

Por el Doctor

MIGUEL S. MOSQUEIRA

DE COMO SE ABORDA EL PROBLEMA DE LA LITIASIS RENO-URETERAL EN EL ST. HEDWIG, HOSPITAL DE BERLIN

Es útil conocer el criterio que tienen en uno de los servicios urológicos más grandes del mundo, donde, de las 240 camas, el 32 % son litiasicos del riñón o del uréter.

Vamos a hacer el comentario de lo que hemos visto, durante esos dos años que tomamos parte activa en el trabajo diario actuando además en casi todas las intervenciones de Heckenbach como primer o segundo ayudante.

Dejo constancia aquí de mi profundo agradecimiento a nuestro Jefe por habernos brindado esa oportunidad, habernos creado una cantidad de inquietudes sobre las modificaciones de los temperamentos considerados hasta hoy clásicos y por habernos hecho la distinción al doctor García y a mí de presentarlo en nuestro país.

Para ser ordenados seguiremos al enfermo desde que entra al Hospital hasta que sale.

1) El enfermo es primeramente examinado en todos sus órganos y aparatos, para formarse de él un concepto.

2) Se le hace luego una radiografía simple de todo el árbol urinario, sin preparación previa. Radiografía que toma de undécima dorsal a pubis, y a pelvis abierta, para evitar que la sombra pubiana oculte un cálculo.

3) Se hace después una toma de sangre para Wassermann y para dosar úrea, ácido úrico, indicán (esperan un mal postoperatorio cuando está aumentado), glucosa, cloruro de sodio, calcio, y en casos especiales bilirrubina y diastasas.

4) Análisis completo de orina donde se da especial importancia para la recidiva de litiasis, a la reacción y a la calidad de gérmenes que aparecen el sedimento: cocos o bastoncitos (esperan recidiva cuando no consiguen en el post-operatorio acidificar la orina y terminar con los cocos. Al colí no le dan importancia).

5) Prueba de la dilución y de la concentración.

6) Cistoscopia y prueba del "índigo carmín", a esta prueba no le dan un gran valor para plantear una operación conservadora o no, pues puede haber un buen parénquima y una mala eliminación, a consecuencia de una retención en el bacinete. Se hacen 10 c.c. a 10 % de inyección intramuscular, para poder apreciar las pequeñas variaciones de tonalidad del azul, pues no sale en forma tan concentrada como en la endovenosa (aparece normalmente a los 9'). Esta misma cistoscopia permite el cateterismo del lado enfermo, el estudio bacteriológico de esa orina, y la uréteropielografía, que además de localizar al cálculo nos hablará del estado del sistema pieloureteral del lado enfermo (en casos especiales se completa con un pneumograma del sistema).

Se ahorra la cistoscopia a veces reemplazándola por la radiografía excretora (Uroselectán), en los niños, enfermos nerviosos, viejos y enfermos con anexos infectados, ya que en estos últimos, la cistoscopia podría despertar la infección latente en esos anexos. También se hace la pielografía con Uroselectán, cuando los datos obtenidos con la pielografía ascendente no satisfacen. Esta pielografía excretora informará sobre tres cosas:

a) Sobre la función renal. Aunque la escuela francesa niega generalmente que la radiografía excretora sirva para estudiar la función renal, en esa Clínica que se tiene sobre esta exploración una enorme experiencia (la pielografía ascendente y la descendente nacieron en esa casa), se juzga la función renal por la nefrografía (cantidad substancia que infiltra el parénquima) y por la cantidad de medio de contraste que aparece en la vejiga en determinado tiempo. La primera placa se saca a los 15', la segunda a los 30', y si hay necesidad de una tercera, entre los 45' y 1 hora y sólo sobre el lado enfermo.

b) Con la radiografía excretora se ve generalmente lo que paso por encima del obstáculo, y a veces un cálculo que se presu-

mía en el interrogatorio y que no se veía en la radiografía simple, se delata por la detención del medio de contraste en determinado sitio.

c) Se tiene un concepto del estado del lado opuesto.

Con estos conocimientos, ya pueden trazar el camino a seguir:

Renunciar al tratamiento;

Tratamiento expectante;

Tratamiento quirúrgico.

SE RENUNCIA A TRATAR

a), cuando el cálculo es de importancia secundaria con relación a otra enfermedad, ya sea del riñón o del otro órgano;

b), cuando se está en presencia de un riñón único, y el cálculo por su situación (en un cáliz, por ejemplo) o por su tamaño, no crea trastornos de evacuación.

TRATAMIENTO EXPECTANTE

Cuando el cálculo es chico y el enfermo tiene cólicos, se puede esperar que con una ayuda sea expulsado. Para eso cuentan allí con el "baño de intestino" que consiste en un lavado de todo el intestino grueso (bajo el agua caliente para disminuir la tensión de las paredes abdominales) con gran cantidad de líquido (10 a 40 litros). El enfermo se introduce en la bañera llena de agua caliente y recibe en su recto una cánula a la que llegan dos conductos, uno estrecho que da entrada al líquido, y otro grueso que le da salida cargado de materias fecales. El líquido se dirige al intestino con intensidad regulable, de modo que éste pueda evacuarlo por su propia fuerza, y recibe una nueva cantidad de líquido después de cada evacuación. Esta gimnasia abdominal despierta el peristaltismo de todos los órganos intra-abdominales, entre ellos la pelvis y el uréter. Antes y después del baño el enfermo toma alrededor de 2 litros de té. Después del baño, inyecciones de hipofisina, sacudimientos, etc.; todo esto orientado con el fin de estimular el cólico nefrítico.

Si el cólico no se produce, se hace un cateterismo y se inyecta en el uréter glicerina.

Si el meato es puntiforme, se electrocoagula su ángulo superior. Si existe una estrechez, se deja unos días sonda ureteral per-

manente, o se hace la dilatación progresiva con olivas. Después de todo esto, se reintegra el paciente a sus tareas. Algunos días después, si el cálculo permanece en el mismo sitio, o si por el contrario, ha ascendido, se interviene.

INTERVENCION

Generalidades. — Antes de operar, tratan todos los focos supurados: amígdalas, dientes, senos. Si la orina es alcalina tratan de transformarla en ácida con inyecciones de neosalvarsán y régimen. De 8 a 15 días, después el paciente se opera.

Se tiene tendencia al temperamento conservador. Los resultados están en estudio y no permiten todavía formar juicio definitivo.

Cuando hay una infección aguda de riñón, no se hace si es posible la nefrectomía. Heckenbach ha observado que por alteraciones post-operatorias del metabolismo o por alguna otra causa aún no explicada, se forma inmediatamente un cálculo en el lado opuesto, sobre todo cuando se está en un terreno litogénico. Por eso tratan de enfriar los procesos agudos antes de operar, o asumen, si no pueden esperar, una actitud conservadora. Por ejemplo, extracción del cálculo, drenaje de nefrostomía y nefrectomía secundaria algunas semanas después.

Si el cálculo coraliforme ocupa una parte del riñón y es factible con la resección de un polo librado de su litiasis, se hace.

Si la litiasis es doble, se prefiere generalmente operar primero el lado menos alterado.

Los instrumentos que se usan son los corrientes pero largos. Además, pequeños separadores para el hilio renal, una cureta flexible, tenaza para cálculos, aguja de Deschamps, un Kocher o clivador, un ganchito para movilizar el cálculo dentro del uréter o del bacinete, la tenaza curva de Lichtenberg para extraer el cálculo de un cáliz o para conducir la sonda de drenaje de nefrostomía y un aspirador eléctrico de secreciones.

La anestesia es la peridural de Pagés con Pantocaína al 2 por mil, 30 ó 40 c.c., según el peso del individuo o según se presume la intervención corta o larga. Después de inyectados los últimos 10 c.c. y en el momento de entrar el enfermo en la sala de operaciones, recibe una inyección de E.E.E. endovenosa. (Se inyecta 1 c.c.

Con esta inyección, el descenso de la presión arterial no se hace tan brusco ni llega a cifras tan bajas; el enfermo dormita tranquilo, respira profundamente y no sufre con la molesta posición que requiere la intervención sobre el riñón. Hay euforia y amnesia retrógrada, y como no se da cuenta de lo que ocurre en el acto operatorio, el shock es menor.

Los resultados de la anestesia peridural son satisfactorios después de 5.000 casos. Disminuyen con ellas las complicaciones pulmonares, intestinales, y los cuidados post-operatorios que exigen los enfermos que han tomado anestesia general. Si alguna vez, por excepción la anestesia resulta mala, no hay inconveniente en dar al enfermo unas aspiraciones de anestesia general.

Aquí se hacen todas las operaciones con dos ayudantes y una instrumentadora.

Litiasis de Calices y Bacinete.— Estos cálculos se extraen en el 95 % de los casos por pielotomía aunque sean coraliformes. La incisión del parénquima es la excepción.

El abordaje del riñón, se hace resecaando la 12^a costilla. Tiene esta incisión la ventaja de dar un buen campo, de respetar algo más la cincha abdominal, y como cae directamente sobre el riñón, no exige durante la exteriorización del órgano el estiramiento exagerado del pedículo, que cuando se prolonga demasiado, deja trastornos indelebles en la circulación del parénquima.

La incisión habitualmente es muy pequeña. Con esto se disminuye el shock y el dolor post-operatorio. Se ahorra el manejo del peritoneo con las complicaciones intestinales que trae aparejado y el enfermo puede levantarse antes.

Una vez liberado el riñón de su atmósfera se lo exterioriza y es sujetado por el primer ayudante con una rienda. En esta forma el operador puede trabajar cómodamente en la cara posterior del bacinete. Es interesante seguir esta técnica porque tiene todo a la vista. Con pinzas o con el Kocher se libera bien la pelvis de su grasa y de su adventicia, y se aparta el seno renal que la recubre. Hecho esto se levanta el seno con dos pequeños separadores, y se puede poner así al descubierto hasta 4 ó 5 centímetros de bacinete intrasinusal. Bien descubierta la cara posterior de la pelvis, se la incide económicamente. Si el cálculo es en este momento accesible, se lo

moviliza con el gancho y se lo extrae. Si está profundamente situado en el extremo de un cáliz, palpando y eligiendo instrumentos adecuados, es posible casi siempre alcanzarlo. Si se duda de que pudo haber quedado algún fragmento, se hace una radiografía en la mesa de operaciones con el aparato portátil. Si se considera que el cálculo ha salido totalmente, se absorben las secreciones con el aspirador y se repasan las cavidades con pequeñas torundas de gasa. Si el cálculo era muy blando y desmenuzado se hace un lavaje de las cavidades con suero fisiológico.

Cuando las cavidades están dilatadas y el cálculo es chico conviene ser cuidadoso en la movilización del riñón para no desplazar la piedra y si es posible fijarla durante la exteriorización del órgano, entre el pulgar y el índice de la mano izquierda. Cuando hay dificultades para encontrar el cálculo, las soluciona a veces el cirujano sacándose el guante o cambiando de lado.

En lo que al drenaje de nefrostomía se refiere, Heckenbach trata de evitarlo siempre que puede. Considera que la nefrostomía "mal indicada" puede provocar en el post-operatorio la formación de nuevos cálculos por acción irritante de cuerpo extraño, y por la alcalinidad de la orina que provoca de ese lado.

Cuando por razones de gran infección, traumatismo operatorio o gran dilatación de las cavidades deja drenaje, fija el riñón con un punto de U para que la sonda, que traspasa el cáliz inferior salga rectamente al ángulo superior de la herida cutánea y evitar así una acodadura que obligaría a una reintervención para ser corregida, pues el riñón tiene tendencia a descender después de ser movilizado.

Pero, generalmente, una vez extraído el cálculo cierra la incisión de pielotomía con 2 ó 3 puntos de catgut, de cápsula para mejorar la pielonefritis que generalmente acompaña a la litiasis y si lo considera necesario, hace con un punto en el psoas la nefropexia. Si hay poco parénquima, conserva la cápsula para su sostén.

LITIASIS DEL URETER

Es una operación de oportunidad cuya indicación y cuyo éxito dependen del momento en que se practique. Hay que saber esperar y también saber actuar en el momento preciso.

Si hay un cálculo en el uréter y otro en el bacinete, tratan de empujar antes de la operación el del uréter hacia la pelvis renal para simplificar la intervención.

Unos minutos antes de la operación debe repetirse la radiografía para cerciorarse de que el cálculo no se ha desplazado.

Si hay temperatura se debe tratar de enfriar el proceso colocando una sonda ureteral durante 3 ó 4 días, para no operar en período febril agudo, así se evitan embolias, tromboflebitis, y otras complicaciones. Si la temperatura no baja, es porque la sonda drena mal o hay un proceso de pielonefritis aguda agregado.

La posición que se da al enfermo para esta operación es la que se adopta para hacer una cistoscopia, pues ella permite una ubicación entre las piernas del enfermo y de un 2º ayudante.

Hacen la común incisión inguino-abdominal y después de rechazado el peritoneo y abordado el uréter, el primer cuidado es pasar una cinta por debajo de él con ayuda de una aguja de Deschamps, pues como el uréter está dilatado por encima del cálculo, podría éste escaparse al bacinete con las maniobras operatorias. Esta cinta es sostenida durante toda la operación por el primer ayudante. Una vez el uréter levantado, se inmoviliza el cálculo, sea pasando una aguja de Deschamps por debajo de él, sea colocando el dedo; se incinde el uréter y se extrae la piedra. Si se considera necesario, se explora el canal con una bujía, si no, se cierra el uréter con dos o tres puntos de catgut (lo mejor es hacer esta exploración antes de intervenir para conocer bien el terreno a operar y para evitar una perforación).

Cuando un cálculo está situado en el extremo superior del uréter y otro en el inferior, Heckenbach aborda el primero por una incisión lumbar, un poco baja para llegar al uréter sin entrar en la atmósfera perirrenal (en esta forma ahorra algo del traumatismo operatorio, pues evita la movilización del riñón) y en el mismo acto quirúrgico, aborda el cálculo inferior con la incisión habitual.

Dejar drenaje ureteral una vez extraído el cálculo no es necesario aunque haya dilatación e infección. La dilatación por encima del obstáculo es funcional, paralítica; suprimiendo el obstáculo, el uréter recobra pronto su tonismo y es su kinesis suficiente para asegurar el drenaje (si es que no hay mala implantación del uréter en el bacinete). También el drenaje del uréter a través de la inci-

sión con un catéter, por ejemplo, está contraindicado. Puede ocasionar fístulas y estenosis. A pesar de no dejar drenaje, el número de pielonefritis que se observan no es mayor que con él. Por otra parte aunque estallara una pielonefritis, como se trata de abscesos múltiples del parénquima, no sería modificado por el drenaje ureteral.

POST-OPERATORIO

El empleo de la anestesia peridural hace que el post-operatorio se simplifique. El enfermo recibe sueros y tónicos cardíacos cuando los necesita. Los primeros días se dan antisépticos a base de hexametenotetramina para luchar contra el colí. y más tarde pequeñas dosis de neosalvarsán tres veces por semana para tratar de acidificar la orina y destruir los cocos.

Si se ha dejado catéter de nefrostomía se hacen a través de él lavajes de suero fisiológico, Rivanol, o permanganato de potasio, ambos en soluciones de 1/5000. Estos lavajes no tienen gran valor y sólo tratan de mantener limpio el tubo de drenaje. Cuando las orinas son muy alcalinas se hacen lavajes con ácido clorhídrico diluido en solución normal. Jamás con nitrato de plata u otra solución irritante.

Las heridas operatorias no se curan con antisépticos para no alterar su trabajo fisiológico de reparación. Generalmente se las deja tranquilas 6 días sin cambiar los apósitos. Cuando alguna vez se hace algo, se coloca una pasta indiferente, o se las espolvorea con un poco de ácido bórico para evitar el piociánico.

El drenaje de nefrostomía se saca cuando el enfermo está por levantarse, más o menos entre el 10^o y el 14^o día, pero no de golpe. Se tapa el primer día durante una hora, después dos, después todo un día. Si se observan trastornos, se retira definitivamente.

Si las orinas se alcalinizan o se infectan demasiado, se lo retira en seguida.

En los operados de litiasis, se procura que el levantamiento sea precoz.

Cuando los enfermos dejan el hospital, no siguen régimen alimenticio especial. Tratan de que su género de vida se aproxime en todo lo posible al del individuo sano. Ejercicio, alimentación sana y abundante ingestión de líquidos.

La diatermia en el post-operatorio es una cosa obligada cuando haya habido infección. La diatermia actúa sobre el parénquima prostático y renal que es donde realmente persisten los gérmenes. No deben esperarse resultados visibles antes de los tres meses de tratamiento. Consideran que el estafilo y el estrepto juegan un papel importante en la recidiva de la litiasis, no así el colí, cuya presencia no preocupa por considerarlo un germen "biológico" capaz hasta de fagocitar a los otros.

El tratamiento post-operatorio de la próstata tiene una gran importancia, pues consideran que la trayectoria que sigue la infección en el aparato urinario es la siguiente: amígdalas, próstata y vesículas en el hombre o anexos en la mujer y finalmente el riñón. Naturalmente que cuando un obstáculo mecánico obstruye el uréter, el origen de la infección puede ser ascendente.

Este es el criterio que se adopta por el momento en este Hospital con los litiásicos.

DISCUSION

Dr. Isnardi. — *El doctor Mosqueira, en el trabajo que acaba de leer, ha dicho una cosa que yo he oído decir muchas veces y que no puedo entender. ¿Cómo se pueden sacar, señor presidente, los cálculos coraliformes por pielotomía, cálculos que tienen la forma de una y griega y que están dentro de una cavidad de y griega? ¿Cómo se pueden extraer esos cálculos sin desgarrar parénquima, por vía de la pelvis?*

Al lado mío está el doctor Surraco, que dice que él también saca todos los cálculos, —los coraliformes y los no coraliformes— por pielotomía. Yo no entiendo eso, cuanto más que los cálices de primer, segundo y tercer orden no están ni siquiera en un sólo plano. De manera que para extraer un cálculo coraliforme, por el lado de la pelvis, o hay que hacer un picadillo del parénquima o sacar el cálculo disgregado. Yo admito que eso puede ser posible para alguien, pero eso no lo he podido entender ni lo he podido practicar nunca.

Hace pocos días, me encontré con un cálculo coraliforme que tomaba el cáliz superior y el inferior, respetando el medio. Tenté una nefrectomía bipolar sin hacer la incisión anatómica. Saqué el primero, pero no pude sacar el segundo. Tuve que hacer la

incisión anatómica amplia. Por eso, cuando oigo decir que se pueden extraer los cálculos coraliformes por pielotomía, me sorprendo. Eso en cuanto al tratamiento quirúrgico del asunto.

Una cosa a la cual no se ha referido el relator —al menos no lo he oído— y que me parece fundamental en el pre-operatorio de los enfermos, es el estado de la crisis sanguínea del enfermo, sobre todo cuando se tiene la posibilidad de una nefrolitotomía. Creo que es fundamentalísimo conocer bien el tiempo de coagulación y de sangría y no estar dispuesto a abrir un parénquima, si el tiempo de coagulación y sangría no son muy buenos, porque todos sabemos que en estas intervenciones, la terrible complicación es la hemorragia secundaria, a veces primitiva.

Tal vez se diga que esa hemorragia no tenga relación directa con la crisis sanguínea, pero no es así, porque si bien la hemorragia secundaria se explica con un mecanismo infeccioso, esa infección que hace el foco que rompe el vaso, se produce precisamente sobre pequeños hematomas que se infectan, hematomas que se producen en los individuos que tienen mala coagulabilidad sanguínea.

Con buenos tiempos de coagulación y de sangría, las intervenciones generalmente me han ido bien. En las nefrolitotomías en que por olvido, por descuido, o por imposibilidad no se tuvo en cuenta el factor coagulabilidad sanguínea, generalmente nos ha ido mal y se tuvo que llevar al enfermo a la nefrectomía, a los 12 ó 14 días después.

Sr. Presidente Dr. Grimaldi. — En lo referente al primer punto, yo le diría al doctor Isnardi, que hay cálculos coraliformes —es una denominación quizá demasiado amplia— con corales de distintas prolongaciones, pero yo no creo que se puede ser tan absoluto como él lo pretende.

Hay cálculos coraliformes que se pueden extraer por pielotomía. Precisamente, le acabo de indicar al señor Secretario que anuncie para la próxima reunión el tema "La pielotomía extendida de Surraco", sobre el que me ocuparé.

La pielotomía de Surraco con la incisión subcapsular permite una visualización de la pelvis renal, del seno renal, tan grande y tan amplia que si llamamos pielotomía a la sección de la pelvis a la que se puede acompañar. . .

Dr. Isnardi. — ¿Me permite, señor presidente?

Entonces, no hay que decir una pielotomía, sino que hay que decir una nefrostomía por dentro, en vez de por fuera.

Sr. Presidente Dr. Grimaldi. — Nefrostomía significa la sección del paréquima renal.

Dr. Isnardi. — Si coloca los cálculos, fatalmente tiene que cortarse. . .

Sr. Presidente Dr. Grimaldi. — Absolutamente; levantando el seno se visualiza en forma tan espléndida y estupenda la pelvis y los cálices, que uno puede hacer la sección que quiere y extraer el cálculo, —como se lo he de demostrar al doctor Isnardi— por una incisión que ha respetado en forma absoluta el parénquima renal.

Dr. Isnardi. — Tendré mucho gusto en verlo. Yo no lo he podido hacer nunca.

Dr. Mosqueira. — La observación del doctor Isnardi está basada en su experiencia. Lo que yo acabo de decir está basado en lo que he visto en los dos años que he estado en el St. Hedwig Krankenhaus, de Berlín.

Le explicaré en qué estriba el asunto. Creo que está en dos hechos. El primero, es que descubre casi todo el bacinete, cuatro o cinco centímetros de bacinete intra-sinusal, gracias al empleo de este "Kocher" (lo exhibe), que no corta la lengüeta y va rechazando con paciencia. Como el operador tiene dos buenos ayudantes especializados en la separación, tiene la cara posterior del riñón a la vista y en la mano. Entonces, con toda paciencia, va separando la lengüeta y descubre el bacinete casi hasta el nacimiento de los cálices. Tiene así a la vista todo el bacinete. Hace una incisión que no toma para nada la lengüeta.

Como el cálculo coraliforme es un cálculo formado a base de fosfato tricálcico, es un cálculo fijo, toma con la tenaza el cálculo para movilizarlo. Entonces, si se rompe algún coral, teniendo el cálculo en la mano ve donde está la fractura y va a buscar el pedazo fracturado al cáliz correspondiente.

Dr. Isnardi. — Yo parto de la base de la conveniencia de extraer el cálculo entero para evitar dejar la semilla de otro. Si

lo vamos a romper, entonces, sí se puede sacar hasta por el orificio de una aguja, pero si queremos sacar un cálculo entero no lo podemos hacer salir por un agujero tan pequeño.

Dr. Mosqueira. — El 95 % de los cálculos que se extraen se sacan por pielotomía. El tiempo de coagulación de la sangre en una intervención es importantísimo. Dosando cloruro de calcio en la sangre se tiene un índice que permite conocer el tiempo de coagulación. En los dos años que estuve en el St. Hedwig Krankenhaus, de Berlín, nunca he visto hacer una nefrostomía completa. He visto una vez hacer una pequeña incisión sobre un cálculo que se tocaba en la superficie del riñón y entonces, como la cantidad de parénquima que existía entre ese cálculo y la cápsula era tan pequeña, ni se necesitó siquiera sutura. Entonces, el peligro de la hemorragia secundaria tan temida por los cirujanos que hacen la nefrostomía desaparece.

Sociedad Argentina de Urología

SOCIOS TITULARES

- Dr. Alvarez Colodrero, J. W. - Tucumán 843. Ciudad.
Dr. Arrues León. - Cerrito 236. Ciudad.
Dr. Astraldi Alejandro. - Uruguay 782. Ciudad.
Dr. Beecke von, del Alfonso. - Suipacha 612. Ciudad.
Dr. Buzzi Oscar. - Charcas 1014. Ciudad.
Dr. Cacciatore Claudio. - Carlos Calvo 2260. Ciudad.
Dr. Castaño Enrique. - Montevideo 592. Ciudad.
Dr. Dante, Julio V. - Pasteur 484. Ciudad.
Dr. Di Lella Pedro. - Tucumán 843. Ciudad.
Dr. Elizalde Gilberto. - Santa Fe 1460. Ciudad.
Dr. Figueo Alcorta Luis. - Santa Fe 1380. 6° piso.
Ciudad.
Dr. Gálvez Isidoro. - 11 de Septiembre 711. San
Fernando.
Dr. García Alberto E. - Alsina 1149. Ciudad.
Dr. Gaudino Nicolás. - Callao 67. Ciudad.
Dr. Gazzolo, Juan José. - Santa Fe 3318. Ciudad.
Dr. Grimaldi Francisco. - Arenales 1648. Ciudad.
Dr. Iacapraro Guillermo. - Ayacucho 360. Ciudad.
Dr. Isnardi Ubaldo. - Moreno 2750. Ciudad.
Dr. López Martín Adolfo. - Callao 611. Ciudad.
Dr. Llanos Miguel A. - Italia 767. Rosario.
Dr. Maraini Bernardino. - Santa Fe 910. Ciudad.
Dr. Matta Carlos. - Arenales 1161. Ciudad.
Dr. Monserrat José L. - Cangallo 3780. Ciudad.
Dr. Montes Leopoldo. - Parque Aguirre 1377. San
Isidro.
Dr. Molina Luis Raúl. - Córdoba 795. Ciudad.
Dr. Montenegro Antonio. - Salta 221. Ciudad.
Dr. Pagliere, Luis E. - Corrientes 4124. Ciudad.

- Dr. Rebaudi Leónidas. - Tucumán 3177. Ciudad.
Dr. Serantes Aurelio. - Cangallo 1173. Ciudad.
Dr. Spurr Ricardo. - Arenales 1739. Ciudad.
Dr. Schiappapietra Tomás. - Corrientes 4317. Ciudad.
Dr. Surra Canard, Rodolfo. - Paraná 950. Ciudad.
Dr. Serantes Arturo. - Solís 1361. Ciudad.
Dr. Trabucco Armando. - Rivadavia 1917. Ciudad.
Dr. Vilar Gerardo. - Suipacha 612. Ciudad.

SOCIOS ADHERENTES

- Dr. Albornoz Ignacio. - Lavalle 900. Ciudad.
Dr. Amoedo Ricardo N. - Rodríguez Peña 344. Martínez, F. C. C. A.
Dr. Arata Luis. - Olavarría 448. Ciudad.
Dr. Barabino Santiago Amadeo. - Boyacá 236. Ciudad.
Dr. Barbagelatta, José P. - San Juan 2479. Ciudad.
Dr. Bengolea Adrián. - Anchorena 1710. Ciudad.
Dr. Berri, Diego Héctor. - Córdoba 1807. Ciudad.
Dr. Bottini Evaristo (h.) - Canning 2360. Ciudad.
Dr. Boneo Etcheverry Florencio. - Ayacucho 976. Ciudad.
Dr. Bonorino Udaondo Carlos. - Guido 1780. Ciudad.
Dr. Caeiro José A. - Arenales 1621. Ciudad.
Dr. Cartelli Natalio. - Cuba 3419. Ciudad.
Dr. Castex Mariano. - Talcahuano 1287. Ciudad.
Dr. Chabuox Enrique. - Bartolomé Mitre 783. Ciudad.
Dr. Comotto Constante. - Arroyo 894. Ciudad.
Dr. Del Pino Pedro. - Uruguay 725. Ciudad.
Dr. Di Cio, Alfredo V. - Talcahuano 758. Ciudad.
Dr. Escudero Pedro. - Paraguay 970. Ciudad.
Dr. Fablet Francisco J. - Nazca 1928. Ciudad.
Dr. Fernández Aguirre Luis. - Rodríguez Peña 356. Ciudad.
Dr. Finochietto Enrique. - Paraguay 987. Ciudad.
Dr. Gárate Oscar. - Sarmiento 2226. Ciudad.
Dr. Gorodner José. - Junín 622. Ciudad.

- Dr. Granara Costa Antonio. - Junín 1127. Ciudad.
Dr. Grimberg Jaime. - Esmeralda 564. Ciudad.
Dr. Houssay Bernardo. - Viamonte 2790. Ciudad.
Dr. Jáuregui Pedro. - Santa Fe 1573. Ciudad.
Dr. Jorge José María. - Guido y F. de Vittoria. Ciudad.
Dr. Lagleyze Gabriel. - C. Pellegrini 858. Ciudad.
Dr. Lanari Eduardo. - Córdoba 918. Ciudad.
Dr. Mithis Rodolfo I. - Cangallo 2505. Ciudad.
Dr. Ortiz Angel F. - Cangallo 1610. Ciudad.
Dr. De Pablo Vicente. - Saavedra 149. Ciudad.
Dr. Pujol Alfonso. - Entre Ríos 510. Ciudad.
Dr. Quintana José A. - Santa Fe 910. Ciudad.
Dr. Rodríguez Rey Oscar. - Av. Montes de Oca 1719.
Ciudad.
Dr. Rubí Roberto. - Lavalle 1759. Ciudad.
Dr. Torres Gilberto A. - Loyola 465. Ciudad.
Dr. Torres Horacio. - Alsina 1586. Ciudad.
Dr. Ulrich Jorge. - Canale 1275. Adrogué, F. C. S.
Dr. Varela Enrique. - Uruguay 1267. Ciudad.
Dr. Waldorf Carlos. - Juncal 1641. Ciudad.
Dr. Wallace Pedro. - Viamonte 927. Ciudad.
Dr. Zerbini V. Carlos. - Corrientes 2999. Ciudad.
Dr. Panizza Luis I. - Buenos Aires 872. San Justo,
F. C. O.
Dr. Antelo Manuel. - Corrientes 1591. Rosario.
Dr. Berdaguer José. - Paraguay 630. Rosario.
Dr. Cortelezzi Emilio. - La Plata. Calle 60 - 324.
Dr. García José Federico. - J. F. Moreno 2272. Men-
doza, F. C. P.
Dr. Kleiman Jacobo. - Santa Fe 4825. Rosario.
Dr. Singer Bernardo. - José Ingenieros 1208. Rosario.
Dr. Juan C. Tettamanti. - Pasco 1274. Rosario.
Dr. Alonso Vionnet Daniel. - San Gerónimo 2612.
Santa Fe.
Dr. Zampettini Carlos. - Córdoba 1342. Rosario.
Dr. Alonso Antonio. - Rivadavia 6309. Ciudad.
Dr. Alsina Gustavo. - Arenales 2640. Ciudad.
Dr. Barnetche Ernesto. - Rioja 774. Ciudad.

- Dr. Bernardi Ricardo. - Martín García 987. Ciudad.
Dr. Bertolasi Alberto. - Billinghamst 715. Ciudad.
Dr. Duggan Juan. - Río Bamba 429. Ciudad.
Dr. Echenique Tomás. - Córdoba 785. Ciudad (3° piso)
Dr. Elizalde Antonio. - Uruguay 950. Ciudad.
Dr. Fagalle Salomón. - Rivadavia 1040. San Juan.
Dr. Fonio Oscar A. - Entre Ríos 31. Tucumán.
Dr. Games Julián R. - Calle 50, N° 358. La Plata.
Dr. Iacapraro Rogelio. - Ayacucho 360. Capital.
Dr. Irazú Juan. - Carlos Calvo 618. Ciudad.
Dr. M'urguía Raúl. - Asamblea 34. Capital.
Dr. Massolo Orestes. - Condarco 358. Ciudad.
Dr. Mackintosh Martín. - Río Bamba 178. Ciudad.
Dr. Roccatagliata Rodolfo. - Buenos Aires 1174. Rosario
Dr. Sandro Enrique Raúl. - Rodríguez Peña 95. Ciudad.
Dr. Sosa José G. - General Rodríguez 1775. Bánfield.
Dr. Nelson C. A. - 1212 Medical Dental Building,
Seattle, E. U. N. A.
Dr. Ibarra Loring Lorenzo. - San Antonio 170.
Santiago. (Chile).
Dr. Angulo R. Ricardo - J. Belén 1071. Lima (Perú).
Dr. Lorenzo Eduardo. - Ibicuí 1245. Montevideo.
Dr. Bove Macció Héctor. - San José 1187. Montevideo.
(R. O. del Uruguay).
Dr. Nogueira Alejandro. - Boulevard Artigas 1483.
Montevideo. (R. O. U.)
Dr. Oraá Espartaco. - Piñango a Llaguno N° 7 - 1.
Caracas. (Venezuela).
Señor Seltmann - Casilla de Correo N° 755. Montevideo.
(R. O. del U.)
Archivos Uruguayos de Med. Cir. y especial. - 18 de
Julio 1270. Montevideo.
Asociación Médica del Hospital Pirovano. - Monroe
3551. Biblioteca.
Foreing and International Books Company. - 110 Earst
42 Street. Nueva York.
Librería Cultural, Sociedad Anónima. - Pi y Margall
(Obispo) 135. La Habana. (Cuba).
Revista Médico Cirurgica do Brasil. - Caixa Postal 1315.
Brasil.

*Hormona testicular pura obtenida sintéticamente
para uso parenteral*

Perandren

Insuficiencia de la glándula sexual masculina
Afecciones prostáticas
Climaterio viril
Convalecencia, etc.

Ampollas de 1 cm.³ con 5, 10 y 25 mg.



PRODUCTOS QUIMICOS CIBA, S. A.
SANTA FE, 1072

BUENOS AIRES
