

## INJERTO GLANDULAR EN EL CANCER DE LA VEJIGA

(Comunicación previa)

Por los Dres. Prof. LEONIDAS REBAUDI y JULIO A. MARQUEZ BUSTOS

En esta comunicación previa queremos exponer sucintamente el resultado obtenido con el injerto de timo de feto a término, en un enfermo cuya historia clínica resumida, es la siguiente:

P. G., de 60 años, argentino, soltero.

*Antec. hered. y familiares.* — Sin importancia.

*Antec. personales.* — Niega venéreas; regular bebedor de vino; siempre ha trabajado de herrero.

Su *enfermedad actual* comienza desde hace varios meses con hematurias intensas, acompañadas de coágulos, y dolor vesical; siendo de tipo caprichoso, aparecen y desaparecen sin que el enfermo les dé importancia, hasta el momento actual en que es internado por la guardia en nuestro servicio de Urología.

Piel y mucosas pálidas, hipotenso; con abundante pérdida sanguínea en la orina. Transfusión de urgencia de sangre total. 500 gramos.

*Uretro-cistoscopia.* — Uretra normal en todo su trayecto; cuello vesical sin particularidad. Mucosa congestiva con una formación de tipo tumoral infiltrativa que ocupa el bajo-fondo y la pared lateral izquierda.

Internado el 8 de junio del corriente año, se efectúan las tomas radiográficas veinte días más tarde, una vez que el paciente ha experimentado leve mejoría de su estado general.

En el urograma descendente se visualizó una dilatación marcada urétero-pielo-calicial en ambos lados. La cistografía demuestra una falta de relleno en su sector lateral izquierdo.

Ante la perspectiva de tener que realizar una operación demoledora de la vejiga, cistectomía total, sin poder intentar la implantación urétero-intestinal, por contraindicarlo el estado de las vías excretoras, y habiendo llegado a nuestro conocimiento los trabajos realizados por el Dr. Alejandro Pavlovsky, sobre implantación de timo en enfermos de cáncer de intestino, nos decidí a llevar a cabo un procedimiento análogo, de la siguiente manera:

El 4 de agosto, se extrae de un feto a término, fallecido por procidencia del cordón umbilical, con serología negativa de la madre, y en el mismo momento se implanta, en el enfermo, entre el tejido celular subcutáneo y la aponeurosis, del oblicuo mayor, a cuatro traveses de dedo de la línea media. Este acto se lleva en práctica usando anestesia local infiltrativa, y cicatrizando por primera.

Un mes después realizamos un nuevo examen endoscópico, comprobando con asombro, que la lesión tumoral se ha reducido, que sólo ocupa la porción yuxta meática izquierda y que en esas condiciones es factible acometer una intervención conservadora, cistectomía parcial, que se efectúa veinte días después.

El resultado anátomo-patológico demuestra un carcinoma de vejiga.

Ante las consecuencias favorables del caso relatado hemos seguido en nuestro propósito, esperando sus resultados para traerlos a la consideración de los señores consocios.

## DISCUSION

- Dr. *Delporte*. — Desearia saber qué se le ha implantado a ese enfermo.
- Dr. *Márquez Bustos*. — Como lo señalé en nuestro relato, el timo de un feto nacido a término.
- Dr. *Trabucco*. — ¿Qué mecanismo probable de acción tiene el timo sobre la célula neoplásica?
- Dr. *Rebaudi*. — El doctor Alejandro Pavlovsky ha hecho un injerto de timo en un enfermo portador de un tumor de esófago y dice que la acción ha sido beneficiosa para el paciente.
- Dr. *Trabucco*. — ¿El timo cuando es injertado tiene una acción directa sobre el tumor, o bien, se trata de una acción indirecta sobre la hipófisis y el testículo?
- Dr. *Rebaudi*. — No podría precisar el mecanismo de acción del timo injertado en el sujeto portador de un tumor maligno. Conociendo las experiencias del doctor Pavlovsky nos hemos aprestado a seguirlas.
- Dr. *Márquez Bustos*. — Debe tenerse la cautela de realizar el injerto del timo ni bien se lo extirpa del feto. Cuando han pasado unas horas, hemos apreciado que se ha producido la lisis del timo y la abscedación en la pared abdominal.  
En otros enfermos hemos podido comprobar que se ha producido la lisis del timo, con supuración de la herida operatoria en la pared abdominal.
-

## REVISTA DE REVISTAS

---

### **Carcinomas raros de la glándula prostática. G. J. Thompson, D. D. Albers y A. C. Broders. «J. of Urol.». Vol. 69, N<sup>o</sup>. 3, March 1953. 416.**

Este relato se basa en el examen de 7 casos en los cuales el carcinoma a células escamosas, estaba aparentemente localizado en la glándula prostática, 8 casos de los cuales las células escamosas del carcinoma crecieron del epitelio del cuello vesical y comprendieron la glándula prostática, 6 casos, en los cuales un adenocarcinoma del recto subsecuentemente extendido a la glándula prostática, un caso en el cual las metastasis a la glándula prostática aparecieron varios años después de la operación de un carcinoma de estómago, y un caso, en el cual un carcinoma mocoide de la glándula prostática se desarrolló después de extirpar un carcinoma del pulmón. En la mayoría de los casos la consistencia suave y blanda de la glándula prostática llevó al examinador a creer que no existía lesión maligna. Después que se hizo el diagnóstico de lesión maligna, la terapia hormonal fué ineficaz en estos casos. No había aumento de fosfatasa ácida en el suero. La sobrevivencia postoperatoria fué corta, más corta aún que lo que se ve usualmente en los casos de adenocarcinoma de la próstata.

### **Iliocistoplastia en la vejiga contraída por tuberculosis. J. Cibert. «Brit. J. of Urol.» Vol. 25, N<sup>o</sup>. 2. Junio 1953. 99.**

Inspirado en el artículo de COURVELAIRE de 1950, sobre el manejo de la vejiga contraída por tuberculosis, y su intento de aumentar la capacidad vesical, realizó 17 operaciones de este tipo por medio de las cuales la vejiga fué anastomosada a una asa delgada del intestino (Ileocistoplastia). Refiere el autor, que es demasiado prematuro establecer el valor de esta operación, pero los estudios radiológicos de uno de esos casos tratados, son suficientemente interesantes para justificar su publicación aunque no hayan transcurrido más de 2 años de la misma. Describe ampliamente su técnica.

### **Complicaciones después del uso de la estreptomina y ácido paraminosalicílico en la tuberculosis renal avanzada. S. Scher. «Brit. J. of Urol.» Vol. 25, N<sup>o</sup>. 2. Junio 1953.**

Aunque el número de casos presentados 4, es escaso, se juzga oportuno la presentación por haber observado las siguientes alteraciones: 1<sup>o</sup>) Dilatación del trayecto urinario superior, asociado con el reflujo del uréter. No hay aparente estrechez en la unión uretero-vesical. 2<sup>o</sup>) Contractura alejada de la vejiga. 3<sup>o</sup>) Formación de estrecheces en el curso del uréter. Señala que estas alteraciones iniciales, nunca se habían observado con anterioridad al uso de estas drogas, pero sí como fenómenos alejados de la tuberculosis avanzada. Este efecto, es producido por la muy eficiente acción de esas drogas en la destrucción de los bacilos tuberculosos y la consecuente liberación de toxinas con reacción inflamatoria induciendo a la fibrosis. Como drogas para contrarrestar esta fibrosis, se usa la Nicotibina de efecto dudoso y para suprimir las lesiones inflamatorias la cortisona de reacción peligrosa. Según el estado de cosas, sugiere el autor si no estaría indicado suprimir el uso de la estreptomina y Paz en los casos de tuberculosis avanzada.

**La ureterostomía cutánea no es una enfermedad definitiva, R. Courvelatre.** «J. d'Urol». T. 59, N.º. 6. 1953. 358.

Entre los procedimientos de exclusión vesical, u. c. ha tenido siempre un lugar importante. Considera que la misma es benigna pero no exenta de inconvenientes y por lo tanto no debe considerársela como una enfermedad definitiva. Para restaurar el uréter, aún en su totalidad emplea un segmento de intestino delgado, al cual se le mantiene su irrigación y se lo extraperitoniza. Cree que es una operación lógica y superior a la anastomosis ureterocólica y al tubo de restauración con pared vesical cuyos inconvenientes detalla. Aplica esta técnica quirúrgica en un caso de tuberculosis y otro de neoplasia vesical que trata en uno o más tiempos con la uretero-ileo-cistoplastia, la piel-ileo-cistoplastia y la uretero-ileo-uretroplastia. Basa la posibilidad de estas operaciones en estudios experimentales donde se prueba que el reservorio ileal posee contracciones y no tiene reabsorción. No descarta la posibilidad de la dilatación hidronefrótica y duda sobre la larga vida de estos pacientes.

**El ántrax del riñón. G. Rosini y S. Galdini.** «Arch. Ital. de Urol.» Vol. 26. 1953. Fac. 1.

Las supuraciones del parénquima renal de origen hematógeno se presentan bajo 3 aspectos anatómopatológicos principales: a) Absceso cortical miliar. b) Absceso renal. c) Antrax renal. La afección no es frecuente y tiende a ser menos hallada por el uso de los antibióticos. Sobre 7 casos, encontró la falta de foco inicial cutáneo y se atribuyó la lesión a otros focos sépticos. El dolor violento lumbar, brusco, se observó en 6 casos y se lo interpretó como ruptura de la cápsula renal. Las imágenes radiológicas, son similares a las de algunas neoplasias, pero las lesiones son reversibles cuando desaparece el proceso inflamatorio, sólo persisten en las lesiones enquistadas. El tratamiento quirúrgico citado en los 7 casos. fué: 1) Lumbotomía u drenaje. 2) Ecisión del foco del antrax. 3) Resección parcial renal. 4) Nefrectomía. La simple lumbotomía, sin ver la lesión de origen renal, prolonga la supuración post-operatoria y la mejoría del paciente. Las lesiones iniciales, tienden a enquistarse con el uso de los antibióticos.

# Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

BARCELONA, ESPAÑA

*Servicio de Urología. Director: Dr. A. PUIGVERT*

## BECAS PARA PERFECCIONAMIENTO UROLOGICO

A fin de facilitar el perfeccionamiento en la especialidad de Urología, por acuerdo de la Muy Ilustre Administración del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo han sido creadas dos plazas de Médicos Residentes, de dos años de duración, en el Servicio de Urología de dicho Hospital, para médicos españoles e hispano-americanos.

Los médicos residentes colaborarán en todas las actividades científicas, clínicas y operatorias del Servicio de Urología, bajo la dirección del Director del mismo, y finalizados los dos años de residencia, previa presentación de una Memoria, el Médico Residente percibirá un premio en metálico, cuya cuantía será determinada, y un Diploma acreditativo.

Para concursar a la Beca de Médico Residente, pueden dirigirse al Sr. Secretario de la Muy Ilustre Administración del Hospital, quien informará acerca las condiciones para tomar parte en el concurso.

Barcelona, noviembre de 1953.