

TECNICA DE LA CASTRACION SUB-ALBUGINEA BILATERAL

Por el Dr. ALBERTO E. GARCIA

Desde los trabajos de Huggins en 1940, a raíz de los cuales se empezaron a observar los beneficios indiscutibles de la castración, sola o asociada a la administración de estrógenos en el tratamiento del adenocarcinoma de la próstata, este tipo de intervención se difundió ampliamente, presentándose a veces como el único recurso terapéutico de que dispone el médico para aliviar la sintomatología de estos desdichados enfermos.

Se han descripto diversas técnicas para llevarla a cabo; hemos conseguido recopilar las citadas en la bibliografía, al final de este trabajo, teniendo todas ellas dos objetivos principales: por una parte conseguir un efecto funcional eliminando el parénquima testicular y con él, el tejido principal productor de andrógenos del organismo; por otra, un resultado plástico satisfactorio evitando las consecuencias que sobre la psiquis del paciente puede tener esta mutilación.

Detallaremos el procedimiento usado por nosotros en estos casos y creemos de interés hacerlo conocer porque además de llenar ampliamente las finalidades más arriba enumeradas, la simplicidad de su técnica, la falta de riesgos quirúrgicos y la rapidez de su ejecución nos permiten recomendarlo a la consideración de los colegas.

Previa asepsia y preparación del campo operatorio, efectuamos la anestesia utilizando la solución de novocaína al 0,50 o 1 por ciento. Sujetando firmemente el testículo a través de las bolsas con la mano izquierda, infiltramos una

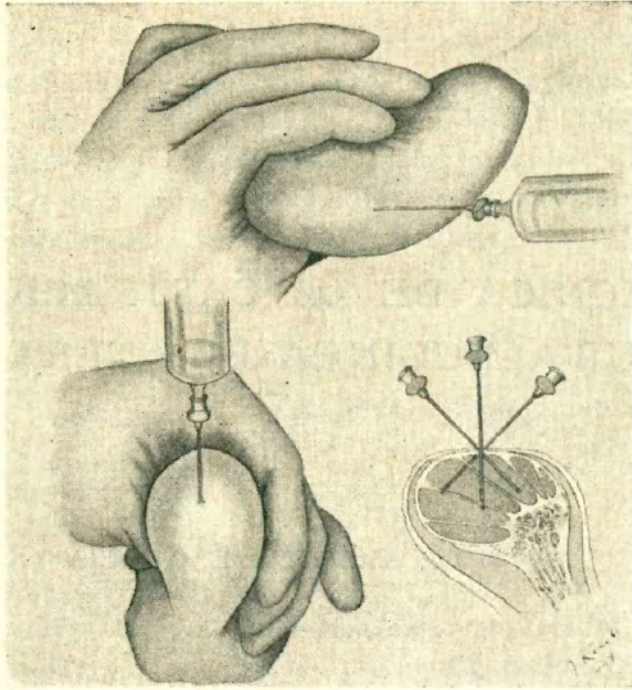


Figura 1



Figura 2

Figura 4

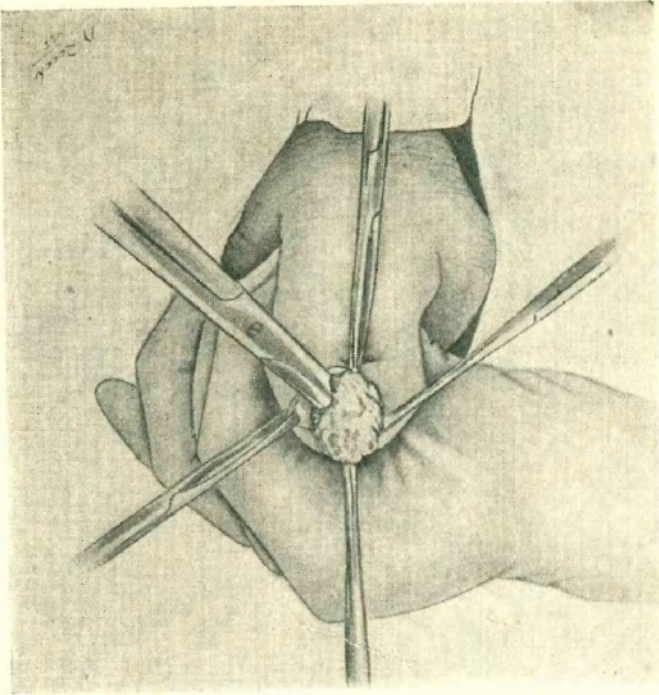
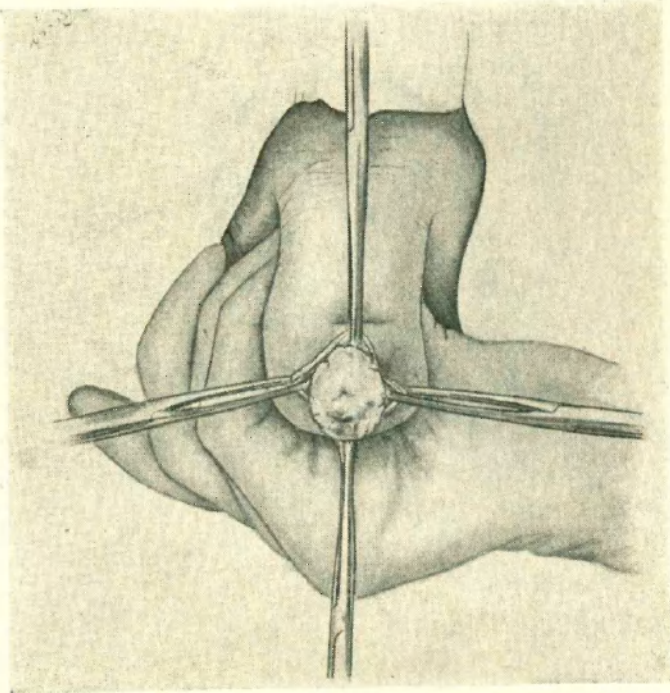


Figura 3



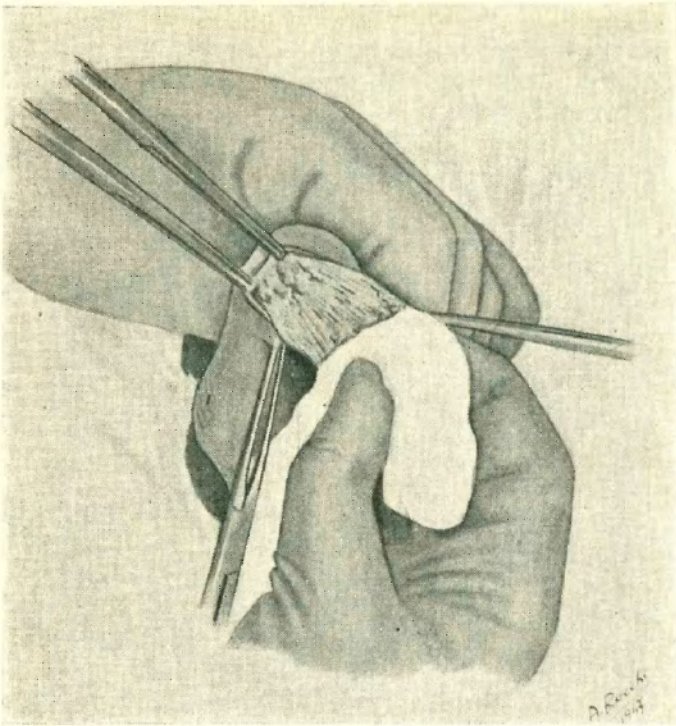


Figura 5

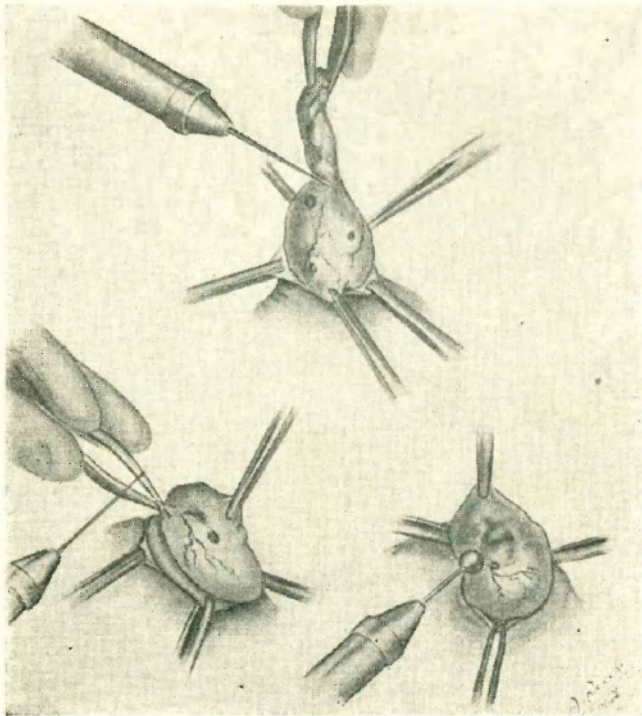


Figura 6

Figura 8

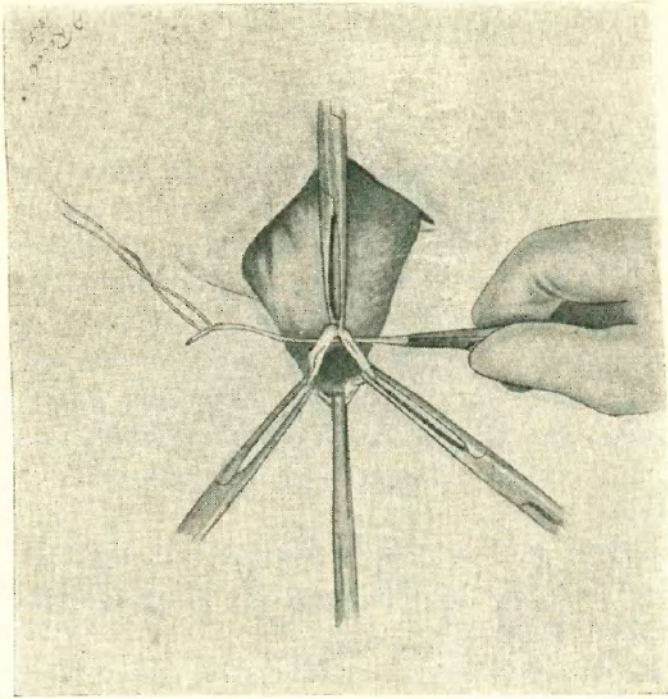
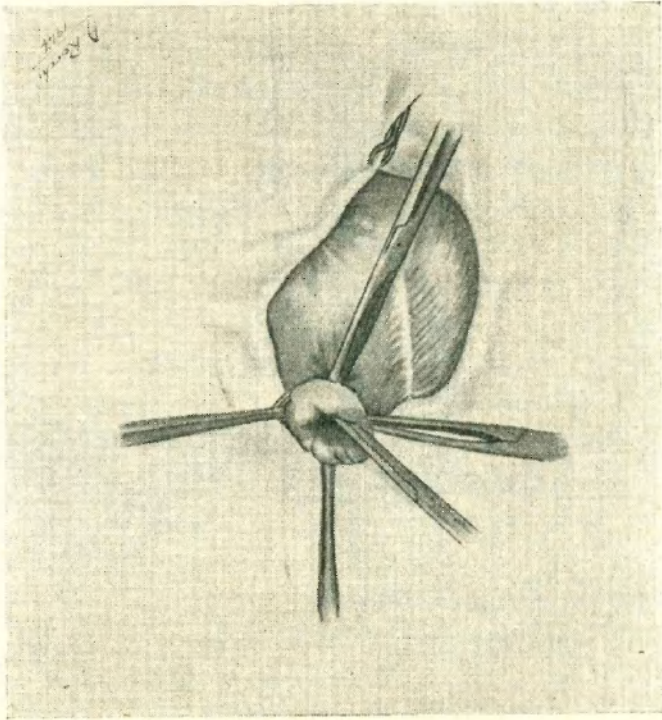


Figura 7



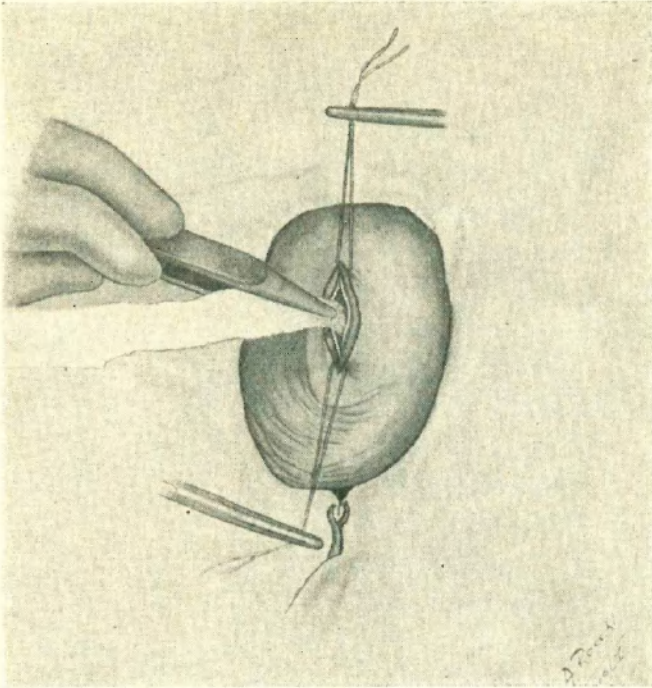


Figura 9

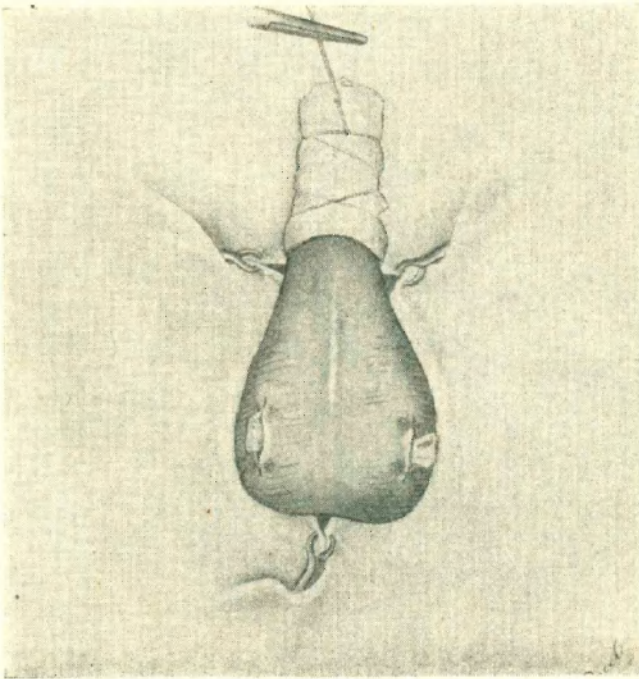


Figura 10

pequeña porción de la piel sobre el trayecto de la futura incisión. Luego introduciendo la aguja en plena masa testicular inyectamos en varias direcciones unos 5 cc. de anestésico a fin de que difunda en la misma a través de las divisiones que la tabican, (fig. 1). A veces ello es suficiente, en otras agregamos unos centímetros cúbicos en el cordón espermático. Pasamos luego al lado opuesto repitiendo lo mismo y permitiendo así que se complete la anestesia del primero.

Manteniendo como antes el testículo contra la piel de las bolsas, incidimos a electrobisturí todas las capas del escroto y la albugínea en una longitud de 2 centímetros, observando como el parénquima hace hernia a través de la misma (fig. 2).

Tomamos todos estos planos con pinzas de Allis, colocando una en cada extremo de la incisión y una en cada borde (fig. 3).

Haciendo presión sobre la glándula y valiéndonos de las pinzas colocadas tratamos de evertir la albugínea como si fuera un dedo de guante, observando que el parénquima testicular se desprende con toda facilidad con ayuda de un instrumento romo y una gasa, maniobra facilitada por la difusión a su través del líquido usado como anestesia (figs. 4 y 5).

Nos queda solamente unida a nivel del cuerpo de Highmore, verdadero "hilio testicular", donde efectuamos la sección con unos toques del electrobisturí y tenemos así a la vista toda la superficie interna de la albugínea, pudiendo efectuar una prolija hemostasia de los puntos sangrantes (fig. 6).

Invertimos con ayuda de una pinza la cubierta testicular restituyéndola a su sitio tal como muestra la figura 7.

Pasamos luego por los extremos de la incisión dos puntos de catgut simple N° 2 por medio de una aguja de Reverdin, tomando todas las capas del escroto y la albugínea (fig. 8).

Colocamos en la cavidad que sustituye al testículo una pequeña mecha de gasa yodoformada (fig. 9), anudando luego las hebras de catgut quedando como se ilustra en la figura 10, para terminar colocando un apósito en T.

Hemos efectuado así una verdadera "marsupialización" de la cavidad albugínea por medio de una intervención mínima que requiere contados minutos para ser llevada a cabo. Al quedar albugínea y epidídimo unidos a la piel, son fácilmente accesibles a la palpación dando la impresión casi exacta de la glándula normal, de tal modo que hemos creído innecesario el relleno con grasa o la colocación de alguna de las prótesis fabricadas con ese objeto.

B I B L I O G R A F I A

- Riba, L. W. — "Subcapsular castration for carcinoma of the prostate". J. Urol. 48. 388. 1942.
- Chute, R.; Willetts, A.; Gens, J. P. — "Experiences in the treatment of carcinoma of the prostate". J. Urol. 48. 395. 1942.

prostate with stilbestrol and with castration by the technich of intracapsular orchidectomy".
J. Urol. 48. 682, 1942.

Hess, Elmer. — "Technique for castration in carcinoma of the prostate". J. Urol. 48. 709,
1942.

Esperne, P. — "Cáncer de la próstata. Técnica de la castración sub-albugínea". La Prens.
Med. Arg., 32, 676, 1945.

REVISTA DE REVISTAS

JOURNAL D'UROLOGIE

Dificultades de un diagnóstico radiológico de litiasis ureteral. Un problema táctico de exploración renal. C. Wolfromm y M. Gilson. Journal D'Urologie, pág. 125; T. 53, año 1946-47.

La observación que motiva el presente artículo permitió a los autores plantearse un problema preciso con respecto a la exploración renal. La presencia de un cálculo de 4 centímetros emplazado por debajo del cuello del bacinete, no fué revelado por la radiografía simple ni la urografía descendente; con tal motivo trataron de investigar las causas de tal fracaso y concluyen con que la conducta en esos casos debe ser la siguiente: 1º Separación de orinas; 2º En una segunda sesión uréteropielografía retrograda con substancia opaca; 3º En tercer término se realizará una neumouréteropielografía después de haberse asegurado por una radiografía simple de que ya no quedan rastros de la substancia opaca inyectada anteriormente. Si se procede de otra manera por ahorrar tiempo y sufrimientos al paciente, sólo se obtiene como resultado errores que pueden ser fatales.

Hay en el artículo base de este comentario oportunas reflexiones sobre las diferentes combinaciones de las exploraciones que pueden emplearse y sus inconvenientes.

A. Pujol.

Plástica de la uretra mediante trasplante de un apéndice. Lucien Leger y Jacques Boreau. Journal D'Urologie, pág. 114; T. 53, año 1946-47.

A consecuencia de un gran traumatismo el paciente sufre una ruptura de la uretra membranosa seguida de varias complicaciones infecciosas de la encrucijada urogenital. Los autores deciden realizar una plástica de uretra previa extirpación de los tejidos cicatriciales y se sirven como material de plástica de un apéndice extraído instantes antes de otro paciente; el resultado fué perfecto. Se preguntan los comunicantes cuál fué el papel que desempeñó el apéndice: ¿Es sólo un molde que facilita la epidermización del trayecto?

A. Pujol.

Tumor primitivo del ureter pelviano, nefroureterectomía. M. J. Pérard.
Journal D'Urologie, pág. 142; T. 53, año 1946-47.

El malogrado urólogo francés sostiene, en ésta, quizás su última comunicación, el concepto de que los tumores primitivos del uréter pueden y deben ser diagnosticados con casi certeza en lugar de constituir sorpresas operatorias.

Por la urografía excretoria se sospechaba la existencia de un tumor renal, pero el autor no conforme con esta sola exploración radiológica realiza una ureteropielografía que reveló la presencia de una dilatación de toda la vía excretoria izquierda; además a los 5 ó 6 centímetros del meato ureteral donde la sonda se detiene, existe una imagen lacunar que despierta la convicción de que se trata de un tumor ureteral.

Llama la atención el autor e insiste con respecto al carácter de la hematuria izquierda vista cistoscópicamente: "La sangre sale del uréter fuera del momento de la eyaculación rítmica, contrariamente a lo que se observa en las hematurias renales verdaderas." Pérard cree que este solo síntoma hubiera permitido establecer el diagnóstico. Entre una hematuria renal y una ureteral existiría, según él, la misma diferencia que entre una hematuria verdadera y una hemouretrorragia.

A continuación demuestra el peligro de llegar a la ectomía renal basándose sólo en la urografía descendente; la ureteropielografía tiene su indicación insustituible. Estas nociones aparentemente banales para los urólogos, no dejan de tener gran interés para algunos cirujanos que suponen prematuramente que el cateterismo ureteral es una práctica anticuada.

A. Pujol.

THE JOURNAL BRITISH OF UROLOGY

Obstrucción ureteral: recientes progresos en su embriología, nosología, y cirugía. David M. Davis M. D. profesor de urología del colegio médico Jefferson de Filadelfia. The Journal British of Urology. V. XIX n° 2, Junio de 1947.

Reconoce que la mayoría de las nefrectomías obedecen a un esencial error médico y pueden ser evitadas descubriendo a tiempo pequeñas lesiones que luego serán irreparables.

Y explica que los conceptos de Hirman sobre obstrucción e infección no han sido suficientemente tenidos en cuenta. Así se observan pequeñas obstrucciones con escasos síntomas porque no detienen totalmente la excreción de orinas. Otros creen que pequeños nefrosis se deben a trastornos congénitos neuromusculares y no se piensa en la obstrucción.

Hace resaltar que en las modernas estadísticas es muy común la estrechez ureteral que data por lo general desde el nacimiento y sólo se manifiesta al aparecer la infección. Como su sintomatología es escasa o nula es necesario ser buen detective para encontrarla. Por eso el médico suele esperar hasta que el paciente está bien enfermo. Para conocerla nos valdremos del examen bacteriológico de cultivos y la radiografía.

Los tratamientos de la obstrucción urétero-pelvia varían el carácter de la misma: ciertas obstrucciones baas pueden ser dilatadas endoscópicamente.

La mayoría de las estenosis del uréter superior requieren tratamientos quirúrgicos. Los

casos extremos como las adherencias bridas, vasos aberrantes, etc. se extirpan pero se debe pensar en las esteriosis intúinsecas. La pielotomía y la exploración del uréter con exploradores debe realizarse.

El autor refiere que muchos métodos se han empleado para su curación, pero él sólo desea ocuparse del procedimiento de ureterotomía, intubación (ureterotomía intubada) que él recomienda desde 1943 para las obstrucciones uretero-pélvicas y del uréter superior y que fué empleado por E. L. Keyes en julio de 1915 en un caso de riñón único, donde no era posible otra plástica. El autor refiere que Keyes en su texto recomienda incisión y "Splinting" con tubo en T para las estrecheces ureterales.

Prefiere el Dr. Davis mostrar el resultado obtenido en 11 casos que documenta con radiografías espléndidas la obstrucción y el resultado post-operatorio.

En su comentario respecto a la operación hace recalcar que el fundamento de la operación está en el poder regenerativo del epitelio ureteral para crear un nuevo ancho uréter moldeado alrededor del tubo Splint. Esto ha sido probado experimentalmente en animales y comprobado que la misma se realiza entre los 10 y 12 días.

Este hecho importante permite al cirujano no emplear suturas con sólo el empleo del tubo Splint.

Las arenillas que puedan formarse en el tubo se disuelven y evitan preparando el tubo para hacer irrigaciones ácidas débiles de ácido acético, ácido fosfórico, solución de Suby y solución G.

Con este procedimiento la nefrectomía sólo será empleada en caso de daño externo e irreparable.

Esta situación favorable se ha conseguido debido a los siguientes factores:

- 1º) Mayor conocimiento de la mencionada patología.
- 2º) Mejores métodos de diagnóstico, particularmente la uretrografía endovenosa que puede ser practicada por cualquier médico.
- 3º) Métodos operatorios simples.
- 4º) Mejor conocimiento de los factores mecánicos importan en el período post-operatorio nombrado, Splinting, drenaje renal y prevención de arenillas.
- 5º) El uso de sulfonamidas penicilina que combaten y previenen la infección.

LIBROS RECIBIDOS

Estudios de la circulación renal. *Joseph Trueta; Alfred E. Barclay; Peter M. Daniel; Kenneth J. Franklin; Marjorie M. L. Pritchard.* Edit. Blacwell Scientific Publications. Oxford, 1947. 187 páginas con 83 ilustraciones.

Un libro sobre la circulación del riñón, que aporte nuevos conocimientos en este campo aún poco explorado, es bien recibido en la mesa de estudio del urólogo; por eso hemos considerado necesario comentar brevemente esta obra llena de méritos en ese sentido.

Ya en el prólogo Arthur W. M. Ellis nos dice: "Este libro es el fruto de la cooperación de un clínico, un radiólogo, un fisiólogo y un anatomopatólogo, cada uno de los cuales brindó su colaboración especializada para la solución de un problema común. Es este un ejemplo elocuente del verdadero trabajo en "team", de una categoría tal que debería ser emulado más a menudo con gran beneficio para la ciencia."

La obra está compuesta por 7 capítulos, 1 apéndice y una amplia bibliografía.

El capítulo I se inicia planteando el problema de los llamados "Síndromes de aplastamiento" producidos durante los bombardeos de Londres en 1941. El síndrome clínico así ocasionado, con su repercusión sobre el riñón, permitió crearlo artificialmente en el laboratorio por medio de compresiones de los miembros en conejos. Se demostró en esa forma que se originaban espasmos arteriales de extensiones variables.

El capítulo II encierra el estudio que determina hasta donde se extiende el espasmo de las arterias, si sólo es en parte del abdomen o alcanza hasta las arterias renales. Con tal fin idearon los autores una técnica de angiografía que les permitiera controlar las variaciones volumétricas de las arterias renales de los animales de experimentación. Demuestran mediante estos estudios angiográficos, realizados en conejos, que la aplicación de un torniquete en un miembro del animal produce una constricción de la arteria renal del mismo lado; la hemorragia experimental y las exaltaciones de los nervios espláncnicos, dan también motivo a deducciones de gran interés fisiopatológico. Finaliza este capítulo planteando la posibilidad de que la circulación intrarrenal se haga en forma diferente, bajo determinadas circunstancias "En corto circuito".

En el capítulo III se entra de lleno en el problema de la circulación intrarrenal, apoyado con un hermoso material gráfico que ilustra los resultados de los experimentos. Se analizan igualmente las respuestas de la vascularización de la glándula renal a diferentes drogas: Orenalina, pilocarpina, prostimín, etc.

Los 3 primeros capítulos encierran las investigaciones tendientes a estudiar la circulación del

riñón desde el punto de vista puramente funcional. La morfología y estructura de dicha circulación se describen y analizan recién en el capítulo IV, especialmente en cuanto se relaciona a las posibles vías a través de las cuales la sangre se desvía de la cortical hacia la medular. El riñón de conejo sirvió como material de experimentación.

En la 2ª parte de este interesante capítulo, los autores exponen los aspectos prácticos más novedosos que contienen el libro sobre vascularización renal; las ilustraciones son originales y facilitan la comprensión en forma muy objetiva.

Quizás el capítulo V sea el más personal y original que contiene la obra de estos autores, en él hacen una reseña de la circulación cortical y de la medular, según la información que proporciona la angiografía y las modificaciones que cada una de ellas sufre bajo la influencia de diversas experiencias.

No mencionaremos sino al pasar el capítulo VI por cuanto está destinado a realizar una revisión de cuánto se ha expuesto en los anteriores.

Las deducciones de orden clínico y patológico se exponen ampliamente en el capítulo VII que se presenta así como uno de los más atrayentes para el clínico general y para el especializado en patología renal, a tal punto que podríamos afirmar que su lectura es indispensable.

Al estudioso se le brinda una más amplia información en el apéndice y finalmente la bibliografía es muy completa en cuanto se refiere a los autores anglosajones.

A. Pujol.

Nueva forma de tratar la uremia con el riñón artificial. W. J. Kolff M. D.

La primera parte comienza con la explicación clínica de la uremia, y distingue las tres variedades de la misma: primero por la insuficiencia renal; segundo, extrarenal y tercero mixta, que comprende ambas formas.

Estos nuevos conocimientos del tratamiento son aplicables sólo a aquellos pacientes con insuficiencia renal en quienes la función no mejora con el tratamiento y en quienes los catabólitos derivados de los proteídos deben ser removidos por otro canal que no sea el riñón.

Entre las distintas vías de eliminación de la úrea menciona: a) gastro intestinal, b) cutánea, c) cerosa peritoneal, d) trasplatación renal y transfusión de sangre cruzada, e) lavado sanguíneo por sección venosa o con reposición del plasma, f) vivialisis o vividifusión Abell. Este último determinó el principio para determinar la circulación de la glucosa y amino-ácidos, es además, probablemente el medio más efectivo para extraer las partículas no coloidales del plasma. El mismo Abell y sus colaboradores llamaron a este descubrimiento "riñón artificial".

Menciona el autor la mayoría de sus experimentaciones y sus aparatos para llegar a la aplicación clínica, siendo las principales dificultades para lograrlo: 1º) la prevención de la coagulación con hirudina y heparina, 2º) las membranas de colodión celoidina o peritóneo usados en los tubos del dializador y 3º) la incapacidad de éstos.

El riñón artificial cómo se emplea ahora en la clínica

Principio: consta de un armazón de aluminio o madera, un tanque con Rensing líquido y un gran cilindro que gira en él, envuelto éste a su vez por un largo tubo de celophan. El tubo contiene sólo una pequeña cantidad de sangre que al rotar el cilindro corre de izquierda a derecha por la parte inferior del tubo.

Dialisis: se emplea la continua, tomando la sangre de la arteria radial, pasa por el riñón

riñón desde el punto de vista puramente funcional. La morfología y estructura de dicha circulación se describen y analizan recién en el capítulo IV, especialmente en cuanto se relaciona a las posibles vías a través de las cuales la sangre se desvía de la cortical hacia la medular. El riñón de conejo sirvió como material de experimentación.

En la 2ª parte de este interesante capítulo, los autores exponen los aspectos prácticos más novedosos que contienen el libro sobre vascularización renal; las ilustraciones son originales y facilitan la comprensión en forma muy objetiva.

Quizás el capítulo V sea el más personal y original que contiene la obra de estos autores, en él hacen una reseña de la circulación cortical y de la medular, según la información que proporciona la angiografía y las modificaciones que cada una de ellas sufre bajo la influencia de diversas experiencias.

No mencionaremos sino al pasar el capítulo VI por cuanto está destinado a realizar una revisión de cuánto se ha expuesto en los anteriores.

Las deducciones de orden clínico y patológico se exponen ampliamente en el capítulo VII que se presenta así como uno de los más atrayentes para el clínico general y para el especializado en patología renal, a tal punto que podríamos afirmar que su lectura es indispensable.

Al estudioso se le brinda una más amplia información en el apéndice y finalmente la bibliografía es muy completa en cuanto se refiere a los autores anglosajones.

A. Pujol.

Nueva forma de tratar la uremia con el riñón artificial. W. J. Kolff M. D.

La primera parte comienza con la explicación clínica de la uremia, y distingue las tres variedades de la misma: primero por la insuficiencia renal; segundo, extrarenal y tercero mixta, que comprende ambas formas.

Estos nuevos conocimientos del tratamiento son aplicables sólo a aquellos pacientes con insuficiencia renal en quienes la función no mejora con el tratamiento y en quienes los catabólitos derivados de los proteídos deben ser removidos por otro canal que no sea el riñón.

Entre las distintas vías de eliminación de la úrea menciona: a) gastro intestinal, b) cutánea, c) cerosa peritoneal, d) trasplatación renal y transfusión de sangre cruzada, e) lavado sanguíneo por sección venosa o con reposición del plasma, f) vivialisis o vividifusión Abell. Este último determinó el principio para determinar la circulación de la glucosa y amino-ácidos, es además, probablemente el medio más efectivo para extraer las partículas no coloidales del plasma. El mismo Abell y sus colaboradores llamaron a este descubrimiento "riñón artificial".

Menciona el autor la mayoría de sus experimentaciones y sus aparatos para llegar a la aplicación clínica, siendo las principales dificultades para lograrlo: 1º) la prevención de la coagulación con hirudina y heparina, 2º) las membranas de colodión celoidina o peritóneo usados en los tubos del dializador y 3º) la incapacidad de éstos.

El riñón artificial cómo se emplea ahora en la clínica

Principio: consta de un armazón de aluminio o madera, un tanque con Rensing líquido y un gran cilindro que gira en él, envuelto éste a su vez por un largo tubo de celophan. El tubo contiene sólo una pequeña cantidad de sangre que al rotar el cilindro corre de izquierda a derecha por la parte inferior del tubo.

Dialisis: se emplea la continua, tomando la sangre de la arteria radial, pasa por el riñón

artificial uno o más y se reintegra por una vena. La embolia gaseosa y los coágulos se eliminan por válvulas.

La composición del líquido de Rensing donde se sumerge el cilindro con los tubos de cellophan es: NaCl. 0,6 % - KCl. 0,04 % - Na.HCO₃ 0,2 % - glucosa 1,5 %; esta última evita la hemolisis.

Los resultados de la diálisis experimental obtenidos con el primer aparato fueron: 500 cc. de solución de úrea de 417 mg. %, en 5 minutos, 168 mg. % o sea 1,24 gr.

Comparado con el riñón humano el riñón artificial se ha establecido que el primero con los glomérulos tiene más filtración que diálisis. El segundo por el contrario, más diálisis que filtración, no tiene tabulis para la reabsorción pero sí tiene cierta re-difusión.

Dutch, citado por el autor en su primer libro de fisiología establece comparación entre ambos riñones así: el riñón artificial tiene un área de diálisis y filtración de 24.000 cm², un glomérulo y una depuración uréica de 80 - 150 cc. El riñón humano tiene un área de diálisis y una filtración de 20.000 cc., 2.500.000 glomérulos y una depuración uréica de 54 1 75 %.

En sus experiencias técnicas con el riñón artificial relata el autor la forma de abordar la arteria radial y la vena del pie con tubos pipetas los cuidados que requieren estas disecciones y la prevención de la hemorragia en los sujetos heparinizados.

El autor cita a continuación los cuadros clínicos, exceptuando de los beneficios del riñón artificial la anuria traumática por eclampsia, por necrosis bilateral de la corteza renal y por hinópticos.

Dos casos tratados comprenden uremias agudas, con buenos resultados cuando en las uremias de la nefritis agudas, cuando la úrea sanguínea no pasaba de 350 gr. por litro. Si la reserva alcalina es baja y el contenido en potasio aumenta, la aplicación de la diálisis debe ser rápida.

Durante y después de la diálisis mejoran los síntomas oculares y las condiciones mentales del sujeto así como también la diuresis y el exantema urémico.

Reacciones del paciente durante la diálisis: se han observado Rigors, Shock, además de pulmón.

¿Cuáles son las sustancias que puede remover el riñón artificial?

Depende del tamaño molecular de las mismas y su "Bound" al plasma. Entre los que se extraen están: 1º el nitrógeno no proteíno, 2º la creatinina, 3º ácido úrico, 4º indoxilo, 5º sustancias xantoprotéicas, 6º minerales sufren escasa o ninguna diálisis, 7º la reserva alcalina baja, al comienzo de la diálisis aumenta, 8º por último citaremos la glucosa, el agua, el oxígeno, venenos, etc.

INSTITUTO DE UROLOGIA

Provenza, 345 al 349 y Paseo Gral. Mola, 16 al 22 - BARCELONA

3er. Curso Monográfico de Urología para Post Graduados OCHO LECCIONES DE UROGRAFIA CLINICA

por los Miembros Facultativos del Instituto, y la colaboración del Prof. B. Fey, de París, y los Dres. L. Carrasco, V. Compañ, A. Moya Prats y Rocha

Día 1 — 1ª Lección

DR. L. CARRASCO. — Técnica roentgenográfica en Urología. — Indicaciones generales y especiales. — Preparación del paciente. — Exploración sin contraste. — Interpretación de las sombras urinarias, extraurinarias y óseas.

Día 3 — 2ª Lección

DR. A. PUIGVERT. — Exploración roentgenológica con contraste. — Indicaciones: Substancias utilizadas; por relleno; por eliminación. — Técnicas: Por relleno; de las cavidades urinarias. Por eliminación. Accidentes inmediatos y tardíos. — Imagen pieló ureteral normal.

Día 4 — 3ª Lección

PROF. A. ORIOL ANGUERA. — La eliminación renal de sustancias yodadas. — Fisiopatología de la excreción pieló ureteral.

Día 5 — 4ª Lección

DR. A. PUIGVERT. — Exploración roentgenológica del aparato urinario superior. — Alteraciones morfológicas y topográficas. — Duplicidad urétero-piélica; bifidez; riñón en herradura; nefroptosis; hidronefrosis.

Día 7 — 5ª Lección

DR. V. COMPAN. — Exploración roentgenológica de los procesos inflamatorios y supurados renales. — Pielonefritis. — Pionefritis. — Antrax renal. — Tuberculosis. — Perinefritis.

Día 8 — 6ª Lección

DR. A. PUIGVERT. — Exploración roentgenológica de las tumuraciones renales. — Tumores del riñón. — Quistes del riñón y riñón poliquístico. — Tumores peri-renales. — Tumores piélicos y tumores ureterales. — Litiasis renal y ureteral.

Día 10 — 7ª Lección

PROF. B. FEY. — Exploración roentgenológica vesical. — Cistografía normal. — Cistografía en las afecciones inflamatorias. — Cistografía en las afecciones extravesciales. — Cistografía en los tumores. — Cistografía en la litiasis y cuerpos extraños. — Cistografía en malformaciones (divertículo, reflujo vesico-ureteral y fístulas vesicales).

Día 11 — 8ª Lección

PROF. B. FEY. — Exploración roentgenológica próstato-uretral. — Estenosis. — Fístulas. — Cálculos. — Cuerpos extraños. — Rotura uretral. — Divertículos uretro prostáticos. — Tumores peri-uretrales benignos y malignos. — Uretrocistografía post-operatoria. — Exploración roentgenográfica de las vesículas seminales. — Cistovesiculografía simultánea.

El trabajo estará distribuido según el siguiente horario:

De 8 a 9 de la mañana. — DR. A. COLS. — Examen roentgenológico de enfermos.

De 9 a 10 de la mañana. — Lecciones teóricas con demostraciones iconográficas.

De 10 a 11 de la mañana. — Presentación, comentarios y discusión de roentgenogramas.

Por las tardes: A las 8. — Conferencias complementarias.

Día 1.—DR. A. ROCHA

ROENTGENOGRAFÍA RENAL Y HEPATO-BILIAR.

Desplazamientos gastro-intestinales de origen urinario.

Día 3.—DRES. A. COLS y P. DOMINGO

LA COMPRESIÓN URETERAL PARA LA P. D.

Día 4.—DR. ALVAREZ ZAMORA

ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LOS TUMORES RENALES.

Día 7.—DR. A. MOYA

NEUMO-PERI-CISTOGRAFÍA.

Día 11.—DR. A. MAS OLIVER

COMPOSICIÓN QUÍMICA DE LOS CÁLCULOS RENALES.

Este cursillo tendrá lugar durante el mes de mayo de 1948, en los días señalados.

El número de alumnos es limitado.

A los señores inscritos se les entregará una colección de copias fotográficas de roentgenografías urinarias, de interés excepcional.

Las conferencias serán grabadas en cinta fono-magnética para ulterior repetición y copia.

Para más información e inscripción dirigirse a la SECRETARÍA del INSTITUTO.

CORRESPONDENCIA

Publicamos a continuación la carta recibida del distinguido colega brasileño de la que trasunta el interés que tiene nuestra revista para los colegas del exterior. En breve tiempo, hemos podido constatar que la urología argentina reflejada en las páginas de nuestra revista, es seguida con interés cada vez más creciente en el continente americano como en el europeo, confirmándolo así, las numerosas citas bibliográficas que se hacen de nuestros colaboradores.

La Redacción.

Dr. ASTOLFO DI PINO
MÉDICO
C. POSTAL 110 - CURITIBA

Curitiba, 17 de Janeiro de 1948.

Exm^o. Snr.

dr. Juan Irazu

M. D. Secretario da "SOCIEDADE ARGENTINA DE UROLOGIA".

Saudações

Relembro com prazer nosso conhecimento por ocasião do ultimo Congresso Americano de Urologia, realizado em 1947 no Rio de Janeiro. Graças aos seus bons officios, recebi pouco tempo depois dois volumes da "Revista Argentina de Urologia", correspondendo a "Janeiro-Junho de 47" e "Janeiro-Dezembro de 46".

Não poderia ser melhor minha impressão a respeito da referida revista, a cual pode ser colocada sen favor algum entre as principaes publicações científicas que se editam no mundo.

Sentir-me-ei sobremaneira honrado, portanto, de ser contado entre os subscriptores da "Revista Argentina de Urologia" da qual o nobre colega e um

dos expoentes maximos. Valho-me, para tal fim, da ida a essa Capital do Ddo. Hamilton Leal, que lhe apresento como un rapaz distinto e de futuro medico promissor, o qual lhe apresentará pessoalmente meus cumprimentos, ao mesmo tempo que tratará de regularizar minha situação como subscritor da Revista em apreço.

Grato pela atenção, subscrevo-me cordealmente,

A. Di Pino.

Asociación Médica Argentina

Revista Argentina de Urología

Organo Oficial de la Asociación Argentina de Urología

INDICE GENERAL

AÑO XVI

1947