticos que son inherentes a este tipo de transfusiones masivas y de urgencia en las que, por lo general, las clasificaciones y tipificaciones no pueden ceñirse ni a una técnica ni a un criterio rigurosamente estrictos.

Aún cuando no tenemos una experiencia personal al respecto, creemos oportuno referirnos en este sentido a las indicaciones de la transfusión intra-arterial, preconizada por Kohlstaer y Page ya en 1943, y realizada entre nosotros por Törnwald y colaboradores, en 1952 (Rev. Méd. de Valparaiso, 6:412, IX-1953). En el caso de las hemorragias quirúrgicas urológicas el procedimiento tendría una muy posible e interesante aplicación por vía aórtica o femoral.

Una vez instalada la terapia de reposición, acondicionados debidamente el equipo, el instrumental y el material quirúrgicos y transcurrido el tiempo suficiente de compresión, se procederá a retirar el taponamiento en la forma más suave y progresiva que sea posible, para intentar de nuevo el pinzamiento digital o instrumental de los vasos, sea por la palpación o la visualización directa. Si se fracasa, volverá a repetirse la maniobra una o más veces, según se estime procedente, o bien, será necesario conformarse con reforzar el taponamiento de gasa, cerrar los labios de la herida firmemente contra él y postergar la hemostasia definitiva para una próxima y mejor oportunidad. A veces, en lesiones del pedículo renal o en desgarros de la vena cava, se logra colocar en forma efectiva una o más pinzas hemostáticas, pero sin que sea posible o aconsejable pretender otras maniobras como ligaduras o suturas, lo que obliga a dejarlas a permanencia y suturar la herida a su alrededor, para intentar retirarlas muy suavemente y con las debidas precauciones al 6º, 7º u 8º día. En los desgarros irreparables de la vena cava puede procederse a su ligadura total, sin mayores consecuencias, si se hace por debajo de las venas renales o, por lo menos, de la renal izquierda en caso de nefrectomía derecha. A veces es indispensable ir a la compresión directa de la aorta por encima del nacimiento de las arterias renales, lo que puede lograrse, sea en el tórax mismo, sobre el diafragma, por vía toracoabdominal izquierda (Deming, J. of Urol. 77:348, III-57), sea en la región subdiafragmática, por vía transperitoneal anterior (Scott, J. of. Urol. 69:26, 1953).

Las nefrectomías sub-totales, segmentarias o parciales, así como toda cirugía que implique incindir en parénquima renal sano, constituye, como ya se ha dicho, un riesgo evidente de hemorragia aguda que es necesario saber prevenir y tratar. Trabajos experimentales y clínicos recientes permiten afirmar que la isquemia renal prolongada, hasta de una hora o más, por compresión del pedículo renal o, mejor aún, de la arteria renal aislada, no determina alteraciones estructurales ni funcionales apreciables. La isquemia puede ser aún más prolongada si se hace hipotermia local envolviendo al riñón en bolsas plásticas con hielo. La sutura renal continua, reparadora y hemostática, es bastante rápida, pero tiene el inconveniente de comprimir demasiado al riñón si la incisión es muy extensa, por lo que resulta sólo recomendable en las nefrotomías pequeñas. En las grandes nefrotomías, como es el caso de las bisecciones renales por cálculos coraliformes, luego de haber hecho la ligadura montada de los vasos arteriales más importantes, se recomienda colocar puntos de afrontamiento en sitios correspondientes de cálices y pelvis, hacer en seguida sutura corrida de la cápsula y, luego, en el parénquima, algunos puntos colchoneros que se anudan sobre tiras o trozos de ribbongut, grasa o músculo.

En cuanto a las hemorragias operatorias y postoperatorias de la cirugía prostática, es bien sabido que su cuantía (fluctuante entre los 500 y 1.000 cc., según las técnicas o los autores) y su frecuencia (alrededor de un 10%) constituyen los factores fundamentales del gran número de métodos quirúrgicos y de procedimientos de hemostasia preconizados con éxito muy relativo, ya que las causas de la tendencia hemorragípara de esta cirugía son muy variadas y es prácticamente imposible que una determinada modalidad quirúrgica las englobe a todas y a cada una de ellas. De entre estas múltiples causas deseamos destacar una que ha adquirido últimamente especiales relieves: nos referimos a la existencia ya comprobada en el tejido prostático normal —y más aun en el neoplásico— de proteasas activadoras de la fibrolisina, ese enzimo proteolítico que disuelve no sólo a la fibrina, sino, también, a sus predecesores (fibrinógeno, trombina, pro-trombina, etc.). La influencia hemorragípara de este activador enzimático originado en la próstata, parece bien evidente a la luz de nuestros conocimientos actuales: una estadística del County Hospital, de Los Angeles, demuestra que en el curso del año 1955 se registraron sólo 3 casos de fibrinolisis en un total de 3.500 intervenciones de Cirugía general, mientras en el mismo período, en un total de 302 prostatectomías transuretrales, se presentaron 5 casos de dicho cuadro hemorragíparo.

La revisión de las estadísticas de los grandes Servicios urológicos, en los que puede suponerse calidad técnica, experiencia y organización comparables, revela que el promedio de hemorragias operatorias en prostatectomías abiertas o endoscópicas, fluctúa alrededor de 500 a 600 grs., correspondiendo a la vía retro-púbica las cifras más altas y las más bajas a la perineal que es, igualmente, la que da un menor porcentaje de hemorragias postoperatorias (alrededor de 2%), pero que, por diversas razones que no es del caso analizar en esta ocasión, prácticamente no es empleada entre nosotros. En la vía suprapúbica, transvesical, deben distinguirse dos modalidades: una, de hemostasia indirecta por taponamiento con gasa o balón, en uno o en dos tiempos y otra, de hemostasia directa, a cielo abierto, en un tiempo, con visualización, pinzamiento y ligadura de los pedículos prostáticos. La primera modalidad da una hemorragia operatoria mucho menor que la segunda; pero, en cambio, las hemorragias postoperatorias son apreciablemente más frecuentes en aquélla (alrededor de un 10%).

Resumiendo nuestra posición frente al problema hemorragia en prostatectomía, podemos decir que, siempre que las condiciones del enfermo lo permiten, damos preferencia a la operación en un tiempo, a cielo abierto, con hemostasia directa de los pedículos vasculares, por cuanto, aunque demore algo más y determine una hemorragia operatoria un poco mayor (600 a 700 grs., que, por otra parte, son repuestos simultáneamente por la transfusión operatoria), representa mucho menos riesgo de hemorragias postoperatorias y, en general, tienen una evolución más rápida y simple.

El tratamiento de las hemorragias operatorias y postoperatorias en prostatectomías está condicionado, por lo tanto, en el aspecto preventivo, al estudio completo de las condiciones de la coagulación y a la corrección adecuada y oportuna de sus posibles alteraciones, así como a la acertada elección de la técnica quirúrgica más apropiada en cada caso. El tratamiento mismo de la hemorragia operatoria profusa y persistente puede re-

querir, aparte del reforzamiento de la transfusión y demás medidas generales, la compresión firme y sostenida de la celda prostática por medio de un tapón de gasa, aún en casos en que se haya programado una hemostasia diferente, ya que el taponamiento sigue siendo el medio más rápido y seguro de obtener una hemostasia provisoria, con miras a definitiva. Las hemorragias postoperatorias requieren, en general, un retaponamiento, aun cuando en ciertos casos es posible cohibirlas directamente, a través de una nueva cistostomía o, más rara vez, por vía transuretral.

No tenemos experiencia personal en el tratamiento de la hemorragia postoperatoria por fibrinolisis con el Acido Epsilon Amino Caproico (EACA), poderoso inhibidor de la Uroquinasa que es, a su vez, el activador urinario del sistema enzimático "plasminógeno-plasmina". La droga puede ser administrada por vía oral o intravenosa y su eliminación en forma casi exclusiva y rápida por la orina, aseguraría una buena coagulación referida sólo al tracto urinario y, por lo tanto, sin riesgos importantes de efectos adversos de tipo circulatorio, que es indispensable evitar en estos enfermos.

CUENTA DEL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD, Dr. LUIS CORVALAN ROCCO*

Estimados consocios:

Durante dos años, he tenido el honor y la responsabilidad de ejercer la Presidencia de la Sociedad de Urología, y al dar cuenta a la Asamblea de la labor realizada durante el presente año, tengo la satisfacción de expresar que la Sociedad ha mantenido y acentuado durante este período, su ritmo dé progreso y superación.

Debo señalar que la inquietud científica, estudio y colaboración entusiasta que han aportado ustedes ha sido la palanca que ha promovido el progreso, facilitado por un clima de comprensión fraternal, propicio para realizaciones en una conjunción de voluntades y capacidades, puestas al servicio de una meta común.

El programa de trabajos confeccionado para el año 62, fue variado y ambicioso, consultándose varios temas de efectivo interés, temario que se desarrolló normalmente hasta su total realización.

Se efectuaron 11 sesiones de trabajo en que fueron presentadas diversas materias y casuísticas de importancia: con asistencia y colaboración del Prof. Enrique Raventós, señora Graciela Leyton y Dres. Badía, Manuel Neira, Walter Zunckel.

Las tareas regulares de la Sociedad fueron proyectadas fuera de su ámbito, en un propósito de propender a la integración médica de especialidades, en problemas comunes. Así, fueron efectuadas el año pasado dos reuniones de conjunto y tres en el año que termina, en las que participaron 9 sociedades científicas que tomaron conocimiento de 16 relatos; quedando demostrada la utilidad técnica que significa aunar el esfuerzo, la capacidad, la experiencia y la concentración de materiales y equipo de trabajo en la solución de problemas clínicos y terapéuticos comunes.

Estas reuniones de conjunto se efectuaron en cumplimiento al plan general de siete reuniones que elaboró el Comité de Presidentes de Sociedades Quirúrgicas, a indicación del propio Directorio de la Sociedad de Urología.

En las sesiones que contaron con nuestra participación fueron abordados los siguientes temas: a) Lesiones del Uréter Terminal y su tratamiento; b) Complicaciones de las fracturas de la columna (vejiga neurogénica); y c) Tratamiento de la Hemorragia aguda.

Las V Jornadas Urológicas Nacionales, efectuadas recientemente en Viña del Mar, pusieron término a nuestras labores Societarias del año. Al respecto cabe recordar que se realizaron, con la participación exclusiva de médicos nacionales y que en ellas se puso de relieve, una vez más, la eficiencia y versación de nuestros especialistas, que demostraron acertado conocimiento de los temas y problemas de nuestra esfera de acción; y que, finalmente, en estas Jornadas se destacaron, en forma promisoria, nuevos valores de la Medicina Chilena.

Vale mencionar que en las lesiones proliferativas, se acordó en las Jornadas de Viña del Mar, propiciar la creación de un Centro de Quimioterapia del Cáncer, dotado de elementos de investigación y de tratamiento, acordes con los adelantos actuales.

Presidentes Honorarios de estas Jornadas fueron elegidos los profesores Eduardo Ibarra Loring y Tulio Banderas.

Es digna de anotarse la colaboración de especialistas de provincia: de los Dres. Hugo Vicuña, Omar Jara, Ibieta, Hernán Baeza, Sierra y Aníbal Espinoza y muy especialmente la participación de Hugo Vicuña y Omar Jara en la organización de las Jornadas recientemente clausuradas.

La Revista de Urología es un problema serio que se arrastra desde hace varios años. Había sido superado en los últimos años merced a contratación de mayor número de avisos y de alza del valor ellos, de 15 a 50 escudos, llegando, de esta manera, a financiar el 75% del valor de la impresión.

Desgraciadamente en el presente año dos factores han incidido para producir nuevamente un grave desfinanciamiento de ella: 1º disminución del número de avisos y 2º alza de un 40% del valor de la impresión.

Como ejemplo de la gravedad del problema basta citar que el valor del último número que corresponde al primero del presente año costó $ 1.C60.000 y el valor de los avisos alcanzó sólo a $ 330.000, lo que significa un déficit de $ 730.000 por número, que multiplicado por

* Sesión XVI, en 12-XII-62.

trés que son los que deben editarse anualmente, significa un déficit de $ 2.200.000 al año, que nuestra Sociedad no puede financiar con sus entradas ordinarias.

El superávit de $ 900.000 que dejaron las V Jornadas de Urología, ha venido felizmente a solucionar el problema del presente año.

Corresponde al nuevo Directorio y Dirección de la Revista la obligación de abocarse seriamente al estudio de este grave problema económico y encontrar una solución.

En los últimos meses la Sociedad de Urología ha debido lamentar la pérdida de dos grandes valores, que se distinguieron por su amor a ella y por la colaboración permanente a sus actividades: los profesores Carlos Lobo-Onell y Tulio Banderas. En sesión especial la Sociedad le rindió un homenaje al Prof. Carlos Lobo-Onell, destacándose su vida y obra extraordinarias.

Antes de terminar esta cuenta, deseo expresar una vez más mi gratitud a todos los miembros del Directorio, porque gracias a su cooperación mi labor ha sido fácil y grata. Sobre el particular, debo mencionar al Secretario General, Dr. Alberto Vargas y al Tesorero, Dr. Egidio Gutiérrez, que han trabajado con encomiable entusiasmo. Vayan, además, mis profundos agradecimientos a todos los socios, por su asistencia, interés y colaboración, lo que ha hecho posible cumplir exitosamente la intensa jornada de trabajo realizada el presente año.

CUENTA DEL SECRETARIO GENERAL, DR. ALBERTO VARGAS MOLINARE

Cumplo con informar a ustedes las actividades científicas realizadas durante el presente año por nuestra Sociedad Chilena de Urología.

Durante 1962, se efectuó: 1 **Sesión Extraordinaria, 3 Sesiones de Conjunto,** con diversas Sociedades Quirúrgicas, 11 **Sesiones Ordinarias,** 1 **Sesión de Homenaje** al Prof. Lobo-Onell, y la actual, que es la Sesión Reglamentaria, destinada a dar cuenta de la marcha de la Sociedad y a elegir la mesa directiva para el próximo período. Fue necesario suspender 2 Sesiones de Trabajo, por el fallecimiento de los Profesores Lobo-Onell y Banderas.

En la Sesión Extraordinaria efectuada en enero del presente año, se designaron los temas para las V Jornadas Urológicas de Viña del Mar, que sufrieron posteriormente algunas modificaciones, por la enfermedad y muerte de los Profesores mencionados.

En las tres Sesiones de Conjunto, efectuadas en el local de la Sociedad Médica, participaron diversas Sociedades científicas quirúrgicas, cuyos representantes abordaron temas de gran interés científico. El temario de la primera Reunión fue las **"Lesiones quirúrgicas del uréter terminal"** correspondiéndole al Prof. Vargas Zalazar desarrollar la parte urológica y su tratamiento quirúrgico, y al Dr. Luis Corvalán R., las **"Infecciones y secuelas** derivadas de estas lesiones". Esta sesión Conjunta fue presidida por nuestro Presidente, y no se realizó al término, ni mesa redonda, ni discusión por los asistentes.

En la segunda Sesión de Conjunto, se abordó el tema de **"Las complicaciones de las fracturas de la columna"**, en donde actuaron relatores por parte de la Soc. de Cirujanos, Neurocirugía, Traumatología, correspondiéndole al Dr. Omar Jara representar a la Sociedad de Urología, relatando un documentado e interesante trabajo sobre **"Vejiga Neurogénica"**. En esta sesión actuó como moderador, el Dr. Jorge Briones, presidente de la Sociedad de Traumatología, y a continuación se efectuó una interesante mesa redonda, en donde se hicieron a los respectivos Relatores, algunas preguntas relacionadas con estas afecciones.

En la tercera Sesión Conjunta figuró en la tabla, **"El tratamiento de la hemorragia aguda"**. Actuó como moderador, el Presidente de la Sociedad de Anestesiología, Dr. Luis Cabrera G., y participaron representantes de la Sociedad de Cirujanos, Enf. del Tórax, Neurocirugía, Obstetricia y Ginecología y de Proctología, actuando el Dr. Hugo Vicuña M. por la Sociedad de Urología. Los relatores hicieron una gráfica y metódica exposición del tratamiento de la hemorragia aguda en las diversas especialidades, para después contestar las múltiples preguntas que se hicieron a la Mesa Redonda. Quedó demostrado en forma evidente, lo provechoso de estas Sesiones de Conjunto, que atraen una asistencia apreciables de profesionales con actividades diversas, ya que los temas se analizaron por sus diversas facetas.

En las 11 Sesiones Ordinarias, se presentaron 14 Contribuciones de conjunto y 5 de casuística. Además, en una de las últimas sesiones, se escuchó una interesante y detallada exposición del Dr. Luis Pacheco Díaz, en la cual nos informó del VIII Congreso Mundial del Cáncer, efectuado en Moscú, en julio ppdo. Los trabajos científicos han sido sobre temas de lo más variado, y a juzgar por la concurrencia a las sesiones se estima que han logrado despertar interés. El orden cronológico con que fueron presentados, ha sido el siguiente:

1.— **"Variaciones de las fosfatasas ácidas en relación con la exploración prostática"** Prof. Lobo-Onell y Srta. Gloria Salvo. Servicio Urología del Hospital del Salvador; que dio lugar a interesantes comentarios relacionados con estas determinaciones.

A continuación, el Dr. Raúl Bulnes C., y Guillermo Soehrens, del Serv. Urología del Hosp. J. J. Aguirre, presentan una detallada contribución sobre "Litiasis úrica", en que se llega a conclusiones relacionadas con la etiología, infección, predominio masculino, etc., y que naturalmente, dado lo apasionante del tema, logró interesantes comentarios.

2.— **"Reflujo urétero-vesical. Corrección quirúrgica"** del Dr. Luis Corvalán R., y Egidio Gutiérrez S. M. del Serv. de Urología del Hospital San Borja, en que se hacen interesantes consideraciones, acerca de un paciente el cual es sometido a una intervención reparadora, con la técnica recomendada de Hutch.

"Interpretación de los electrolitos en clínica". El Dr. Waldemar Badía de la Universidad Católica, nos ilustra con una interesante conferencia sobre este tema, y que dado su importancia cada día mayor en clínica, se le solicitó que continuara ocupando la próxima sesión, a objeto de abrir un debate al término de sus consideraciones. El Prof. Lobo-Onell felicitó al expositor, celebrando la categoría que se le da a las sesiones con estos temas y en general, las contestaciones a todas las preguntas que se formularon, dejaron satisfechos a todos los asistentes.

4.— **"Traumatismos genitales complicados".** Dres. Benjamín y Eduardo Tallman V., Urología Hosp. J. J. Aguirre; en que se hace un análisis de 7 pacientes con Ruptura testicular traumática, atendidos en el Hosp. J. J. Aguirre, y en que se preconiza la intervención precoz.

"Agenesia y Aplasia renal". Dr. R. Castro V., Benjamín Tallman V. y Raimundo Ariztía, del Hosp. Militar, en que reúnen 2 observaciones de aplasia renal, y 3 de Agenesia, en los cuales se formulan importantes consideraciones.

5.— **"Imágenes radiológicas atípicas en tumores renales".** Dres. A. Vargas M., y Marcelo Cassartelli, Urología Hosp. del Salvador, en que se reúnen 5 observaciones de imágenes pielográficas atípicas, que hicieron dudar en la posibilidad del tumor renal, por lo incomún de estas imágenes y lo poco convincente. Clínicamente, los cuadros eran de tumoración renal, y en todos fue comprobado por la operación, pero radiográficamente no podíamos catalogarlos como tales.

"Consideraciones sobre 520 prostatectomías de Millin en enfermos hospitalizados y privados". Prof. Rob. Vargas Zalazar y Félix Cantín C., de la Clínica Urológica del J. J. Aguirre. Trabajo de estadística en que se controla un numeroso grupo de operados por esta técnica y se llega a conclusiones prácticas y precisas. Se produjo una discusión interesante y, como de costumbre, cuando se comenta una técnica operatoria, cada cual termina recomendando el procedimiento con que se ha habituado.

6.— **"Las gonadotrofinas en las afecciones del aparato urogenital masculino".** Dr. Guillermo Soehrens; Urología Hosp. J. J. Aguirre. Trabajo experimental en que se estudian las gonadotrofinas en ciertos tumores genitales y de la próstata, a objeto de conocer su utilidad y sus resultados, tanto en lo que respecta al diagnóstico como del pronóstico.

7.— **"Aspectos inmunológicos de las proteosas urinarias en el cáncer".** Dr. Enrique Raventós, Prof. Lobo-Onell y Sra. Graciela Leyton R. Fundación López Pérez, Urología Hosp. Salvador e Instituto Bacteriológico. Contribución experimental, que es una continuación de los trabajos efectuados en polipéptidos y carbohidratos, en relación con enfermedades tumorales, algunas enfermedades del colájeno y en Nefrosis. Indiscutiblemente que el aumento significativo de las proteosas en los cánceres avanzados, tiene no sólo un valor pronóstico, sino también es posible que con estos estudios, se pueda establecer una predisposición o determinar si existe un estado precanceroso.

"Tumores del testículo en el niño". Dres. Hernán Baeza y Luis Ibieta. Serv. Urología Hosp. de Concepción. Completa recopilación de tumores testiculares en niños, atendidos en dicho Servicio. Fue comentado favorablemente por los asistentes, y las conclusiones muy similares al diagnóstico y tratamiento en análogos tumores del adulto.

8.— **"Cáncer uretral".** Dres. Benjamín y Eduardo Tallman V.; Urología del Hosp. J. J. Aguirre. Se presentan dos observaciones con esta afección y se destacan las dificultades que existen para efectuar un diagnóstico precoz, ya que muchas veces se confunden con abscesos crónicos periuretrales y se insiste en la necesidad de practicar biopsia. Además del tratamiento quirúrgico, se han obtenido favorables resultados con cobaltoterapia.

"Tumores renales en el niño". Dr. Roberto Olmedo C., Pedro Gigoux y Ant. Salas. Hosp. Roberto del Río. Trabajo de casuística, cuyas conclusiones son las siguientes: que en aquellos casos que existen grandes tumores, es recomendable practicar radio o quimioterapia previa a la cirugía radical. Si no fuese posible llevar a cabo esta conducta, practicar la ligadura del pedículo por vía transperitoneal. En uno de los pacientes se intervino de una ectomía parcial del riñón, lo cual fue objetado por los facultativos que intervinieron en los comentarios, aceptándose esa conducta sólo en pacientes monorrenos.

9.— **Pseudoincontinencia de orina por anomalía pieloureteral congénita".** Dr. Hugo Sierra L., Talca. Observación clínica de interés por su rareza (triple uréter) y por la forma en que estudió y solucionó el problema.

"Hodgkin testicular". Dr. Fernando Vargas Delaunoy. Urología Hosp. J. J. Aguirre. Observación clínica en que primeramente aparece el tumor en el testículo (linfosarcoma) y posteriormente con la sintomatología y características propias de la Enfermedad de Hodgkin.

10.— **"Cinefluorografía normal y patológica en Urología".** Dr. Manuel Neira. Serv. Rayos del Hosp. Roberto del Río. Nos hizo una interesante exposición, exhibiendo además una película en que estudia y analiza los nuevos métodos para diagnosticar afecciones vesicales y ureterorenales directamente en la pantalla cinematográfica; presentó observaciones de reflujo vésicoureteral en que aparece con suma claridad la anormalidad en la pantalla, precisamente en el momento en que el paciente contrae su vejiga para vaciarla.

"Arteriografía y su aporte al diagnóstico urológico". Dres. Roberto Vargas Delaunoy, Patricio Barriga y Walter Zunckel. Urología y Cirugía Prof. Allamand, J. J. Aguirre. Se hacen consideraciones sobre la aortografía para precisar diagnóstico de la lesión arteriorrenal y se relata la observación de un aneurisma de la arteria renal, que fue operado con éxito siendo el primer caso registrado en Chile.

11.— **Reemplazo parcial de uretra por segmento escrotal".** Dr. José Bisquertt T., Cl. Urológica Hosp. J. J. Aguirre. Caso clínico en que la perseverancia y preocupación del cirujano, logra el éxito definitivo, después de realizar variadas intervenciones plásticas originales.

"Malformaciones renales congénitas". Dr. Roberto Olmedo C. y Ant. Salas. Hosp. Roberto del Río. Se hace una revisión estadística sobre estas afecciones, llegando a la conclusión que todos estos enfermos deben de estudiarse en íntima colaboración con pediatras, cirujanos y urólogos, puesto que, una intervención oportuna reparadora, puede evitar posteriormente muchas mutilaciones del riñón.

Además de todas estas sesiones de trabajo, se efectuó una **Sesión Homenaje** al Prof. Lobo-Onell, en donde hicieron uso de la palabra, médicos de todos los Servicios Urológicos de Santiago y uno de Valparaíso. Todos se refirieron en términos muy sentidos y elocuentes, a la pérdida que significa para la Urología y para la Medicina Chilena, el lamentable fallecimiento del Prof. Lobo-Onell. Asimismo, se dieron a conocer comunicaciones de connotados Urólogos extranjeros, amigos personales del extinto, en que hacen presente el hondo pesar que les ha producido esta pérdida irreparable, figurando entre ellos, el Prof. Hamburger, de París; Prof. Puigvert Gorro, de Barcelona; Prof. Cumplido de Santa Anna, de Río de Janeiro; Prof. Hughes, de Montevideo; Prof. Ricardo Angulo, de Lima; y, también, una comunicación de la Sociedad de Urología de Córdoba.

La labor científica del presente año fue rubricada con la celebración de las V Jornadas Urológicas, de Viña del Mar, efectuadas el 30 de noviembre y 1º de diciembre ppdo. El número de inscripciones, como la concurrencia que asistió, estaba indicando el interés que existía por los diversos temas programados. Los Relatores de los temas oficiales abordaron su materia con método y profundidad, igualmente así lo hicieron todos aquellos que presentaron aportes o temas libres, con lo cual se ganaron el reconocimiento de la Sociedad.

La hipertensión Nefrógena, con su investigación urológica y sus indicaciones terapéuticas, fue tratada en forma brillante y eficiente por el Prof. Vargas Zalazar y Dr. Lira Valencia y el segundo relato oficial, el **tratamiento de los tumores del testículo,** fue expuesto de manera clara y precisa, por los relatores quirúrgicos Dres. Castro Varela y Félix de Amesti, por los quimioterapeutas, Dres. Enrique Raventós y Raúl Silva M., y finalmente por el Dr. Edo. Tallman Valenzuela, que se refirió a la experiencia y aplicación de Radioterapia que se tiene a la fecha. Ambos relatos, fueron completados con aportes de importancia y de categoría, y al término de ambas sesiones se efectuó una mesa redonda que contestó las preguntas formuladas, llenando así todos los pocos vacíos que pudieran haber quedado. Se cumplió el trabajo de las Jornadas, con la presentación de temas libres, interesantes colaboraciones, que revelaron el espíritu de trabajo de nuestros especialistas y muy en especial se debe dejar constancia de la actividad y entusiasmo con que nos acompañaron nuestros colegas de Valparaíso. Asimismo, digno es destacar la participación de elementos jóvenes y distinguidos especialistas Nefrólogos, Cardiólogos, Cancerólogos, Anátomo-patólogos, Radioterapeutas, Endocrinólogos, etc., que le dieron brillo a los diversos trabajos, quedando el auditorio completamente satisfecho con la labor efectuada.

Con motivo de los trabajos presentados, y por cumplir, a juicio del Directorio, con los requisitos reglamentarios, se ha conferido el título de Socio Corresponsal Nacional a los Dres. Waldemar Badía, Prof. Enrique Raventós B. y Dr. Manuel Neira; y el título de Socio colaborador a los Dres. Roberto Vargas Delaunoy, Fernando Vargas Delaunoy, Guillermo Soehrens, Pedro Gigoux y Antonio Salas. Lleguen hasta ellos nuestras sinceras felicitaciones y el deseo de contar en el futuro con sus valiosas contribuciones.

Hace poco más de 15 días, la Sociedad Chilena de Urología ha perdido a uno de sus eficientes y antiguos colaboradores. Me refiero al Prof. Tulio Banderas B., que en otros tiempos ocupara, uno tras otro, todos los cargos del Directorio, hasta llegar a la Presidencia en 1951. Su labor culminante fue durante el Congreso Interamericano de Urología en 1949, realizado en Santiago de Chile, en que gran parte del éxito, se debió a su esfuerzo y extraordinaria organización. El Prof. Banderas, era en la actualidad Director de la Sociedad Chilena de Urología y Jefe del Servicio de Urología del Hospital Salvador. Llegue a sus familiares nuestra sentida condolencia. Espero que el nuevo Directorio le rinda el homenaje que se merece.

Finalmente, deseo expresar a mis colegas mis sinceros agradecimientos por la cooperación prestada durante el año, la cual me ha permitido cumplir con el desempeño de mi cargo; igualmente, para con mis compañeros de Directorio, que con su ayuda desinteresada me han facilitado mi trabajo.

Como en años anteriores, las Sesiones Ordinarias, se efectuaron en el Auditorio de la Clínica Santa María y me es grato expresar los respectivos agradecimientos por esta cooperación a la Jefatura de este Establecimiento.

CUENTA DEL TESORERO, Dr. E. GUTIERREZ S. M.

Señor Presidente, señores Consocios:

De acuerdo con el Artículo Nº 13 del Reglamento de nuestra Institución, me corresponde dar cuenta del estado financiero de la Sociedad, en el lapso comprendido entre el 14 de diciembre de 1961 al 12 de diciembre de 1962.

El estado contable durante el presente es el siguiente:

Entradas.— El mayor rubro en las entradas está constituido este año, como en el próximo pasado, por los Avisos de Propaganda Médica en nuestra Revista y que alcanza a la suma de E° 1.262,08.

Debemos agradecer aquí la colaboración de los Laboratorios Farmo-Química del Pacífico, Merck, Warner-Chillcott, Petrizzio, Ciba, Recalcine, Lepetit, Bioquímico Beta, Sanitas, Laboratorio Chile (Representante del Lab. Lederle), cuyo apoyo ha hecho, en gran parte, posible que sigamos contando con una Revista científica de primera calidad de impresión.

El segundo rubro de entradas está determinado por las cuotas de socios que alcanza a la suma de E° 750,00.— Si comparamos esta suma con los E° 700,00 recaudados el año 1961 o con los E° 680,00 del año 1960 o con los E° 660,00 del año 1959, se puede observar que se ha obtenido sólo un leve aumento en esta vital fuente de entradas para la Sociedad, que si la comparamos con la fuerte alza que ha experimentado la impresión de la Revista, que en cifras redondas ha sido alzada en este mismo lapso, de E° 900,00 en 1959 a E° 2.700,00 en 1962, llegamos al resultado matemático que las entradas por cuotas de socios han subido sólo el 15%, en tanto que el costo de la Revista ha subido en los mismos 3 años exactamente el 300%.

Sin duda que los médicos no tenemos costumbre de enfrentarnos con la dura realidad de los números, pero ella nos está avisando que debemos tomar medidas para no vernos obligados a privarnos de nuestra Revista, lo que sería un duro golpe para nuestra especialidad.

El tercer rubro de ingresos está formado por los intereses de los bonos hipotecarios, que ascienden a la suma de E° 1,60 y que los colocamos solamente por tradición.

El total de entradas del año fue de 1.918,15. escudos.

El total de gastos, según detalle adjunto, fue de E° 2.783,18.

En el presente año se celebraron en Viña del Mar las V Jornadas Chilenas de Urología. Ellas se financiaron con la adhesión entusiasta de los socios y simpatizantes que en el alto número de 56 se inscribieron en ellas, recaudándose por este concepto la suma de E° 606,96. Cabe hacer notar que el precio de la inscripción fue rebajado por la Mesa a 10 escudos, en circunstancias que en las Jornadas de 1959 este valor era de E° 12,00.

Los Laboratorios colaboraron haciendo donaciones que ascendieron a la suma de E° 590,00. Es justo dejar constancia que estas donaciones las consiguió personalmente el señor Presidente y que tienen mayor valor, ya que a fin de año, por razones obvias, están prácticamente cerradas para toda clase de egresos. Agradecemos su generosidad a los Laboratorios Pfizer, Chile, Beta, Recalcine, Lehmann y Jury, Lepetit y Shering Berliner.

De esta manera las entradas por concepto de Jornadas fueron de E° 1.196,96.

Los gastos por el mismo rubro llegaron solamente a E° 160,62 y que corresponde a la impresión de afiches, programas y gastos varios.

De esta manera las V Jornadas Chilenas de Urología dejaron un saldo a favor de E° 1.036,34. Ha sido gracias a este superávit que se ha podido cancelar el último número de la Revista que acaba de aparecer, salvándose, así, con superávit, el año presupuestario de 1962.

Resumiendo, ahora, señores Consocios, el total de entradas ascendió a la suma de E° 3.115,11 y los gastos totales a la suma de E° 2.943,62 lo que arroja un saldo favorable de E° 107,28 que sumados a los E° 4,47 que es el saldo del año anterior, se obtiene un saldo total líquido a favor de E° 111,75.

Quedan aún por cobrar E° 50,00 por avisos del Nº 3 del año 1961, E° 350,00 por avisos del número 1 del año 1962 que acaba de aparecer, E° 158,36 por clichés de este mismo número, lo que hace un total de E° 558,36, con lo que se podrá ayudar a financiar el próximo número por aparecer.

MOVIMIENTO DE CAJA AÑO 1962

ENTRADAS

Saldo año 1961	E°	4,47
Avisos Revista de Urología	"	1.262,08
Cuotas de los Socios	"	750,00
Intereses Bnos. Hipotecarios	"	1,60
	E°	1.918,15

SALIDAS

Gastos impresión Revista Urología	E°	2,733,38
Coronas y Avisos diarios fallecimientos Profs. Lobo-Onell y T. Banderas B.	"	45,00
Arriendo Casilla	"	4,80
	E°	2.783,18

Saldo en contra E° 924,59

BALANCE JORNADAS CHILENAS DE UROLOGIA

ENTRADAS

Aporte de los Laboratorios	E°	590,00
Adhesión socios y adherentes	"	606,96
	E°	1.196,96

SALIDAS

Carteles Jornadas	E°	11,68
Programas	"	30,44
Gastos varios	"	119,50
	E°	160,62

Saldo a favor Jornadas E° 1.036,34

Saldo a favor Jornadas	E°	1.036,34
Saldo en contra movimiento de Caja	E°	924,59
TOTAL A FAVOR	E°	111,75

SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGIA

ACTA DE LA SESION VII, EN 11-VII-62

Auditorio de la Clínica Santa María

—Se inició la sesión a las 19,30 horas.

Presidente: Dr. **Luis Corvalán Rocco.**

Asistencia: Dres. Avilés; Baeza; Castro Varela; Prof. Correa Fuenzalida; Dres. Hidalgo, Fdo.; Lira Valencia; Leyton Ramírez; Montero, M.; Sierra; Tallman Valenzuela, Edo.; Tallman, Benjamín; Vargas Molinare y Vicuña.

ACTA

—Se lee, y aprueba sin modificaciones, el acta de la Sesión VI en 27-VI-62.

CUENTA

Dr. Vargas Molinare (Secretario General). — Manifiesta que el Embajador de España ha enviado los anales de los trabajos del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.

Dr. Corvalán Rocco (Presidente).— Anuncia que serán entregados a la Biblioteca de la Escuela de Medicina.

TABLA

1)— "ASPECTOS QUIMICOS E INMUNOLOGICOS DE LAS PROTEOSAS EN EL CA URINARIO".

—Dr. Enrique Raventós, Prof. Lobo Onell, Sra. Graciela Leyton.— Servicio de Urología y Fundación López Pérez del Hospital del Salvador.

—La discusión aparece a continuación del texto del trabajo, en este número de la Revista, página 102.

2)— "TUMORES DEL TESTICULO EN EL NIÑO".

Dres. Hernán Baeza y Luis Ibieta.— Hospital de Concepción.

—La discusión aparece a continuación del texto del trabajo, en este número de la Revista, página 106.

Terminada la sesión se efectuó una reunión de Directorio, con la siguiente Tabla:

1) Marcha de la Sociedad.
2) Jornadas de fin de año.
3) Reuniones de Conjunto.

—Se levantó la sesión a las 9,15 horas.

ACTA DE LA SESION VIII, EN 25-VII-62

Auditorio de la Clínica Santa María.

—Se inició la sesión a las 19,30 horas.

Presidente: Dr. **Luis Corvalán Rocco.**

Asistencia: Dres. Bulnes; Castro Varela; Prof. Correa Fuenzalida; Dres. Figueroa; Gigoux; Gutiérrez S. M.; Jara, Omar; Lecaros; Lira Valencia; Olmedo; Sabioncello; Silva, Edna; Tallman Valenzuela, Edo.; Tallman Valenzuela, Benjamín; Vargas, Fdo.; Vargas Molinare y Prof. Vargas Zalazar.

ACTA

—Se lee, y aprueba sin modificaciones, el acta de la sesión VII, en 11-VII-62.

CUENTA

Dr. Luis Corvalán, recuerda que el 22 de agosto la Sociedad de Urología participará en reuniones conjuntas con la Sociedad de Cirugía, Ginecología, Obstetricia, sobre el tema **"Lesiones del uréter terminal"**, en el que el relator urólogo será el Prof. Roberto Vargas Zalazar y el tema de: Secuelas de esas lesiones, el relator urólogo será el Dr. Luis Corvalán. El 14 de septiembre con las Sociedades de Traumatología y Neurología se abordará el tema: **"Traumatismos de la Columna"**, relator urólogo fue designado el Dr. Omar Jara y el 14 de noviembre se tratará el tema, **"Tratamiento de la hemorragia aguda"**, en conjunto con las Sociedades de Cirugía y de Obstetricia y Ginecología. El relator urólogo es el Dr. Hugo Vicuña Monardes (Valparaíso).

A continuación el Dr. Corvalán da a conocer los acuerdos que ha tomado el Directorio respecto a las **Jornadas Chilenas de Urología** de fin de año y que somete a la consideración de la asamblea. Manifiesta que por diversas razones se había acordado postergar estas jornadas para el próximo año, aprovechando la semana de la experiencia quirúrgica chilena, ya que hasta el momento existe poca experiencia en los temas designados. La enfermedad de algunos relatores, como es el caso de los Profesores Lobo-Onell y Banderas, la ausencia de uno de los Jefes de Servicio, en viaje por el extranjero, del Prof. González Mac Oliver, y la remota ayuda económica de parte del Ministerio de Salud o del Colegio Médico. Sin embargo, en conversaciones sostenidas con el Prof. Vargas Zalazar y el Dr. Lira Valencia, en las que se comprometieron a asumir la responsabilidad del primer tema que trata sobre **"Cirugía vascular del riñón en la hipertensión"**, la situación habría cambiado. Por lo tanto, somete a discusión el acuerdo del Directorio y ofrece la palabra.

BIBLIOTECA PUBLICA DE VALPARAISO SANTIAGO SEVERIN

Prof. Vargas Zalazar.— Propone que se revoque el acuerdo de suspender las Jornadas. Reconoce que no existe experiencia en Chile acerca del primer tema propuesto y cree que sería mejor cambiarlo por el de, **"Investigación o Estudio urológico en la hipertensión nefrógena"**.

En cuanto al segundo tema sobre, **"Cirugía de los Tumores del Testículo"**, no habría problema, pues lo que se pretende es dar a conocer las nuevas técnicas de abordaje de estos tumores, especialmente en lo que se refiere a la cirugía con vaciamiento ganglionar lumbaórtico, aun cuando los enfermos no tengan una larga evolución.

En cuanto al tema de **"Electrolitos"**, en su Clínica hay experiencia al respecto y se podrían presentar algunos trabajos muy interesantes.

Dr. Lira Valencia.— Considera que respecto del tema **"Cirugía de la arteria renal en hipertensión"**, hay razones para cambiarlo, ya que aun en Estados Unidos, que es donde se hace más cirugía vascular, los casos de cirugía de la arteria renal son contados y aun ellos mismos solicitan que se les envíen enfermos para adquirir mayores experiencias. Esto lo pudo comprobar en su último viaje a Estados Unidos. Por lo tanto, está de acuerdo en cambiar la denominación del primer tema, que era un poco pretenciosa.

Prof. Correa Fuenzalida.— Desea hacer una aclaración: en la sesión de Directorio se acordó postergar las Jornadas Urológicas, por las razones ya expuestas, en lo que él está totalmente de acuerdo.

Dr. Tallman Valenzuela, Edo.— Está de acuerdo en que se reconsidere la postergación de las Jornadas Urológicas y en que se cambie el primer tema por el propuesto por el Prof. Vargas Zalazar.

Dr. Vargas Molinare.— Era partidario de postergar las Jornadas para el año 1963, aprovechando la Semana de la Experiencia Quirúrgica Chilena. Insiste en que las razones por las que se había hecho la postergación son de peso y analiza los diferentes temas que se habían propuesto, recalcando que no existe experiencia sobre ellos. Además, dada la enfermedad del Prof. Lobo-Onell, éste no estaría en condiciones de desarrollar la conferencia sobre Electrolitos, que se había acordado.

Prof. Vargas Zalazar.— Insiste en que las Jornadas deben realizarse, pues el no efectuarlas iría en desprestigio de la Urología chilena. No se necesitan grandes gastos y la publicación de los trabajos se haría en nuestra Revista de Urología. El primer tema se debe referir sólo al diagnóstico y estudio urológico de la hipertensión nefrógena y asume la responsabilidad del desarrollo de este tema. En cuanto al tema Electrolitos, que está a cargo del Prof. Lobo-Onell, se podría cambiar al relator.

Dr. Corvalán Rocco.— Después de escuchar las diferentes opiniones, manifiesta que se pueden realizar las Jornadas Urológicas a fin de año, siempre que se modifique el primer tema. Para llegar a una solución definitiva somete el problema a votación, que una vez realizada, dio como resultado efectuar las Jornadas a fin de año. Estas se realizarían en principio, en Santiago y Viña del Mar.

Temas: 1) **"Diagnóstico de la hipertensión nefrógena** (investigación urológica), Relatores Prof. Vargas Zalazar y Dr. Olmedo, Hospital J. J. Aguirre y Dr. Lira Valencia, Hospital del Salvador.

2) **Tratamiento de los tumores del Testículo.**
Quimioterápico, Dr. Raventós y Montero.
Quirúrgico, Dres. Castro Varela y Félix de Amesti.
Radioterapia, Dr. Tallman Valenzuela, Edo.
3) Aportes a los temas oficiales, y
4) Temas libres, en vez del tema Electrolitos.

Dr. E. Gutiérrez.— Pide que los socios se pongan al día en sus cuotas, ya que el financiamiento de la Revista de Urología se ha estado haciendo en base a los avisos de los laboratorios que se han conseguido gracias a los esfuerzos de los Dres. Corvalán y Pacheco. El último presupuesto de la Revista está sobre los E° 850 y los laboratorios pagan los avisos en forma atrasada.

TABLA

1)— "CANCER DE LA URETRA".

—Dres. Benjamín y Eduardo Tallman.— Hospital J. J. Aguirre.

—La discusión aparece a continuación del texto del trabajo, en este número de la Revista, página 113.

2)— "TUMOR RENAL EN EL NIÑO".

—Dres. Olmedo y Gigoux.— Hospital J. J. Aguirre.

—La discusión aparece a continuación del texto del trabajo, en este número de la Revista, página 120.

—Se levanta la sesión a las 21 horas.

ACTA DE LA SESION IX, EN 8-VIII-1962

Auditorio de la Clínica Santa María.

Presidente: Dr. **Luis Corvalán Rocco.**

—Se abrió la sesión a las 19,30 horas.

Asistencia: Dres. Castro Varela, Raúl; Corvalán Rocco, Luis; Espinoza García, Anibal;

Hidalgo Cortés, Luis; Lira Valencia, Augusto; Tallman Valenzuela, Benjamín; Tallman Valenzuela, Edo.; Vargas Molinare, Alberto; Vargas Delaunoy, Fernando; Vargas Delaunoy, Roberto; Prof. Vargas Zalazar, Roberto.

ACTA

—Se lee y aprueba sin modificaciones el Acta de la Sesión VIII, en 25-VII-62.

CUENTA

Dr. Vargas Molinare (Sec. Gral.)— 1) Las próximas Jornadas de Cirugía se realizarán el año próximo, en Viña del Mar. Se ha recibido invitación para que la Sociedad colabore con temas o una Jornada. Se hará reuniones conjuntas de las especialidades quirúrgicas.

2) Las V Jornadas de Urología se realizarán en Viña, en noviembre de este año, con la sola modificación del primer tema, que se referirá al estudio urológico en la hipertensión.

TABLA

I.— "PSEUDOINCONTINENCIA DE ORINA POR ANOMALIA PIELOURETERAL CONGENITA".

Dr. Hugo Sierra (Talca).

—La discusión aparece a continuación del texto del trabajo en este número de la Revista, pág. 124.

II.—"LINFOGRANULOMA MALIGNO DEL TESTICULO".

Dr. Fernando Vargas Delaunoy. (Hospital J. J. Aguirre).

—La discusión aparece a continuación del texto del trabajo en este número de la Revista pág. 127.

—Se levantó la sesión a las 21.05 horas.

ACTA DE LA SESION X, EN 22-VIII-62

Conjunta con las Sociedades de Cirugía, de Ginecología y Obstetricia y de Proctología.

Auditorio de la Sociedad Médica.

—Se abrió la sesión a las 19,30 horas.

—Se omitió la lectura del **Acta de la sesión** anterior y de la **Cuenta.**

TABLA

"LESIONES QUIRURGICAS DEL URETER TERMINAL".

I.— "INJURIAS QUIRURGICAS DEL URETER".

—**Prof. Roberto Vargas Zalazar y Dr. Roberto Vargas Delaunoy** (Sociedad Chilena de Urología).

II.— "SECUELAS E INFECCIONES".

2.— **Dr. Luis Corvalán Rocco** (Sociedad Chilena de Urología).

3.— **Dr. Mauricio Parada** (Sociedad de Cirujanos de Chile).

4.— **Dr. Jorge Colvin** (Sociedad de Ginec. y Obstetricia).

5.— **Dr. Félix de Amesti** (Sociedad de Proctología).

—El trabajo Nº 2 se publica en este número de la Revista, pág. 128.

—Los trabajos signados con los números 3 y 5 se publican en los Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Chile, Año (Vol.) XIV, VII, VIII y IX-62 Nº 5, pág. 607.

—El trabajo Nº 4 se publica en la Revista de Ginecología y Obstetricia.

—El trabajo I se publicará en el próximo número de la Revista.

—Se levantó la Sesión a las 21.15 horas.

ACTA DE LA SESION XI, EN 12-IX-62

Conjunta con las Sociedades de Cirugía, de Neurocirugía y de Traumatología.

Auditorio de la Sociedad Médica.

Presidente, Dr. **Jorge Briones.**

—Se abrió la sesión a las 19,30 horas.

—Se omitió la lectura del **Acta** de la sesión anterior y de la **Cuenta.**

TABLA

"COMPLICACIONES DE LAS FRACTURAS DE LA COLUMNA".

1.— **Dr. Manuel Rivera S.,** (Sociedad de Traumatología).

2.— **Dr. Juan Fierro M.** (Sociedad de Neurocirugía).

3.— **Dr. Omar Jara M.** (Sociedad Chilena de Urología).

4.— **Dr. Emilio Villarroel G.** (Sociedad de Cirujanos de Chile).

—Los Trabajos Nºs 1, 2 y 4 se publican en los Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Chile, Año (Vol.) XIV, VII, VIII y IX-62 Nº 5.

—El trabajo Nº 3 se publicará en el próximo número de la Revista.

—Se levantó la sesión a las 21,20 horas.

ACTA DE LA SESION XII, EN 26-IX-62

Auditorio de la Clínica Santa María.

Presidente: Dr. **Luis Corvalán Rocco.**

—Se abrió la sesión a las 19,30 horas.

Asistencia: Dres. Acuña, Miguel; Avilés, Caupolicán; Prof. Avilés, Víctor Manuel; Prof. Bisquertt Cea, José; Dres. Bulnes Cerda, Raúl; Bustamante, Bertín; Castro Varela, Raúl; Prof. Correa Fuenzalida, Oscar; Dres. Dell'Oro, Raúl; Espinoza García, Anibal; Prof. González Mac-Oliver; Dres. Gutiérrez San Martín, Egidio; Hederra Donoso, Ramón; Hidalgo Cortés, Luis; Hidalgo Carmona, Fernando; Katz, Ricardo; Lira Valencia, Augusto; Oreilana, Alfonso; Pacheco Díaz, Luis; Salazar, Carlos; Tallman Valenzuela, Benjamín; Tallman Valenzuela, Edo.; Vargas Molinare, Alberto; Vargas Delaunoy, Fernando; Vargas Delaunoy, Roberto; Prof. Vargas Zalazar, Roberto.

Asistieron también, numerosos amigos y familiares del Profesor Lobo-Onell.

ACTA

—Se omitió la lectura del Acta de la Sesión anterior.

CUENTA

Dr. Vargas Molinare (Sec. Gral.).— Da cuenta que se han recibido numerosas cartas de condolencia de médicos extranjeros y Sociedades Médicas, entre las que se destacan la del Prof. Jean Hamburger, de Francia, Dr. Antonio Puigvert, de Barcelona, Dr. F. Hughes, de Uruguay, y de la Sociedad de Urología de Córdoba.

TABLA

"HOMENAJE AL PROFESOR DR. CARLOS LOBO-ONELL".

Hacen uso de la palabra los siguientes oradores:

1.— **Dr. Luis Corvalán Rocco,** Presidente.

2.— **Dr. Augusto Lira Valencia,** Servicio de Urología del Hospital del Salvador.

3.— **Dr. Roberto Vargas Zalazar,** Cátedra Titular de Urología del Hospital J. J. Aguirre.

4.— **Dr. Roberto González Mc-Oliver,** Servicio de Urología del Hospital San Borja.

5.— **Dr. Raúl Dell'Oro,** Servicio de Urología de la Universidad Católica.

6.— **Dr. Ramón Hederra,** Servicio de Urología del Hospital Barros Luco.

7.— **Dr. Hugo Vicuña,** en representación de los Urólogos de Valparaíso y Viña del Mar.

—Los discursos Nºs 2, 3, 4, 5, 6 y 7 se publican en este número de la Revista, páginas 90 a 94.

—Del Nº 1, no se entregó copia para su publicación.

—Se levantó la sesión a las 20.35 horas.

ACTA DE LA SESION XIII, EN 10-X-62.

Auditorio de la Clínica Santa María.

Presidente, Dr. **Luis Corvalán Rocco.**

—Se abrió la sesión a las 19,40 horas.

Asistencia: Dres. Avilés, Caupolicán; Barriga, Patricio; Castro Varela, Raúl; Prof. Correa Fuenzalida, Oscar; Dres. Dell'Oro, Raúl; Gigoux, Pedro; Gutiérrez San Martín, Egidio; Lecaros Matte, Raúl; Neira, Manuel; Olmedo Cruz, Roberto; Salazar, Carlos; Silva Inzunza, Edna; Tallman Valenzuela, Benjamín; Tallman Valenzuela, Edo.; Vargas Delaunoy, Roberto; Dres. Vicuña Monardes, Hugo; Zunkel, Walter.

ACTA

—Se da lectura y aprueban las Actas de las Sesiones X, en 22-VIII-62; XI, en 12-IX-62; y XII, en 26-IX-62.

CUENTA

Dr. Vargas Molinare (Sec. Gral.)— 1) De una carta de agradecimiento de la familia del Prof. Lobo-Onell, por el homenaje rendido a su memoria.

2) De una comunicación de la Embajada de Francia, sobre la exposición del libro francés.

3) De comunicaciones de las Sociedades de Diabetólogos de Chile, Cirujanos, Nutrición, Soc. Peruana de Urología y Argentina de Urología, por las que dan a conocer los respectivos Directorios.

TABLA

I.— "AORTOGRAFIA Y SU APORTE AL DIAGNOSTICO UROLOGICO".

—Dres. Roberto Vargas Delaunoy, Patricio Barriga y Walter Zunkel.— Hospital J. J. Aguirre.

—La discusión de este trabajo aparece a continuación del texto, en este número de la Revista, pág. 137.

II.— "RADIOCINEMATOGRAFIA EN UROLOGIA".

Dres. Manuel Neira y Roberto Olmedo.— Hospital Calvo Mackenna.

—No se publica el trabajo por no haber sido entregada copia del mismo a la redacción de la Revista.

DISCUSION

Dr. Corvalán Rocco.— Felicita a los relatores. Este método tiene importancia en el estudio de las estrecheces y para el estudio funcional del riñón y del uréter. La radiología está contribuyendo poderosamente al diagnóstico en urología.

Dr. Vicuña Monardes.— En julio del año pasado vio este tipo de examen por primera vez en Río de Janeiro. La presentación actual es para él muy interesante aunque la técnica no sea tan perfecta como la que vio allá. El caso de reflujo presentado tiene especial interés para él, porque es semejante al de una de sus pacientes. Es agradable ver que entre nosotros se puede contar ya con este medio de tantas proyecciones para el futuro.

Dr. Neira.— La alteración ureterovesical la encuentra semejante al reflujo gastroesofágico, donde se ha perdido la condición de esfínter y la reparación de esta lesión es semejante en ambos casos.

Dr. Corvalán Rocco.— En la válvula ureterovesical hay varios factores que intervienen en su lesión. A veces se producen estrecheces, otras reflujo amplio, la orina sube y baja, y en otros, estrechez con insuficiencia.

Se levantó la sesión a las 21,15 horas.

ACTA DE LA SESION XIV, EN 24-X-62

Auditorio de la Clínica Santa María.

Presidente: Dr. **Luis Corvalán Rocco.**

—Se abrió la sesión a las 19,40 horas.

Asistencia: Dres. Avilés, Caupolicán; Bisquertt Torres, José; Castro Varela, Raúl; Prof. Correa Fuenzalida, Oscar; Dr. Figueroa Body, Ernesto; Prof. González Mac-Oliver; Dres. Gutiérrez San Martín, Egidio; Hidalgo Carmona, Fernando; Jara Michael, Omar; Lira Valencia, Augusto; Olmedo Cruz, Roberto; Pacheco Díaz, Luis; Silva Inzunza, Edna; Tallman Valenzuela, Benjamín; Tallman Valenzuela, Edo.; Vargas Molinare, Alberto; Prof. Vargas Zalazar, Roberto; Dr. Vicuña Monardes, Hugo.

ACTA

—Se lee y aprueba el Acta de la Sesión XIII, en 10-X-62.

CUENTA

Dr. Vargas Molinare (Sec. Gral).— 1) De una comunicación del Prof. Dr. Ercole, de Rosario (Argentina) en que manifiesta su pesar por el fallecimiento del Prof. Lobo-Onell y enfermedad del Prof. Banderas, y da cuenta además que en la Sociedad de Urología en Rosario se rindió un homenaje póstumo al Prof. Lobo-Onell.

Dr. Corvalán Rocco (Pte.).— Recuerda que las Jornadas Chilenas de Urología se inician el 30 de noviembre, en Viña del Mar. Los trabajos deben inscribirse a la brevedad posible en la Secretaría General.

TABLA

1.— "REEMPLAZO PARCIAL DE URETRA POR SEGMENTO ESCROTAL".

Dr. José Bisquertt Torres.— Hospital J. J. Aguirre.

—La discusión de este trabajo aparece a continuación del texto, en este número de la Revista, pág. 140.

2.— "MALFORMACIONES CONGENITAS RENALES".

Dres. Roberto Olmedo y Antonio Salas.— Hospital Roberto del Río.

—La discusión de este trabajo aparece a continuación del texto, en este número de la Revista, pág. 146.

3.— "INFORME ACERCA DEL VIII CONGRESO MUNDIAL DEL CANCER, EFECTUADO EN MOSCU".

Dres. Luis Pacheco Díaz y Roberto González Mc Oliver.— Hospital del Salvador y San Borja.

—No hubo discusión.

—Se levanta la sesión a las 21,30 horas.

ACTA DE LA SESION XV, EN 14-XI-62

Conjunta con las Sociedades de Anestesiología, de Cirujanos, de Enfermedades del Tórax, de Neurocirugía, de Obstetricia y Ginecología y de Proctología.

Auditorio de la Sociedad Médica.

—Se abrió la sesión a las 19,35 horas.

—Se omitió la lectura del Acta de la sesión anterior y de la **Cuenta.**

TABLA

"TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA AGUDA" (Mesa Redonda).

Moderador: Dr. **Luis Cabrera G.**

1.— **Dr. Waldemar Badía** (Sociedad de Cirujanos de Chile).

2.— **Dr. Hugo Salvestrini** (Sociedad de Enf. del Tórax).

3.— **Dr. Hugo Millán** (Sociedad de Neurocirugía).

4.— **Dres. Onofre Avendaño y Eduardo Bunster,** (Soc. Obstetr. y Ginecología).

5.— **Dr. Santiago Jarpa** (Sociedad de Proctología).

6.— **Dr. Hugo Vicuña** (Sociedad Chilena de Urología).

—El trabajo Nº 6 se publica en este número de la Revista pág. 152, y los trabajos Nºs 1, 2, 3, 4 y 5 se publican en la Revista Chilena de Anestesia.

—Se levantó la Sesión a las 21,10 horas.

ACTA DE LA SESION XVI, EN 12-XII-62

Auditorio de la Clínica Santa María.

Presidente, **Dr. Luis Corvalán Rocco**

—Se abrió la sesión a las 19,40 horas.

Asistencia: Dres. Bisquertt Torres, José; Bustamante, Bertín; Cantín Castillo, Félix; Castro Varela, Raúl; Prof. Correa Fuenzalida, Oscar; Dell'Oro, Raúl; Gomá, César; Prof. González Mac-Oliver; Dres. Gutiérrez San Martín, Egidio; Iturra Pacheco, Alfredo; Lira Valencia, Augusto; Pacheco Díaz, Luis; Schachtebeck, Carlos; Tallman Valenzuela, Benjamín; Tallman Valenzuela, Edo.; Vargas Molinare, Alberto; Prof. Vargas Zalazar, Roberto; Dr. Vicuña Monardes, Hugo.

ACTA

—Se lee y aprueba sin modificaciones, el Acta de la Sesión XIV, en 24-X-62, y de la Sesión XV, conjunta con las Sociedades de Anestesiología, Cirujanos, Enferm. del Tórax, Neurocirugía, Obstetricia, Ginecología y Proctología, en 14-XI-62.

CUENTA

Dr. Vargas Molinare (Sec. Gral.)— Lee condolencias recibidas del extranjero por el sensible fallecimiento del Prof. Tulio Banderas Bianchi, entre ellas del Dr. Cumplido de Sant' Anna, de Brasil; Angulo, del Perú; y Hughes, del Uruguay.

Dr. Corvalán Rocco (Presidente).— Da cuenta del éxito de las últimas Jornadas Chilenas de Urología realizadas en Viña del Mar, tanto en el aspecto científico como en lo social. Hace un resumen de las conclusiones a que se llegó después de las discusiones de los diferentes trabajos oficiales. Destacó el acuerdo de crear un centro de quimioterapia del Cáncer. Da cuenta además de que el Prof. Luis Bisquertt Cea ha cumplido cincuenta años de ejercicio profesional y solicita que se le rinda un homenaje de la Urología Chilena, en una fecha próxima, que determinará el nuevo Directorio.

A continuación rindió un "Homenaje al Prof. Tulio Banderas" recientemente fallecido.

TABLA

1.— **Dr. Corvalán Rocco** (Presidente).— Cuenta de la marcha de la Sociedad en 1962.

2º— **Dr. Vargas Molinare** (Sec. Gral.).— Cuenta de Secretaría, 1962.

3º— **Dr. Gutiérrez S. M.** (Tesorero).— Cuenta de Tesorería, 1962.

—Estas Cuentas se publican en este número de la Revista, páginas 157 a 163.

2ª HORA

Elección de Directorio para 1963.

Antes de proceder a la votación el Dr. **Bisquertt Torres** solicita que se elija por aclamación **Presidente** al Dr. **Luis Pacheco Díaz,** actual Vicepresidente.

—Así se acuerda.

Dr. **Luis Pacheco Díaz.** Agradece, en breves y sentidas palabras, su designación.

Asimismo, por aclamación, se elige **Vicepresidente** al Dr. **Vargas Molinare,** actual Secretario General.

Dr. **Vargas Molinare.** Agradece, en breves palabras, su designación.

La elección de Secretario General recae en el Dr. **Ramón Hederra,** después de dos votaciones.

Para el cargo de **Tesorero** fue elegido, por aclamación, el Dr. **Egidio Gutiérrez.**

Para los cargos de **Secretarios Anuales** fueron elegidos los Dres. **Fernando Vargas Delaunoy y Pedro Gigoux.**

Segundo Vicepresidente se designó al Dr. **Hernán Baeza,** de Concepción.

Y Directores, al Prof. Dr. **González Mc Oliver** y Dres. **Dell'Oro y Félix Cantín Castillo.**

En consecuencia el Directorio elegido es el siguiente:

Presidente, Dr. Luis Pacheco Díaz.
1.er Vicepresidente: Dr. Alberto Vargas Molinare.
2º Vicepresidente: Dr. Hernán Baeza.
Secretario General: Dr. Ramón Hederra.
Secretarios Anuales: Dres. Fernando Vargas Delaunoy y Pedro Gigoux.
Tesorero: Dr. Egidio Gutiérrez.
Directores: Prof. Roberto González Mc Oliver; Dres. Raúl Dell'Oro Serra y Félix Cantín Castillo.

—Se levantó la sesión a las 21 horas.



PRODUCTOS QUIMICOS CIBA LTDA.

TELEFONO 41046 — CLASIFICADOR 76 — SANTIAGO

EN HIPERTROFIA PROSTATICA Y EN
PROSTATITIS CRONICA

RAVERON

Extracto de próstata

Indicado: en el tratamiento médico del adenoma de la próstata y en prostatitis crónica.

Dosificación: Inyección diaria de 1 cc. o 2 cc. día por medio.

Duración del tratamiento: 4 a 6 semanas.

ROBAPHARM S.A. BASILEA-SUIZA

Importadores exclusivos:

LABORATORIOS RECALCINE S. A.

Vicuña Mackenna 1094 — Santiago.

Terapia rápida y segura con la Sufonamida
que responde a una sola dosis...

OPINSUL BETA

comprimidos

(Sulfametoxipiridazina 500 mg.)

La Sulfonamida bactericida de fácil administración.
De gran y prolongada acción.

——0000——

Indicaciones:

Infecciones respiratorias.
Infecciones urinarias.
Profilaxis y terapéutica en las enfermedades reumáticas.

Dosificación:

1 comprimido cada 24 horas.

——0000——

INSTITUTO BIOQUIMICO BETA S. A.

AVENIDA IRARRAZAVAL 2449

CASILLA 9054 — FONOS 490088-89

SANTIAGO



LEDERKYN*

SULFAMETOXIPIRIDAZINA LEDERLE

TABLETAS

Ante todo, están de acuerdo en que LEDERKYN actúa con rapidez. Uno padecía de una infección del aparato respiratorio; el otro, de una infección de las vías genitourinarias. En ambos casos hubo alivio de los síntomas en pocos días—sin complicaciones. Además aprecian la conveniencia de la posología de una dosis diaria, y la economía de LEDERKYN sulfametoxipiridazina comparada con la de la penicilina y otros medicamentos.

*Marca de fábrica

LEDERLE LABORATORIES DIVISION • CYANAMID INTER-AMERICAN CORPORATION
New York 20, New York

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS

LABORATORIO CHILE S. A.

Departamento de Propaganda Médica

AV. MARATON 1315 — CASILLA 87-D — TELEFONO: 499041

SANTIAGO