

CISTECTOMIA PARCIAL CON REIMPLANTE URETERAL POR NEOPLASIA DE VEJIGA. RESULTADOS ALEJADOS

Por el Dr. MIGUEL ANGEL AIMO

La orientación de este trabajo reviste caracteres de comunicación previa. No hemos podido actualizar todos los casos, y solamente presentamos dos, hay varios más, que integrarán un futuro artículo, en el que pensamos reglar prolijamente la técnica del reimplante. Los pacientes que traemos, afectos de tumores malignos de alta capacidad evolutiva, fueron intervenidos hace más de dos años, y actualmente se encuentran en muy buen estado de salud.

Dos detalles son los que pretendemos poner de manifiesto al dar a conocer nuestra experiencia de casi tres años utilizando la misma técnica. *El primero:* considerar la obligatoriedad de reseca el meato ureteral conjuntamente con la zona neoplásica cuando es necesario, no se debe trepidar en absoluto, siempre prenda el reimplante, cualquiera que sea el método que se utilice, el uréter suelta perfectamente en la vejiga. *El segundo:* comprender que es indispensable extremar el cuidado utilizando los recursos necesarios para evitar la siembra operatoria de los epitelomas; ésta es a nuestro juicio la causa fundamental de la casi inevitable recidiva inmediata al acto quirúrgico.

Actualmente se acepta que las tres cuartas partes de los tumores de vejiga se ubican en el tercio inferior de la misma y en la vecindad del trígono, es por eso que dentro de nuestro restringido criterio, intentamos resolver el problema, utilizando los recursos que nos parecen apropiados.

Todos sabemos que los tumores de vejiga son en su absoluta mayoría de origen epitelial, y nadie desconoce que una línea no muy neta separa los papilomas benignos de los epitelomas malignos. No es del caso introducirnos en disquisiciones anatomopatológicas, por supuesto, debemos respetar diferentes tipos de carcinomas, cuyas propiedades pueden condicionar la agresividad del tratamiento, pero, en lo que a nosotros atañe, consideramos que es muy ilustrativo establecer esta sola diferencia. El hecho de aceptar la existencia de tumores benignos y malignos, justificaría una orientación terapéutica determinada por la anatomía patológica; en muchos casos, esto se acepta y se ejecuta, sin tener en cuenta que muy frecuentemente los papilomas pierden su característica inofensiva sin que macroscópicamente sea posible discriminar este cambio en el instante oportuno; la membrana basal del pedículo se desintegra, las células transicionales pierden su ordenamiento, cierta avidez tintorial caracteriza al núcleo, y se produce el tremendo misterio, lo que hasta ese momento participaba de las condiciones anatómicas de un órgano, rompe las barreras que frenan su crecimiento, y rápidamente deviene en tumor, esto es lo común, es lo cotidiano, es

lo que todo el mundo acepta; si a esta eventualidad le agregamos la falibilidad de la biopsia, por cuanto se sabe que las células que primero degeneran son las más profundas, tenemos que llegar a la conclusión de que los tumores benignos de vejiga son potencialmente malignos; más que potencialmente, son malignos en lo que a la orientación terapéutica se refiere.

Se siembran y metastatizan; las metástasis son escasas, se producen en un diez a veinte por ciento de los casos y son patrimonio de neoplasias muy avanzadas. Las siembras, y esto es muy necesario tenerlo muy en cuenta, pues condicionan parte de nuestro tratamiento, se efectúan por dos mecanismos: *primero*: por corriente urinaria que al desprender células neoplásicas las deposita en diferentes zonas de la mucosa; y *segundo*: por infiltración submucosa intraparietal.

Emitiremos brevísimos juicios en lo que concierne a los tratamientos; con respecto al médico, diremos que también nosotros hemos caído en la tentación de usar estrógenos en altas dosis; no siempre tuvimos éxito, solamente en dos oportunidades recibimos grata sorpresa, pero pensamos fundadamente que quizás esas neoplasias fueran prostáticas a invasión vesical; la electrocoagulación endoscópica no la utilizamos por cuestión de principios; si solamente es aplicable a los tumores benignos, y nunca tenemos la certidumbre de cuáles lo son, es lógico que nos mostremos reacios a su empleo. Solamente el temperamento quirúrgico a cielo abierto, es a nuestro parecer el que puede ofrecernos esperanzas de éxito duradero; pero eso sí, a condición de actuar decididamente y en forma amplia contra la neoplasia; si hemos aceptado la posibilidad de que el pedículo y la base hayan comenzado a crecer anárquicamente, sin que sea aparente tal contingencia, debemos rechazar la poda de los papilomas, por cuanto este recurso no hace sino determinar condiciones ideales para que la recidiva se presente fatalmente a breve plazo. La cistectomía total seguida de plásticas, es un tema apasionante sobre el que en este momento no entraremos en derivaciones.

Con respecto a la radioterapia, cobaltoterapia, etc., poco podemos decir, excepto que nuestra escasa experiencia personal está de acuerdo con la de los más recientes investigadores; no creemos que este sea el camino para resolver el problema del cáncer de vejiga.

Desde la primera intervención practicada en 1956, hemos establecido como principio que el tumor debe ser extirpado con un amplio trozo de pared de vejiga; pese a todo, teníamos frecuentes recidivas, maravillándonos el hecho de que cuando la neoformación era pequeña y la exéresis poco laboriosa, tuviéramos más recidivas, que cuando una gran neoplasia nos obligaba a efectuar hemicistectomías con trabajosos reimplantes ureterales. Repasando los protocolos operatorios, descubrimos lo siguiente: nuestra técnica para la exéresis amplia comenzaba con una extraperitonización completa de vejiga para facilitar el arribo lateral a la zona del meato; debido a que en las primeras intervenciones la incisión directa del tumor determinaba hemorragias que inundaban el campo operatorio, resolvimos circunscribir la exéresis con clamps curvos, a la manera de Marion, Lowsley; que la contorneaban a prudente distancia, con el objeto de efectuar una correcta hemostasia, y tener una operación en blanco; solamente ese tipo de intervenciones estuvo exento de siembras, si no circunscribíamos con clamps la zona a reseca, la recidiva era fatal. Fué a partir de ese momento que nos dimos cuenta de que las maniobras operatorias tenían

una importancia extraordinaria, recién entonces comprendimos por qué ciertos tumores permanecen dos o tres años con poca modificación, bastando el acto quirúrgico para determinar en pocos meses una prolífica diseminación vesical. Adoptamos pues esa técnica, y en los casos en que la empleamos desde hace tres años, no tuvimos recidivas aunque todos ellos eran portadores de tumores de extrema malignidad. Para mayor abundamiento en la vecindad del tumor antes de escindirlo efectuamos una corona de electrocoagulación profunda con el electrodo de bola, por dentro de la zona delimitada por los clamps. No tocamos el tumor hasta que los clamps están colocados, y aún así, la posibilidad de siembras por contacto en la mucosa, la obviarnos fijando las células neoplásicas con una solución de glicerina fenicada al 50 % de acuerdo con Kirwin.

En resumen: La técnica empleada es la siguiente: enfermo sondado, anestesia peridural continua, incisión mediana de ombligo a pubis, pues en esta intervención es necesario muy buen campo, se llena la vejiga despegando el peritoneo hasta el techo, se abre la serosa, y se efectúa la incisión peritoneal transversal por debajo de la zona adherente, en este momento es necesario vaciar la vejiga para trabajar más cómodamente en profundidad; la extraperitonización se efectúa fácilmente llegando a aislar uréter y deferente con bastante confort, siempre hallamos el deferente sin dificultad, debiendo buscar el uréter por detrás y por dentro del mismo, hay que respetar los pedículos vasculares, se llega sin grandes problemas a aislar el uréter hasta la zona intramural. Recién entonces abrimos la vejiga por el vértice y tomándola con dos pinzas de Allis incidimos a tijera la pared de la misma hasta llegar a tres centímetros de la zona tumoral, inmediatamente aproximadamente a veinte milímetros por fuera de la neoplasia, colocamos los clamps con los que efectuamos una tripsia que a veces llega a laminar el órgano. Debemos reconocer que en oportunidades, cuando la profundidad y ubicación del carcinoma conspiran contra la fácil ejecución de esta técnica, es imposible circundar toda la zona con pinzas hemostáticas, en este caso, las colocamos a medida que avanzamos en la extirpación, pero siempre la pinza debe llegar antes que la tijera, siendo el mejor testimonio la absoluta falta de sangre en la zona.

Acto seguido, e inmediatamente por fuera de la región afectada, utilizando electrodos de bola, efectuamos un trazo continuo de intensa electrocoagulación con el que pretendemos bloquear vasos linfáticos y arteriovenosos, hecho esto, entre la zona electrocoagulada y los clamps, resecamos la zona peritumoral, llegando en ocasiones hasta extirpar la mitad del cuello; con los clamps colocados todavía comenzamos a practicar puntos en X desde la profundidad hacia la superficie, retirando las pinzas de forcipresión a medida que anudamos el catgut.

Cerrada la brecha y en zona alejada de la región neoplásica, utilizando una pinza de Kocher, hacemos un trayecto por transfijión, largo y bastante oblicuo, con el objeto de crear dentro de lo posible un mecanismo esfinteriano constituido por la pared muscular de la vejiga; deslizamos el uréter por ese túnel confeccionando una sutura tipo charnela sobre la mucosa vesical.

Se termina la intervención colocando una sonda Malecot acodada N^o 24 por el orificio de la talla, y un catéter ureteral N^o 16 que sale al exterior por una sonda bout-coupé puesta por uretra, el cierre se hace por planos colocando un rubber en Retzius y otro en el espacio retrovesical.

El postoperatorio inmediato es el habitual; al principio dejábamos la sonda ureteral 15 días o más, ahora la retiramos a los 3 días, inevitablemente la

curación moja mucho durante 1 o 2 semanas; a los 7 días, si las orinas son límpidas, retiramos la sonda hipogástrica y controlamos el buen funcionamiento del catéter uretral; el cierre total de la vejiga lo hemos conseguido en un lapso que oscila entre 20 y 30 días.

El peligro de la dilatación pielocalicial creemos que se ha sorteado merced al túnel de transfixión; en un caso, durante el postoperatorio inmediato, sorprendimos una dilatación alta de tipo transitorio achacable quizás a un edema de la neoboca.

Los enfermos se hicieron irradiar y se efectuaron controles cada 3 meses, no se presentaron recidivas, las vejigas actualmente se hallan perfectamente sanas sin ninguna repercusión sobre el resto del árbol urinario.

A continuación va el resumen de ambas historias clínicas:

Enfermo C. I., 52 años, soltero, pintor, ingresó el 5-5-57 con diagnóstico de neoplasia vesical. En su anamnesis presenta un pasado de ardor miccional y hematurias vesicales de 2 años de antigüedad; al examen psicossomático: bronquitis crónica; orinas turbias; al tacto rectal se palpa una induración de la pared vesical en su vertiente derecha; Cistoscopia: se aprecia masa tumoral infiltrante ubicada a las 7 horas que engloba la zona ureteral. Estudio radiológico: buena eliminación, no hay dilatación ureteropielocalicial, cistograma interrumpido por un defecto de relleno del tamaño de una nuez en la zona perimeática derecha.

Operación: 27-5-57, cirujano: Dr. Aimó; ayudantes: Dres. Merani y Petrone; anestesia peridural; incisión mediana infraumbilical, se extraperitoniza vejiga resecaando entre clamps la zona tumoral con el uréter incluido que se libera y reimplanta en techo de vejiga, cierre con catgut N° 1 cromado, sonda hipogástrica por transfixión, sonda ureteral gruesa que sale por bout-coupé uretral; examen anatomopatológico: carcinoma papilar de células prismáticas con invasión de las capas musculares; grado 3 de Broders (efectuado por el Dr. Eguía, Jefe de Anatomía Patológica del Hospital Pirovano, con protocolo N° 13.150).

30-5-57: Se extrae la sonda ureteral, moja mucho por la herida operatoria, se retira también la sonda hipogástrica y se coloca Malecot por uretra.

7-6-57: Moja mucho por la herida hipogástrica.

10-6-57: Se practica urografía excretora, el riñón derecho elimina bien a los 10 minutos con sus cavidades algo dilatadas.

12-6-57: Herida seca.

15-6-57: Enfermo curado, alta, se envía a irradiar.

Enfermo T. E., 60 años, uruguayo, casado, jubilado. Se interna el 5-6-57 con diagnóstico de neoplasia de vejiga. Su enfermedad actual comienza hace 3 meses con hematuria caprichosa indolora asintomática, con coágulos, que debido a su alarmante frecuencia determinan su internación.

Examen psicossomático general: Nada de particular.

Cistoscopia: Se aprecia masa neoplásica saniosa que cubre de 1 a 5 horas del cuadrante, no se visualiza el meato ureteral.

Radiológicamente: Buena eliminación, se constatan gran falta de relleno en hemivejiga izquierda con dilatación del ureter terminal.

Operación: 22-6-57. Cirujano: Dr. Aimó. Ayudante: Dres. Merani y Di Lella. Anestesia: peridural, incisión mediana infraumbilical, se extraperitoniza vejiga resecaándose entre clamps gran tumoración proliferante que ocupa de las 12 a las 6 horas del cuadrante. Se reimplanta uréter en zona sana de vejiga y se coloca sonda ureteral gruesa que sale por bout-coupé uretral, sonda Malecot acodada N° 24 por talla. Examen anatomopatológico efectuado por el Dr. Eguía, Jefe de Anatomía Patológica del Hospital Pirovano, protocolo N° 13.228: carcinoma trabeculado infiltrante indiferenciado, grado 4 de Broders.

25-6-57: Estado general muy bueno, moja mucho por la herida, se extrae la sonda ureteral.

29-6-57: Moja menos, se extrae la sonda hipogástrica.

7-7-57: Herida seca.

15-7-57: Alta curado, se manda a irradiar.

DISCUSION

Dr. R. Bernardi. — El que habla, que tiene un concepto formado de los tumores de vejiga, sabe la extrema gravedad de los mismos y el poco éxito que se obtiene con la cistectomía parcial. He desistido de practicarlas porque se observan recidivas en un plazo que no excede al de 3 ó 4 años. Por eso me llama la atención la presentación de esos 2 casos donde el lapso es de sólo 2 años. Hubiera deseado que el autor del trabajo, a quien felicito por la técnica operatoria efectuada, los hubiera comunicado más tarde. Para hablar de curación y de éxito operatorio hay que dejar pasar más tiempo desde la operación.

La extrema gravedad está demostrada por lo siguiente: se ha hablado de una técnica operatoria donde se extirpa la mayor cantidad posible de tejido. Primero, se dijo que había que extirpar 1 cm. luego, 2 cms. y finalmente, 3 cms. Los que tenemos experiencia, hemos ido tanto sobre la supuesta zona sana que después no hemos podido cerrar la vejiga. Sin embargo, al cabo

Dr. T. Schiappapietra. — Quisiera que no se perdiera de vista un concepto básico: distinguir lo que es enfermedad de sistema de lo que no es enfermedad de sistema.

En tumores de vías excretoras hay que tener muy en cuenta lo que es enfermedad de sistema, que son tumores vegetantes, que podemos hablar de alguna malignidad, según la región y altura en que está ubicado el tumor vegetante y distinguirlo del tumor eminentemente infiltrativo, donde a veces, con una mucosa en que no se distingue qué es lo que cubre, hay una infiltración que está por fuera de la pared vesical.

Cuando he practicado una cistectomía parcial, compruebo el crecimiento de un tumor vegetante, me preocupo si infiltra la zona donde he reseado o sus vecindades, pero cuando está dictante, me complace verlo porque espero una mejor evolución.

Dr. M. A. Aimó. — Contestando al doctor Bernardi, efectivamente, hay que reconocer, como se dice a principios de mi trabajo, que son frecuentes las recidivas en los tumores de vejiga. Las metástasis en realidad, son escasas.

De acuerdo con mi pequeña experiencia, la recidiva frecuente se establece poco después de la intervención. Lógicamente, no se puede dar por curado a un enfermo a los dos años de la operación. El término medio común que se considera son 5 años, pero en urología, dada la extraordinaria capacidad de recidiva que presentan las vejigas, cuando pasan dos años o dos años y medio se empiezan a despertar sospechas de que el problema está bien encaminado y que presuntamente las cosas han de ir bien.

Si un enfermo con un examen anatomopatológico de tumoración maligna grado 3 ó 4 de la clasificación de Broders, pasados dos años de la intervención, presenta un urograma excretor y una urografía normales, debe pensarse que si bien el temperamento que preconizo tiene cierto parecido con una vulgar carabina cuando se puede hacer centro con esa carabina, quizá pueda emplearse más seguido para obtener algún resultado.

Deseo decirle al doctor Schiappapietra, que no he querido sortear la posibilidad de una diferenciación más detallada en la anatomía patológica. Sabemos que todos los tumores, sean papilomatosos o infiltrantes, recidivan.

La gravedad del tumor vesical es mayor, pero hablamos de mayor o menor gravedad siendo todos graves. Compruebo que haya habido un poco de sorpresa. He tratado otros seis enfermos con el mismo procedimiento, hará cosa de dos años y medio. No los he traído porque no están actualizadas sus historias. Pero habré de presentarlos en una próxima reunión para que puedan interrogarlos. Vale decir, en síntesis, que los enfermos son realmente ocho. Hace dos años y medio que fueron operados por ser portadores de una neoplasia de vejiga de tipo de cierto tiempo, hemos visto cómo desgraciadamente, se producía la recidiva de la tumoración. Podría relatar casos operados últimamente, con amplia cistectomía parcial, en los que se observó no solamente recidiva: intravesicales sino también, injertos parietales.

En este momento, en dos enfermos internados en mi Servicio, en las camas 18 y 32, nos ha pasado lo mismo.

A propósito de esto, deseo traer a colación un caso muy interesante: hace cierto tiempo, operé a una mujer portadora de una neoplasia de vejiga y se nos ocurrió practicar una biopsia a 5 ó 6 cms. de la lesión. Encontramos infiltración de la pared, aun a esa distancia. De modo que considero que estos dos casos, tan bien presentados por el doctor Aimó, antes de realizar alguna formulación sobre el pronóstico y resultado obtenido habría que dejar pasar algún tiempo.

NOTICIAS VARIAS

XXIº CURSO DE UROLOGIA PARA POST-GRADUADOS

dirigido por el Dr. A. Puigvert

con los Médicos del Instituto Dres.: A. Moya, A. Cols, A. Mas Oliver, I. Ponce de León, F. Solé Balcells, J. M^a Pomerol, J. Solé Müllner, J. M^a Cols, P. Doménech, G. del Río, J. M^a Olivé, M^a T. Reus, C. Muiños y C. Elizalde, y la colaboración extraordinaria de los Profs. Dres. V. Carulla, R. Casanellas y A. Rocha (Barcelona), Dr. Alvarez Coca (Bilbao) y los antiguos discípulos del Instituto Dres Junquera Villa (Oviedo) y E. Bilbao (Bilbao).

CANCER EN UROLOGIA

Novedades diagnósticas y terapéuticas

- 1º Tumores renales.
- 2º Tumores perirrenales.
- 3º Tumores pieloureterales.
- 4º Tumores vesicales.
- 5º Tumores de la próstata.
- 6º Fisioterapia en los tumores genito-uritarios.

II cursillo de nefrología. — 1. Alteraciones cardíacas en las glomerulonefritis. - 2. Trombosis de la vena renal. - 3. Nefritis con pérdida de sal. - 4. Dietética de los nefrópatas. - 5. Aortografía.

II cursillo de laboratorio urológico. — 1. Espermatograma. - 2. Determinación de la fructosa en el eyaculado. - 3. Biopsia testicular. - 4. Gonadotrofinas y 17 cetosteroides. - 5. Interpretación clínica de los exámenes de laboratorio en la esterilidad masculina.

El presente curso, que tendrá lugar durante el mes de noviembre de 1959, será desarrollado en el Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Pabellón de la Asunción. Finalizado el curso, los inscritos podrán seguir un periodo de especialización urológica en los distintos departamentos del Instituto.

Agosto de 1959.

Para informes e inscripciones en la SECRETARIA del Instituto de Urología, Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, BARCELONA (9) (España).

HOSPITAL DE LA STA. CRUZ Y SAN PABLO. - Barcelona, España
INSTITUTO DE UROLOGIA

Escuela de Especialización fundada en el año 1945

Director: *Dr. A. Puigvert*

Cuadro médico: Dres. A. Cols Baqués, J. M. Cols Baqués, P. Doménech, C. Elizalde, A. Mas Oliver, A. Moya Prats, C. Muiños, J. M. Olivé, J. M. Pomerol, I. Ponce de León, M. T. Reus, G. del Río, F. Solé Balcells, J. Solé Müllner.

CURSO 1959 - 1960

Noviembre 1959 - XXI Curso Monográfico para Post-Graduados sobre "*Cáncer en urología*".

Abril 1950 - XXII Curso Monográfico para Post-Graduados sobre "*Novedades de la cirugía urológica*".

Los Cursos Monográficos, de 6 días de duración, son de plena dedicación desde las 8.30 de la mañana a las 7 de la tarde, y completados con cursillos complementarios de *Nefrología, Endoscopia, Urografía y Laboratorio*.

Los inscritos al Curso, cuyo número es limitado, pueden continuar sus prácticas en el Instituto durante 6 meses.

CURSO ANUAL DE ESPECIALIZACION UROLOGICA

Enero a Abril de 1960

Horario de trabajo: Dos lecciones teóricas semanales. Lecciones Prácticas: Lunes, visita clínica en *Departamento H.* - Miércoles, visita clínica en *Dispensario*. - Jueves, sesión clínica y revisión de historias. - Viernes, visita clínica en *Departamento M.* - Martes y sábados, *Sesión Operatoria*.

En los estudios clínicos y tratamientos quirúrgicos asisten los alumnos inscritos.

Para completar la información, dirigirse a la Secretaría del Instituto de Urología, Pabellón de la Asunción, Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo BARCELONA (9) - España.

Reglamentación Editorial

(Con las modificaciones aprobadas en la Asamblea Extraordinaria del 26 de Junio de 1952).

- a) El trabajo presentado debe ser original.
- b) Los originales deben ser escritos a máquina, con doble interlínea, sobre un solo lado de las hojas, numerando las páginas, evitando errores de ortografía, sobre todo en idiomas extranjeros.
- c) Título breve (con aclaración en párrafo aparte).
- d) Las citas bibliográficas deben mencionar: 1º. Apellido del autor. 2º. Iniciales de sus nombres. 3º. Título del trabajo. 4º. Título de la revista (abreviado). Año. Volumen. Página.
- e) Los trabajos de casuística deben constar exclusivamente con una historia clínica sucinta con las radiografías o dibujos del caso presentado.
- f) Los socios designados Relatores en jornadas, como así también los que fueren invitados a pronunciar conferencias en nuestra Sociedad, gozarán con respecto a la publicación de la impresión de 10 páginas y 8 sitios para clisés o dibujos. Lo que exceda queda a cargo del autor.
- g) Todo miembro titular o adherente que presente trabajos en nuestra Sociedad queda sujeto al compromiso del pago que demande el texto, clisés y dibujos.
- h) Los apartados de la Revista estarán a cargo de los autores y deberán ser solicitados al hacer entrega de los originales del trabajo (modificación art. 14. - Regl. Revista - Asamblea 22 Julio 1948).
- i) La Comisión de la Revista tiene amplias facultades para publicar o no un trabajo científico. Tendrá en cuenta para resolver en esta materia el valor científico de dicho trabajo.

Estas resoluciones se tomarán después de oír la opinión de todos sus miembros.

ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

Sociedad Argentina de Urología

COMISION DIRECTIVA 1959

<i>Presidente</i>	Dr. Alfredo A. Grimaldi
<i>Vice Presidente</i>	› Luis M. Brea
<i>Secretario</i>	› Juan A. Goldaracena
<i>Tesorero</i>	› Constante Comotto

PRESIDENTES DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA DESDE SU FUNDACION

Dr. Enrique Castaño	Dr. Enrique Castaño
› Gilberto Elizalde	› Guillermo Iacapraro
› Luis Figueroa Alcorta	› Rodolfo de Surra Canard
› Nicolás M. Gaudino	› Miguel A. Llanos
› Carlos Matta	› Alberto E. García
› Antonio Montenegro	› Roberto A. Rubí
› Angel F. Ortiz	› Armando E. Trabucco
› Luis E. Pagliere	› Ricardo Ercole
› Arturo Serantes	› Armando E. Trabucco
› Ricardo Spurr	› Rodolfo I. Mathis
› Gerardo Vilar	› Juan Irazu
› Juan Salleras	› Rodolfo González
› Alejandro Astraldi	› Ricardo Bernardi
› Ubaldo Isnardi	› Alfonso Pujol
› Adolfo Martín López	› Leónidas Rebaudi
› Bernardino Maraíni	› Tomás Schiappapietra
› Francisco E. Grimaldi	› Constante Comotto
› Alfonso von der Becke	› José S. Dotta

MIEMBROS HONORARIOS

Lr. Cacciatore Claudio, Belgrano 1680
Dr. Montenegro Antonio, Santa Fe 1206

MIEMBROS TITULARES

Dr. Alsina Gustavo F., F. de Vittoria 2340
Dr. Alvarez Colodrero W. J., Tucumán 843
Dr. Bernardi Ricardo, Martín García 987
Dr. Berri Diego H., Córdoba 1807
Dr. Bertolasi Alberto, Billinghamurst 684
Dr. Borzone Raúl José, Cochabamba 2737.
Dr. Brea Luis María, Tucumán 1441
Dr. Buzzi Oscar, Juncal 1068
Dr. Carreño Oscar, Ayacucho 1778
Dr. Cartelli Natalio, Tucumán 863
Dr. Casal José, Charcas 788
Dr. Castaño Enrique, Montevideo 592
Dr. Claret Alberto J., Juncal 2174
Dr. Comotto Constante, Arroyo 894
Dr. Dante Julio N., Agüero 2443
Dr. Delporte Tomás, Paraguay 644, Rosario
Dr. Derdoy Juan B., Río IV, Córdoba.
Dr. Di Lella Pedro, Cabildo 1295
Dr. Dotta José S., Paraguay 644, Rosario
Dr. Ercole Ricardo, Paraguay 462, Rosario
Dr. Figueroa Alcorta Luis, Santa Fe 1380
Dr. Firstater Mauricio, Santa Rosa 267, Córdoba
Dr. Fonio Oscar, Entre Ríos 31, Tucumán
Dr. Gálvez Isidoro, 11 de Septiembre 711, S. Fernando, F.C.G.B.M.
Dr. García Alberto E., Paraguay 1352
Dr. Gaudino Nicolás, Callao 67
Dr. Gazzolo Juan José, Santa Fe 3318
Dr. Goldaracena Juan A., Charcas 2346
Dr. González Rodolfo, Av. Colón 126, Córdoba
Dr. Goren Nahum, Córdoba 4580
Dr. Gorodner José, Junín 622
Dr. Granara Costa Antonio, Junín 1127
Dr. Grimaldi Alfredo, Arenales 1648
Dr. Iacapraro Guillermo, Ayacucho 360
Dr. Irazu Juan, Carlos Calvo 618
Dr. Larroude Juan, Santa Fe 1339
Dr. López Adolfo Martín, Callao 611
Dr. Márquez Bustos Julio A., Boyacá 278
Dr. Márquez Fernando José, Díaz Vélez 4253
Dr. Mathis Rodolfo I., Cangallo 2505
Dr. Matta Carlos, Larrea 1429
Dr. Molina Luis Raúl, Godoy Cruz 3209
Dr. Monserrat José L., Cangallo 3780
Dr. Moser Gerardo, Arenales 2483
Dr. Ortiz Arturo B., Callao 433
Dr. Otamendi Belisario, Sarmiento 2106
Dr. Pagliere Luis E., R. Peña 161
Dr. Pereda Juan J., Rioja 1776, Mar del Plata, F. G. R.
Dr. Pujol Alfonso, Entre Ríos 510
Dr. Rebaudi Leónidas, Billinghamurst 1547
Dr. Roccatagliata Rodolfo F., Montevideo 1322
Dr. Rocchi Alberto, Ciudad de La Paz 460
Dr. Rubí Roberto, Arenales 2468
Dr. Sánchez Sañudo L., Gallo 1671
Dr. Sandro Raúl E., R. Peña 95
Dr. Schiappapietra Tomás, Díaz Vélez 4208
Dr. Serantes Lasserre Aurelio, Solís 1361
Dr. Torres Posse Pedro L., Talcahuano 638
Dr. Trabucco Armando, Rivadavia 1917
Dr. Vilar Gerardo, Suipacha 612
Dr. Vilar Jorge, Paraguay 2655.