

Por el Doctor

ALEJANDRO HIGGINSON

de Lima, Perú

ESTUDIO DE LA FUNCIÓN RENAL EN LOS PROSTATICOS

EN el grupo tan numeroso de los prostáticos, es observación diaria encontrar una deficiencia más o menos notable de la función renal. Ninguna extrañeza puede causarnos este hecho si consideramos que la inmensa mayoría de los prostáticos que están en manos del médico, son gente de edad más o menos avanzada. Los repetidos ataques que en el curso de la vida sufren los riñones, órganos sobre los que repercuten casi todos los procesos patológicos, explica muy naturalmente que exista una deficiencia de la función renal simplemente debida a la edad. Esta deficiencia se suma en los prostáticos a la producida por el adenoma en sí, que al trastornar el dinamismo del aparato excretor pieló ureteral, ocasiona una notable repercusión en la función de las glándulas renales. Por una parte, el adenoma en su crecimiento comprime más o menos la extremidad de los uréteres, en su parte terminal, inmediatamente por encima de su abocamiento en la vejiga, y esta compresión trastorna profundamente el peristaltismo normal de los uréteres, creando, como los experimentos han permitido claramente demostrar, las lesiones de retrodilatación con su corolario inevitable la esclerosis renal, que constituye la gran causa de hipo función renal. En otro sentido, el adenoma al perturbar el funcionamiento del cuello vesical, y crear condiciones especiales de estancamiento urinario, agudo o crónico, es también causa de trastornos en la función excretoria ureteropielica, y se suma así la acción perniciosa ejercida sobre la parte terminal de los uréteres por la masa adenomatosa, con la producida sobre ellos por intermedio de los orificios ureterales que reciben la influencia de la retención vesical, contribuyendo a crear las clásicas y conocidas lesiones de dilatación ascendente. La infección de este aparato

urinario colocado en manifiestas condiciones de inferioridad, no se hará esperar, ya sea infección endógena o focal si se quiere, ya más frecuentemente por las maniobras ureterales (cateterismos; exámenes endoscópicos) que estos enfermos necesitan. No es necesario insistir sobre lo que la infección podrá en estos casos hacer en la función renal ya influenciada por las lesiones previas asépticas. El resultado final es la insuficiencia de la función renal, problema de primer orden de Urología, con sus múltiples y discutidos procedimientos de valoración; problema de apreciación delicada y sobre el cual se ha pretendido y aun se pretende fundamentar el pronóstico, no solamente del enfermo de hipertrofia de la próstata, sino aún el pronóstico de la operación radical del adenoma o sea la prostatectomía. Insuficiencia renal, terror de los cirujanos, pues la inmensa mayoría de los fracasos operatorios se resumen en ese complejo conjunto de accidentes que por desgracia sobrevienen con tanta frecuencia en el postoperatorio y a los que hemos convenido en llamar uremias. Todo prostático es pues un insuficiente renal más o menos avanzado; y el conocimiento de esta insuficiencia y sobre todo su valoración es uno de los principales datos que han permitido al rechazar los casos malos, mejorar tan notablemente las estadísticas de operaciones sobre la próstata.

Para valorar la función renal se ha recurrido a procedimientos diversos, muchos ya caídos en olvido; otros aun en uso. Todos estos procedimientos que no voy a analizar ahora sino muy someramente, pueden ser divididos en dos grandes grupos: los procedimientos empíricos y los basados en el estudio de las leyes del funcionamiento de los riñones. Entre los primeros recordaré el azul de metileno, el índigo carmín y la fenoltaleína; entre los segundos la Constante de Ambard; la prueba de Van Slike llamada también índice de depuración ureica (Urea clearance) la prueba de la úrea, por ingestión; y la prueba de la concentración máxima, indiscutiblemente la mejor de todas pero desgraciadamente la que más difícil es de establecer. El año 1929 con motivo del grado de Bachiller en Medicina presenté como tesis un estudio sobre el valor de las pruebas funcionales en el pronóstico operatorio de los prostáticos. Las conclusiones de ese

trabajo que pueden seguirse sosteniendo hoy, eran que todas las pruebas ideadas permitían establecer el estado funcional de los riñones en el momento del examen, pero que no nos podían ofrecer ninguna garantía pues el postoperatorio con sus situaciones tan diversas e inciertas constituía una dura prueba para los riñones muy diferente de las conclusiones existentes en el momento del establecimiento de las pruebas funcionales. Estas conclusiones que son las mismas en las que han caído diversos observadores en distintos países y en diferentes épocas, llevaron hace ya varios años al Profesor Legué, entonces la figura central de la Clínica Urológica de Necker, a proponer estudiar el funcionamiento de los riñones en el curso de situaciones de alteración del estado general, provocadas por la inyección de vacunas o proteínas intravenosas, o sea en suma en el curso de un choc febril provocado. esta investigación a la que se bautizó con el nombre de prueba de la fragilidad renal, colocaba al sujeto en estudio en condiciones algo semejantes a las del postoperatorio y tenía, por consiguiente, un valor pronóstico importante, pues permitía observar cómo se comportaba la función renal en el curso de una situación algo semejante a la del postoperatorio.

Observaciones realizadas desde hace varios años en el Servicio de Vías Urinarias del Profesor Pazos Varela, me han permitido encontrar un medio sencillo y valioso a la vez, de determinar la función renal en el curso de una situación que reproduce con bastante fidelidad la del postoperatorio de los prostatectomizados y permite, por consiguiente, hacer un pronóstico funcional renal en los futuros operados. Este medio consiste en estudiar las concentraciones ureicas en la orina durante los cinco o seis días que siguen a la cistostomía o talla vesical, que constituye generalmente el primer tiempo de la prostatectomía. Un enfermo cistostomizado se encuentra sometido a una serie de condiciones que son las mismas en las que se encontrará después de la extirpación de su adenoma. En efecto, hay una anestesia, que aunque generalmente es la local, no deja de tener repercusión en el estado general y en la función renal; una incisión, con la consiguiente traumatización de tejidos y hemorragia más o menos abundante; hipoalimentación y restricción de

bebidas con la consiguiente oliguria, pues aunque el médico no las prohíba, los enfermos no aceptan hacerlo como normalmente; por último la práctica diaria enseña que las cistostomías son casi siempre seguidas de un postoperatorio febril más o menos intenso y prolongado, y cuya explicación es dada por factores muy diversos. En estas condiciones hacen una crisis de hiper azohemia postoperatoria sobre cuyo mecanismo la escuela francesa ha establecido brillantemente cátedra. En primer lugar, todos estos enfermos, como lo hemos hecho notar en las líneas iniciales, son por su edad y por la repercusión que el adenoma ha impreso en su aparato urinario insuficientes renales más o menos avanzados. Y esta insuficiencia recae sobre cantidad y calidad de parénquima renal; de manera que al lado de zonas de parénquima nulas funcionalmente, hay otras activas pero cuya calidad, caracterizada por el poder de concentrar está disminuída. La concentración máxima de estos riñones nunca será pues del orden normal de 55 gramos por litro para la úrea, que es la substancia universalmente escogida para medirla: sino que estará más o menos rebajada, alcanzando cifras de 30 ó 25 por mil, aun suficientes, o inferiores y cada vez más amenazadoras de una posible uremia. Cuando más rebajada esté la concentración máxima o sea cuanto más alterada esté la calidad del parénquima renal, más fácil será que en el curso de una crisis de hiper azohemia estos riñones se vean obligados a trabajar a concentración máxima. Reuniéndose en el postoperatorio de la talla vesical las condiciones ya establecidas, de hiper azohemia y de concentración máxima ureica rebajada, siguiendo la marcha de la concentración de la úrea en las orinas durante varios días, hacemos prácticamente una prueba de la concentración máxima de estos riñones, en momentos en que están sometidos a las anormales circunstancias del postoperatorio, y por consiguiente, establecemos la manera de comportarse la función renal en una situación que es casi la misma que la que va a establecerse después de la prostatectomía. El valor de esta prueba funcional es así inmensamente superior a todo lo establecido hasta hoy al respecto, y en los casos estudiados que pasan ya de cien, se ha mostrado exacta en sentido afirmativo y negativo, es decir, dando pronósticos buenos y malos, confirmados a posteriori.

Las observaciones que sirven de fundamento a este trabajo, son numerosas y no voy naturalmente a enumerarlas, bastando citar algunas escogidas que pueden servir de ejemplos de la utilidad de este criterio funcional sencillo y valioso, en el pronóstico operatorio de los prostáticos.

Observación 1. Sujeto de 70 años de edad. Cistostomía con anestesia local. Temperaturas a 38 grados durante cinco días.

	Volumen urinario	Concentr. ureica por mil
1er. día	500 c. c.	20 grs.
2o. »	500 c. c.	20 »
3er. »	600 c. c.	30 »
4o. »	800 c. c.	21 »
5o. »	1.100 c. c.	18 »

Dos semanas después prostatectomía bajo la fe de estas pruebas. Temperaturas a 37 grados 5 décimas durante tres días. Anestesia al Penthosal sódico.

	Volumen perdido	
1er. día		29 grs.
2o. »	Id.	28 »
3er. »	800 c. c.	19 »
4o. »	1.200 c. c.	15 »
5o. »	1.800 c. c.	10 »

Observación 2. Sujeto de 66 años de edad. Cistostomía con anestesia local. Temperaturas a 39 grados durante tres días.

1er. día	800 c. c.	22 grs.
2o. »	900 c. c.	27 »
3er. »	1.200 c. c.	18 »
4o. »	1.600 c. c.	14 »
5o. »	1.800 c. c.	13 »

Tres semanas después, prostatectomía. Anestesia al Penthosal sódico.

1er. día	Volumen perdido	19 grs.
2o. »	id.	26 »
3er. »	500 c. c.	29 »
4o. »	900 c. c.	17 »
5o. »	1.400 c. c.	11 »

Observación 3. Sujeto de 65 años de edad. Cistostomía con anestesia local. Temperaturas a 37 grados 8 décimas durante cuatro días.

	Volumen urinario	Concentr. ureica por mil
1er. día	600 c. c.	20 grs.
2o. »	600 c. c.	27 »
3er. »	900 c. c.	28 »
4o. »	1.200 c. c.	21 »
5o. »	1.400 c. c.	14 »

Dos semanas después prostatoctemía. Anestesia al Penthosal sódico. Temperatura a 37 grados 2 décimas durante tres días.

	Volumen perdido	
1er. día		12 grs.
2o. »	id.	24 »
3er. »	400 c. c.	31 »
4o. »	1.200 c. c.	13 »
5o. »	1.400 c. c.	9 »

En estas tres operaciones el postoperatorio de la cistostomía *ha sido febril* como acontece casi siempre, y las concentraciones ureicas alcanzadas, teniendo muy probablemente el *valor de máximas*, son lo suficientemente elevadas para permitir un buen pronóstico funcional renal después de la prostatectomía, en que la situación del riñón va a ser análoga a la atravesada después de la talla.

La prostatectomía hecha bajo la fe de estas pruebas, confirmó los datos pronosticados.

Observación 4. Sujeto de 59 años de edad. Cistostomía con anestesia local. Postoperatorio sin fiebre.

	Volumen urinario	Concentr. ureica por mil
1er. día	700 c. c.	32 grs.
2o. »	900 c. c.	26 »
3er. »	1.300 c. c.	15 »
4o. »	1.500 c. c.	12 »
5o. »	1.800 c. c.	9 »

Prostatectomía ocho días después. Anestesia al Penthosal sódico. Postoperatorio febril a 37 grados 8 décimas durante tres días.

	Volumen urinario	Concentr. ureica por mil
1er. día	Volumen perdido	17 grs.
2o. »	id.	25 »
3er. »	400 c.c.	29 »
4o. »	1.600 c.c.	12 »
5o. »	1.900 c.c.	8 »

Observación 5. Sujeto de 71 años de edad. Cistostomía con anestesia local. Postoperatorio sin fiebre.

1er. día	900 c.c.	20 grs.
2o. »	950 c.c.	20 »
3er. »	1.600 c.c.	14 »
4o. »	1.800 c.c.	10 »
5o. »	1.900 c.c.	11 »

Un mes después prostatectomía con anestesia al Penthosal sódico. Postoperatorio febril a 38 grados durante dos días.

1er. día	Volumen perdido	22 grs.
2o. »	id.	20 »
3er. »	1.600 c.c.	11 »
4o. »	1.800 c.c.	9 »
5o. »	1.700 c.c.	9 »

Observación 6. Sujeto de 60 años de edad. Cistostomía con anestesia local. Postoperatorio sin fiebre.

1er. día	1.100 c.c.	26 grs.
2o. »	1.400 c.c.	16 »
3er. »	1.900 c.c.	8 »
4o. »	1.300 c.c.	11 »
5o. »	1.600 c.c.	10 »

Dos semanas después prostatectomía. Anestesia al Penthosal sódico. Postoperatorio febril a 37 grados 8 décimas durante tres días.

	Volumen urinario	Concentr. ureica por mil
1er. día	Volmen perdido	27 grs.
2o. »	id.	20 »
3er. »	900 c.c.	18 »
4o. »	1.200 c.c.	12 »
5o. »	1.600 c.c.	9 »

En estas tres observaciones el postoperatorio de la talla *ha sido apirético*, lo cual es *menos frecuente*. No obstante la ausencia de fiebre las *concentraciones han sido lo suficientemente* elevadas para permitir fundamentar un buen pronóstico funcional renal, lo que el postoperatorio de la prostatectomía confirmó en forma amplia.

Observación 7. Sujeto de 75 años de edad. Cistostomía con anestesia local. Temperaturas a 37 grados 5 décimas durante tres días.

1er. día	600 c.c.	11 grs.
2o. »	800 c.c.	13 »
3er. »	800 c.c.	12 »
4o. »	1.000 c.c.	8 »
5o. »	1.000 c.c.	10 »

Un mes después prueba de la úrea por ingestión. (Normal para una ingestión de 15 gramos, en volúmenes inferiores a 100 c.c. por hora, 30 grs. por mil)

Resultado: 1a. hora	60 c.c.	Urea por litro	12 grs.
2a. hora	80 c.c.	id.	10 »
3a. hora	90 c.c.	id.	8 »

Tres meses después nueva prueba.

Resultado: 1a. hora	50 c.c.	Urea por litro	10 grs.
2a. hora	80 c.c.	id.	8 »
3a. hora	70 c.c.	id.	12 »

Cuatro meses más tarde muerte por uremia en el curso de un proceso de bronco neumonía gripal.

Observación 8. Sujeto de 79 años de edad. Cistostomía con anestesia local. Temperatura a 38 grados 2 décimas, durante cuatro días.

	Volumen urinario	Concentr. ureica por mil
1er. día	600 c. c.	7 grs.
2o. »	800 c. c.	9 »
3er. »	900 c. c.	10 »
4o. »	1.000 c. c.	6 »
5o. »	900 c. c.	6 »

Dos meses después prueba de la urea.

Resultado: 1a. hora	60 c. c.	12 grs.
2a. hora	50 c. c.	8 »
3a. hora	50 c. c.	11 »

Dos meses después muerte por uremia en el curso de un proceso febril por escaras infectadas.

Observación 9. Sujeto de 68 años de edad. Cistostomía con anestesia local. Temperatura a 37 grados 8 décimas, durante dos días.

1er. día	600 c. c.	12 grs.
2o. »	700 c. c.	10 »
3er. »	800 c. c.	9 »
4o. »	800 c. c.	10 »
5o. »	900 c. c.	8 »

Tres meses después prueba de la urea por ingestión.

Resultado: 1a. hora	60 c. c.	10 grs.
2a. hora	70 c. c.	8 »
3a. hora	90 c. c.	7 »

Cuatro meses después nueva prueba de la urea.

Resultado: 1a. hora	40 c. c.	12 grs.
2a. hora	60 c. c.	12 »
3a. hora	60 c. c.	8 »

Siete meses después muerte por uremia en el curso de una crisis de insuficiencia cardíaca.

En estas tres observaciones el post operatorio de la talla ligeramente febril se acompañó de concentraciones ureicas tan pobres que no se llegó a la prostatectomía por temor de uremia. Pruebas funcionales efectuadas en plazos diversos (ingestión de urea) dieron resultados francamente deficientes. Los tres casos terminaron por uremia en el curso de incidentes diversos. Es de notar que la cistostomía en estos casos resulta frecuentemente causa de uremia y muerte del enfermo, siendo en los servicios de Urología tan fuerte el porcentaje de mortalidad por talla, como el de la prostatectomía.

Observación 10. Sujeto de 63 años de edad. Cistostomía con anestesia local. Post operatorio sin fiebre.

	Volumen urinario	Concentr. ureica por mil
1er. día	800 e.e.	6 grs.
2o. »	700 e.e.	7 »
3er. »	900 e.e.	10 »
4o. »	900 e.e.	9 »
5o. »	800 e.e.	7 »

Dos meses después prueba de la urea por ingestión.

Resultado: 1a. hora	70 e.e.	6 grs.
2a. hora	80 e.e.	8 »
3a. hora	70 e.e.	8 »

Dos meses más tarde nueva prueba de la urea.

Resultado 1a. hora	60 e.e.	12 grs.
2a. hora	70 e.e.	14 »
3a. hora	60 e.e.	15,60 »

Prostatectomía con anestesia al Penthosal sódico pocos días después. Operación muy fácil. Posoperatorio sin fiebre.

	Volumen urinario	Concentr. ureica por mil
1er. día	Volumen perdido	6 grs.
2o. »	id.	8 »
3er. »	500 c. c.	7 »
4o. »	600 c. c.	8 »
5o. »	600 c. c.	9 »
6o. »	el enfermo está muy mal; hay	manifiestos signos de uremia.
	500 c. c.	8 »
7o. »	700 c. c.	7 » úrea en sang. 5,80
8o. »	600 c. c.	7 »
9o. día	fallecimiento.	

Observación 11. Sujeto de 63 años de edad. Cistostomía con anestesia local. Posoperatorio febril a 38 grados 5 décimas, cuatro días.

1er. día	600 c. c.	28 grs.
2o. »	800 c. c.	31 »
3er. »	1.000 c. c.	32 »
4o. »	1.000 c. c.	26 »
5o. »	1.600 c. c.	13 »

Prostatectomía con anestesia al éter, dos semanas después. Postoperatorio febril a 39 grados, durante tres días.

1er. día	Volumen perdido	6 grs.
2o. »	id.	17 »
3er. »	800 c. c.	24 »
4o. »	900 c. c.	30 »
5o. »	1.400 c. c.	14 »

Observación 12. Sujeto de 70 años de edad. Cistostomía con anestesia local. Postoperatorio febril a 37 grados 8 décimas, durante dos días.

1er. día	600 c. c.	28 grs.
2o. »	700 c. c.	35 »
3er. »	700 c. c.	24 »
4o. »	1.200 c. c.	12 »
5o. »	1.800 c. c.	12 »

Prostatectomía con anestesia al éter después de diez días. Postoperatorio febril a 38 grados, durante seis días.

	Volumen urinario	Concentr. ureica por mil
1er. día	Volumen perdido	3 grs.
2o. »	id.	12 »
3er. »	300 c.c.	24 »
4o. »	900 c.c.	33 »
5o. »	1.100 c.c.	20 »

Observación 13. Sujeto de 71 años de edad. Cistostomía con anestesia local. Posoperatorio febril a 37 grados 8 décimas, durante cuatro días.

1er. día	300 c.c.	26 grs.
2o. »	600 c.c.	34 »
3er. »	900 c.c.	30 »
4o. »	1.000 c.c.	21 »
5o. »	1.300 c.c.	14 »

Prostatectomía con anestesia al éter diez días después. Postoperatorio febril a 39 grados 5 décimas, durante cinco días.

1er. día	Volumen perdido	6 grs.
2o. »	id.	14 »
3er. »	600 c.c.	21 »
4o. »	700 c.c.	32 »
5o. »	1.500 c.c.	19 »

En estas tres observaciones el postoperatorio de la talla ha sido seguido de concentraciones ureicas muy buenas, que han permitido fundamentar un buen pronóstico funcional renal, confirmado después de la prostatectomía. Es de notar que cuando como en estos casos se hace anestesia al éter, las concentraciones son pobres el primer día y rápidamente se elevan, llegando a las cifras previstas. Esto es la característica de los procesos de nefritis funcional, la que es, sobre todo, acentuada con las anestias al éter.

ANTECEDENTES, TITULOS Y TRABAJOS

del Dr. ALEJANDRO HIGGINSON

Bachiller en Medicina el año 1929. Tesis: "Valor de las pruebas funcionales del riñón en el pronóstico operatorio de los prostáticos".

Médico y cirujano en junio de 1929. Asistente del Servicio de Vías Urinarias del Hospital Dos de Mayo en 1930.

Jefe de Clínica de Vías Urinarias de la Facultad de Medicina en 1931.

Catedrático principal interino del curso de Urología el año 1935.

Presidente de la Sociedad de Urología, de la que fué miembro fundador el año 1933-1934 y el 1940-1941.

Urólogo del Hospital Italiano de Lima, en el año 1938.

Miembro fundador de la Asociación Médica Peruana.

Miembro fundador y Presidente actual del Comité Peruano Abolicionista.

Miembro de la Academia Peruana de Cirugía y de la Liga Nacional de Higiene y Profilaxis Social.

Miembro Honorario del Círculo Brasileiro de Educação Sexual.

Miembro Correspondiente extranjero de la Sociedad Venezolana de Urología.

Trabajos publicados:

Estudio de factor peso en la Constante de Ambard. (Anales Hospitalarios), 1938.

Urografía excretoria. (La Voz Médica), 1931.

Divertículos vesicales complicando el adenoma de la próstata. (Boletín de la Sociedad de Cirugía), 1932.

Influencia de la fiebre en la Constante de Ambard. (Rev. Méd. Peruana), 1932.

Tuberculosis renal y Constante de Ambard. (Rev. Méd. Peruana), 1930.

Dilatación quística de la extremidad inferior del uréter, (Boletín de la Soc. de Urología), 1934.

La cancerización del adenoma de la próstata, (Rev. Médica Peruana), 1930.

Absceso caliente de la vesícula seminal, (Rev. Médica Peruana), 1934.

La resectomía en el tratamiento de los prostáticos, (Rev. Méd. Peruana), 1933.

Cuarta enfermedad venérea. Comunicación al II Congreso Nacional de Medicina, Lima, 1935.

Nefritis funcional. Comunicación a la Sociedad de Urología, año 1935.

Neoplasma del epidídimo. (Boletín de la Sociedad de Urología), año 1934.

Sobre el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis genital en el hombre. (Gaceta Peruana de Medicina y Cirugía), año 1937.

La Acetostomía interna. (Gaceta Peruana de Medicina y Cirugía), año 1938.

Clasificación etiológica de las Cistitis. (Rev. Médica Peruana), año 1941.

DISCUSIÓN

DR. ASTRALDI. — *Pido la palabra para molestar por breves minutos la atención de mis distinguidos colegas.*

Debo hablarles sobre la Confederación Americana de Urología. Mi espíritu en aquel entonces no fué más que uno: la creación de sociedades de urología en los distintos países de América y tanto más hoy que estamos en ese tren de panamericanismo, me obliga a algo más. Hoy día en las facultades de medicina, la clínica urológica constituye una especialidad que se diferencia de la anatomía patológica.

Cuba, al igual que Venezuela, ya tiene su sociedad de urología.

Les quiero solicitar a mis colegas que el profesor Antonio Borjas, de Venezuela, sea nombrado miembro corresponsal de la Sociedad

Argentina de Urología. El doctor Borjas es doctor en ciencias médicas de la Universidad Central de Venezuela; profesor por concurso de clínica urológica en la Facultad de Medicina; antiguo profesor de patología quirúrgica en la Facultad de Medicina; miembro electo de la Academia Nacional de Medicina; cirujano jefe de servicio del Hospital Vargas; director del Dispensario Urológico de la Casa de Beneficencia; profesor honorario de Patología Quirúrgica en la Escuela Nacional de Enfermeras; Presidente de la Sociedad Venezolana de Urología; miembro correspondiente de la Sociedad Cubana de Urología y miembro de las siguientes instituciones: de la Sociedad Venezolana de Ginecología y Obstetricia; de la Sociedad de Médicos y Cirujanos de los Hospitales; de la Sociedad Internacional de Cirugía y del Colegio Internacional de Cirujanos.

Desde ya quiero expresarles que estas personas nos corresponden con igual atención. El profesor Higginson de Lima me ha solicitado los nombres del Presidente y del Secretario de la Sociedad Argentina de Urología para ser designados miembros corresponsales de la similar peruana.

Pido entonces, que si no hay inconveniente, el doctor Borjas sea designado miembro corresponsal de la Sociedad Argentina de Urología.

Sr. Presidente DR. CASTAÑO. — Creo que de acuerdo con la práctica establecida de tratar de vincular nuestra Sociedad con las Sociedades de Urología americanas, no habrá inconveniente en aceptar como miembro corresponsal de nuestra Sociedad, a una personalidad como lo es el doctor Antonio Borjas, Presidente de la Sociedad Venezolana de Urología y profesor titular de clínica urológica.

—Asentimiento.

—Se designa miembro corresponsal extranjero de la Sociedad Argentina de Urología al profesor Antonio Borjas.