

## LA CISTECTOMIA TOTAL EN EL TRATAMIENTO DE CIERTAS NEOPLASIAS DE VEJIGA

Por los Dres. GERARDO VILAR y RODOLFO I. MATHIS

Hace poco tiempo hemos publicado con detalles, la observación del primer enfermo en quien practicáramos una cistectomía total, después de derivación intestinal de la orina. Nuestro objeto es dar a conocer nuestra experiencia y llamar la atención sobre las posibilidades que nos brinda este recurso, en el tratamiento de algunas formas de cáncer vesical.

Es de hacer notar que al llegar a la cistectomía después de la derivación intestinal de la orina, en dos tiempos previos, nos ha permitido comprobar el beneficio extraordinario que obtienen estos enfermos, y que conceptuamos importante consignar, y afirmamos que como tratamiento paliativo de la neoplasia, es el mejor que hoy conocemos. Explicamos esta mejoría:

1º — Por la cesación inmediata de los dolores, del tenesmo y de la polaquiría, al punto que algunos enfermos se creen curados y es menester persuadirles de la necesidad de someterles a la intervención curativa.

2º — La evidente mejoría local de la neoplasia, que hemos podido atestiguar al abrir la vejiga y ver la lesión, que había sufrido una extraordinaria involución. Esto puede ser explicado por la cesación de la acción irritativa de la orina sobre el tumor y por la mejoría de la cistitis neoplásica que tan a menudo acompaña. No dudamos en comparar lo que sucede, con la mejoría que obtienen las neoplasias colónicas con la derivación total de las materias a lo Devine.

En este momento presentamos cinco observaciones cuyos resultados podemos calificar de óptimos, lo que nos permite sacar conclusiones de sumo interés, conclusiones que derivan de la observación cuidadosa y de los resultados obtenidos.

## COMENTARIO

Caso N° 1. Esta observación fué publicada en la Prensa Médica Argentina. Año XXXII. N° 52: página 2580.

Este enfermo hace una vida muy llevadera: las deposiciones casi siempre líquidas se realizan cada cuatro horas; ha desaparecido la intolerancia rectal, manteniendo un excelente estado general, sin sufrimientos de ninguna especie.

Caso N° 2. — R. R. Italiano. 44 años. Casado. Ingres a la Sala VI del Hospital Fernández (Jefe: Dr. Gerardo Vilar) el 10 de julio de 1945, donde ocupa la cama 28. Historia N° 307.

Sin antecedentes importantes, comenzó su enfermedad un año antes con polaquiuria y ligera disuria, dolor perineal al fin de la micción difícil de definir. Poco después aparece hematuria de tipo terminal al principio, para hacerse frecuentemente total, pero nunca abundante; estos síntomas se van acentuando progresivamente a pesar de los distintos tratamientos seguidos.

A su ingreso se comprueba un hombre bien desarrollado, en regular estado de nutrición. El examen clínico no revela nada de particular.

El estado urinario demuestra: orinas sanguinolentas en los dos vasos Urtetra libre. No hay retención vesical. Tacto rectal sin particularidades.

Endoscopia: capacidad 130 c.c. mucosa congestionada y con edema buloso; muy acen tuado en el lado izquierdo. Cuello cóncavo: en el lado izquierdo es muy irregular con aparición de edema intenso que se continúa con el resto de la mucosa vesical. No se visualizan los meatos ureterales.

Se instituye curaciones de vejiga con Nitrato de plata.

Segunda endoscopia (28 de julio). Capacidad 260 c.c. Mucosa sana, cuello cóncavo. Meatos ureterales bien implantados de aspecto sano. En el lado izquierdo y extendiéndose desde la I a las IV de la esfera horaria existe un tumor sesil, vegetante, de límites imprecisos, y que se extiende hasta el cuello al que invade.

Análisis clínicobiológicos normales. Pruebas funcionales de riñón íd.

Se obtiene un estudio urográfico urinario que revela urograma alto normal. El cistograma permite ver una vejiga con grosera irregularidad y falta de relleno en el lado izquierdo. (Fig. N° 1).

Prevía meticulosa preparación intestinal con sulfasuxidina se realiza.

1ª operación el 23 de julio de 1945. Operador Dr. G. Vilar. Ayudantes Dres. R. I. Mathis y J. Vilar. Anestesia Raquinovocaina 0,12 grs. entre 1ª y 2ª L.

Incisión iliaca oblicua del lado derecho, por divulsión. Se investiga el uréter de aspecto sano, que se liga y secciona bien bajo. Se abre peritoneo y se explora gran cavidad; no se comprueban metástasis. Extraperitonización por artificio de la sigmoide en una extensión de 8 centímetros, a nivel de una franja. Se tuneliza en una extensión de 6 centímetros. Preparación del uréter y punto perforante de mucosa. Fijación de uréter a sigmoide con dos puntos. Drenaje de guante. Cierre al catgut. Piel con algodón.

Postoperatorio: se coloca sonda rectal a permanencia. Hidratación. Sulfasuxidina.

26 de julio: se retira el drenaje. Enfermo afebril.

27 de julio: comienza abundante eliminación de orina por la sonda rectal; muy buen estado general. Afebril.

28 de julio: el enfermo elimina sangre roja mezclada con orina por el recto.

31 de julio: se retiran los puntos de piel. Cicatrización por primera.

El 9 de octubre se obtiene nueva urografía excretoria, que demuestra regular dilatación de las vías altas del lado operado. En esta fecha el enfermo elimina orina por su recto cada 4 horas. La micción vesical se realiza más espaciada.

8 de setiembre de 1945: 2ª operación. Preparación "ad hoc".

Operador Dr. G. Vilar. Ayudantes: Dres. R. I. Mathis y A. Goldaracena.

Incisión iliaca oblicua del lado izquierdo. La intervención se realiza con la misma técnica que el primer tiempo. Es de hacer notar que es muy facilitada por la complacencia de la sigmoide.

Postoperatorio ligeramente febril. Los días siguientes abdomen distendido.



Figura 1

15 de setiembre: se retira el drenaje saliendo pequeña cantidad de serosidad sanguinolenta. Los días subsiguientes existe supuración discreta de la herida, sin pérdida de orina. Las deposiciones se hacen cada 4 horas, desde el 7º día que se retira la sonda retal.

3 de octubre: enfermo en excelentes condiciones. Afebril. Han cesado las molestias vesicales en absoluto, al punto que se cree ya curado. La urea está sus cifras normales. Muy buen apetito.

3ª Intervención: Cistectomía total el 5 de octubre de 1945.

Operador Dr. G. Vilar. Ayudantes, Dres. R. I. Mathis y W. Alvarez Colodrero Anestesia Raquípercaína: 0.007 grs.

Incisión umbilicopúbica. Disección y aislamiento de las caras posterior y laterales de vejiga. Sección de los ligamentos pubovesicales: ligadura y sección de los pedículos vasculares medios. Se aíslan con relativa facilidad ambas vesículas seminales y deferentes que se ligan y seccionan. Se liberan los muñones ureterales. La separación próstatorectal es más dificultosa pero se consigue realizar bien. La vejiga sólo queda sostenida por la próstatouretra, hacién-



Figura 2

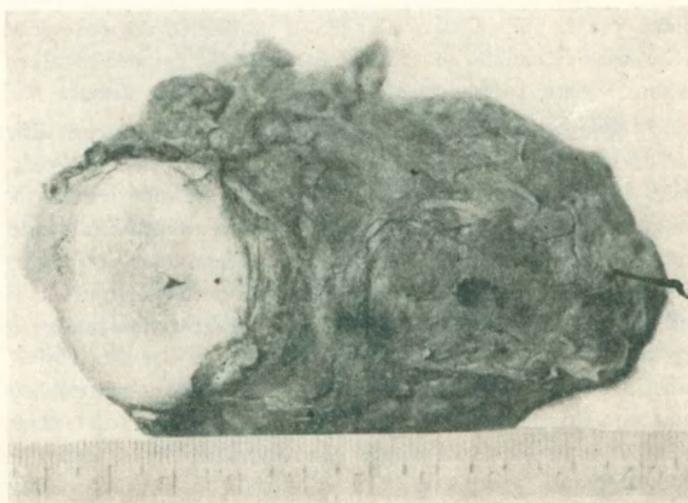


Figura 3

dose la sección en medio de la glándula prostática, con la ectomía en block de vejiga, próstata (parte) vesículas y extremo de deferentes y uréteres. Toilete de la extensa superficie del suelo pelviano. Sulfamida local. Drenaje con tubo y gasa que se hace salir por el extremo inferior de la herida. Cierre de la pared por planos con catgut. Piel con algodón. Curación.

El posoperatorio se realizó afebril, sin shock; al cuarto día se comienza a movilizar el drenaje, dando salida a exudado achocolatado abundante, que en los días siguientes disminuye progresivamente. Se retiran los puntos de la piel al sexto día con buena cicatrización.

El 25 de octubre se comprueba enfermo en muy buen estado general, buen apetito. Defecación cada cuatro horas, sin sensación de tenesmo rectal. La secreción achocolatada ha casi cesado. La presión dígito-rectal hace salir todavía unos pocos c.c. Se da de alta.

Este enfermo sin embargo si bien mantiene un buen estado general, hace periódicamente escalofríos con brotes febriles e inapetencia acompañando a dolores lumbares del lado derecho. En los últimos tiempos se ha conseguido disminuir mucho con curas sulfamidicas a pequeñas dosis y prolongadas.

La figura N° 2 muestra el enfermo después de las intervenciones. Puede verse el excelente estado general y las cicatrices operatorias.

La figura N° 3 que debemos a la gentileza del Prof. A. Bianchi, muestra la pieza operatoria.

Caso N° 3. — A. B. 48 años, argentino, casado. Procedencia, Lanús.

Viene a la consulta por primera vez el 24 de julio de 1945.

Sin antecedentes hereditarios y personales de importancia, este enfermo fué intervenido un año antes en un hospital municipal donde dice que le practicaron una prostatectomía, a raíz de varios episodios de retención aguda completa de orina; después de su alta en buenas condiciones, sigue bien durante un mes, para comenzar desde entonces con una polaquiuria cada vez más intensa, sin hematuria. Sigue varios tratamientos con los que no obtiene mejoría.

El estado actual en esa fecha comprueba un hombre adelgazado con mucosas pálidas. Las orinas son uniformemente turbias, haciéndose la micción cada hora con intenso dolor terminal. El calibre uretral está conservado, no sintiéndose el resalto del cuello a la exploración. No existe residuo vesical. El tacto rectal revela un esfínter con buen tonismo, ampolla rectal libre; a nivel de la zona prostática se comprueba una superficie irregular e indurada con sensación cicatricial. Por encima, y a la palpación combinada se percibe una pared vesical infiltrada. Esta infiltración es mucho más extendida en el lado derecho. Se le medica al enfermo con sulfamidas y curaciones antiflogísticas de vejiga, con lo que se obtiene discreta mejoría.

Endoscopia el 8 de agosto. Orinas lechosas. El medio aclara con dificultad. Capacidad vesical 200 c.c.; se encuentra la mucosa sana en toda la zona de la bóveda, percibiéndose en la hemivejiga derecha e invadiendo el trigono un tumor vegetante recubierto de gran cantidad de exudado blanco que dificulta la visión. Toda esta zona sangra fácilmente. No se alcanzan a visualizar los meatos en esta zona sino con mucha dificultad. El indigo carmín aparece a los 5 minutos tenue en el lado derecho; 3 minutos intenso en el izquierdo.

El estudio radiológico comprueba en la radiografía simple dos sombras anormales una en cada área renal que la urografía excretoria localiza la del lado derecho a nivel del cáliz inferior y en el lado izquierdo en el cáliz superior. Existe una discreta uroectasia alta y una franca deformación del contorno inferior de la vejiga con zonas irregulares de relleno. (Figura N° 4).

Se hace diagnóstico de neoplasia de vejiga con invasión del trigono y se resuelve la operación.

Análisis biológico sin particularidad. Pruebas funcionales de riñón suficientes. Preparación intestinal desde cuatro días antes

El 2 de octubre de 1945: 1ª operación. Sanatorio Lavalle.

Operador Dr. Mathis. Ayudante Dr. A. Claret.

Anestesia Raquinovocaina 0,12 grs.

Incisión oblicua inguino-abdominal lado derecho, por divulsión. Se rechaza peritoneo y se investiga el uréter que está discretamente dilatado. Se liga y secciona bien bajo. Se abre la cavidad y se explora; no se encuentran metástasis. Se exterioriza la parte inferior de la sigmoide y se extraperitoniza con una corona de puntos de algodón. Se hace un abocamiento subseroso muscular del uréter en una extensión de 6 cms., y se perfora la mucosa bien bajo. la invaginación posterior con jareta. Se fija el extremo superior del uréter al intestino. Dre-

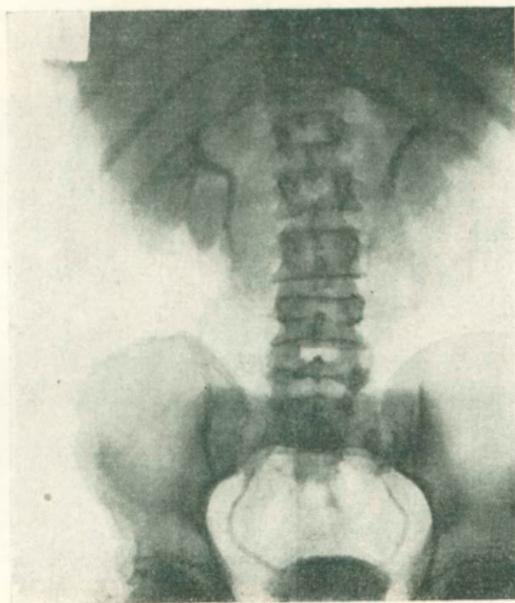


Figura 4

naje de guante. Cierre por planos al catgut. Piel con algodón. Curación. Sonda rectal. Sulfasuxidina.

Postoperatorio absolutamente afebril. Se retira el drenaje al cuarto día, la anastomosis comienza a funcionar al segundo día. Al tercer día diuresis por vías naturales 750 grs.; por el recto 700 grs. Sexto día se retira la sonda rectal. Al séptimo día los puntos. La herida da ligera serosidad.

En los días siguientes el enfermo se repone rápidamente comenzando su movilización a los 8 días. La micción por vías naturales es más espaciada y menos dolorosa. Por vía rectal se realiza cada dos horas con tenesmo tolerable.

2ª operación el 18 de octubre de 1945. Sanatorio Lavalle.

Anestesia, operador y ayudante id.

La intervención es idéntica a la anterior pero en el lado izquierdo. Sin embargo la exteriorización del sigmoide se realiza con dificultad por estar retraído, lo que obliga a trabajar en la profundidad.

El postoperatorio fué más tumultuoso; con algunos picos febriles los días siguientes; al cuarto día comienza a tener por la herida derrame de orina que empapa la curación y obliga a cambiarla varias veces en la jornada. Los sufrimientos miccionales han desaparecido. Al octavo día se retiran los puntos de piel. Continúa la fístula urinaria y para evitar el derrame se resuelve colocar una sonda Pezzer que llena bien su función. El enfermo mejora visiblemente día a día.

3º Intervención el 3 de noviembre de 1945. Sanatorio Lavalle.

Operador, Dr. R. Mathis; ayudante Dr. Claret y Médico Interno.

Anestesia Raquípercaína 0.007 grs. entre 2ª y 3ª L. que se completa con éter al final. Se hace un campo aislando con tela adhesiva la fístula iliaca. Resección de la cicatriz mediana suprapúbica y extensión de la incisión hasta el ombligo. En las maniobras de liberación de vejiga se abre peritoneo, brecha que se aprovecha para explorar comprobándose vejiga retraída y sumamente infiltrada en la base. Cierre de la serosa. El aislamiento y la ectomía de vejiga, vesícula seminales, extremos de deferentes y uréter se hace en block. La uretra es seccionada bien bajo, inmediatamente por encima del suelo pelviano. Toilette de la superficie cruenta. Sulfamidas. Taponamiento con gasa. Cierre de la pared por planos con catgut. Piel con algodón. El extremo de la gasa se hace salir por la extremidad inferior de la herida. Curación.

Postoperatorio: enfermo en muy buenas condiciones al día siguiente. Sin temperatura ni signos de shock. La diuresis por la fístula del uréter izquierdo se ha mantenido bien. En cambio no hubo drenaje rectal; se coloca sonda a permanencia por esta vía.

Al tercer día comienza a funcionar la anastomosis rectal. 4º día repunte térmico que cede con la movilización del taponamiento lo que la salida a secreción achocolatada. Al 6º día se retira completamente el drenaje quedando el enfermo afebril.

8º día se retiran los puntos y es dado de alta con su fístula iliaca izquierda en buenas condiciones.

El estudio anátomo-patológico de la pieza operatoria que debemos a la gentileza del Prof. Andrés Bianchi dice:

30 de noviembre de 1945. Inclusión Nº 2041.

Epitelioma espino celular paraqueratósico infiltrativo de vejiga urinaria. Cistitis infiltrativa hemorrágica crónica.

Caso Nº 4. — E. C. 47 años, argentino, empleado.

Enfermo que no revela antecedentes patológicos. Su enfermedad actual comienza el 13 de julio de 1945, con dolores lumbares y hematuria terminal, sin polaquiuria ni otro trastorno urinario. Como estas molestias continuaran viene a la consulta cuatro días después; se le prescribe medicación sintomática, pero como el día 20, continuara su hematuria se practica examen cistoscópico, comprobándose el siguiente estado urinario: orinas sanguinolentas. Uretra libre; posterior de 5 cms. No hay residuo vesical. El medio aclara con facilidad con el agua de lavado. Capacidad 20 c.c.; mucosa sana; vejiga en columnas discretas. El cuello es convexo con esbozo de ángulo diedro superior. Meato ureteral izquierdo bien implantado, eyacula orina clara. El meato derecho no se visualiza. Toda esta zona tiene la apariencia de gran congestión y edema, pues hasta allí se extiende un gran tumor sesil que abarca el lado derecho desde las VI hasta las X de la esfera horaria; dicho tumor sesil encefaloide, no bien limitado, se extiende hasta la zona del cuello sin límites de demarcación.

El tacto rectal comprueba una próstata a tipo adenoma del tamaño de una pequeña mandarina. Por encima y a derecha franca infiltración de pared vesical.

La urografía excretoria (Fig. Nº 5) revela vías altas con buena función excretosecretoria. Vejiga con amplia falta de relleno e irregularidad en el lado derecho.

Diagnóstico: tumor sesil e infiltrado de vejiga extendido a cuello y trigono. Se aconseja cistectomía, como única posibilidad curativa.

Primera operación el 28 de agosto de 1945, después de intensa preparación intestinal Sanatorio Norte.

Incisión inguino abdominal oblicua lado derecho. Investigación de metástasis negativa. El abocamiento del uréter se hace por tunelización y con perforación directa de mucosa. Los demás tiempos como en intervenciones anteriores.

Postoperatorio afebril. Se retira el drenaje de goma al tercer día. Al sexto día se retiran los puntos de piel con cicatrización por primera.

La anastomosis comenzó a funcionar el mismo día.

Segunda intervención: el 11 de setiembre. Sanatorio Norte.

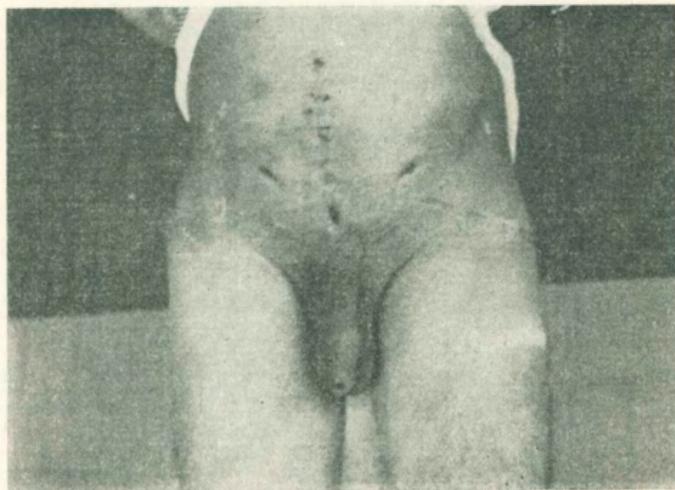


Figura 5

Operador y ayudantes id. de operación anterior.

Se practica en el lado izquierdo siendo los detalles técnicos idénticos al primer tiempo. Sigmoide muy complaciente. El postoperatorio es febril, pero la diuresis es abundante por la sonda rectal. La herida supura pero sin pérdida de orina. Como continuara con fiebre elevada a pesar de la sulfamidoterapia se prescriben 600.000 unidades de penicilina con lo que todo entra en orden a los 15 días. El enfermo sale de alta con regular tenesmo rectal; deposiciones cada dos horas, con abundante diuresis y habiendo recuperado su apetito.

El tercer tiempo se le practica el 29 de noviembre de 1945.

Es de hacer notar que el enfermo se cree curado. La tolerancia intestinal es muy buena, moviendo su vientre cada tres o cuatro horas sin mayores molestias. Algunas veces ha tenido ligeros repuntes febriles, coincidiendo ello con verdaderos periodos de constipación. Desde que cuida tener su vientre corriente con laxantes suaves y enemas, esto no ha ocurrido.

Es importante consignar que ha recuperado 6 kilos de peso en este tiempo. El enfermo nunca había alcanzado este peso.

Sanatorio Norte. Operador. Dr. Mathis. Ayudantes, Dres. Claret y Rodríguez. Anestesia Raquipercaína 0.007 grs. entre 2ª y 3ª L. Al final general éter.

Incisión mediana umbilico-pública. Se aísla vejiga y se extraperitoniza sin gran dificultad. El aislamiento se lleva a cabo en la cara posterior hasta el espacio decolable de Prost. Se ligan y seccionan ambos deferentes y se liberan los muñones ureterales y las vesículas seminales todo en block.

Toda esta liberación se lleva hasta el suelo pelviano donde se secciona la uretra inmediatamente por debajo de la próstata. Toilette y hemostasia cuidadosa de la amplia superficie cruenta. Sulfamidas local y taponamiento. Cierre de la pared en dos planos al catgut. Piel con algodón. Curación.

Postoperatorio: llama la atención el poco shock. Al quinto día se retira el taponamiento. Drena poca cantidad de líquido achocolatado. Se retiran los puntos a los 7 días. Afebril.

Alta del sanatorio el 15 de diciembre en óptimas condiciones. Sólo resta ligera secreción sero-purulenta de su segunda intervención.

La figura N° 5 muestra las cicatrices de sus tres intervenciones.

Quinto caso. — C. S. Hospital Fernández. Sala de Urología. Jefe Dr. Gerardo Vilar. Cama 12.

Italiano, soltero, albañil. Entrada el 11 de setiembre de 1945.

Alta el 12 de diciembre. Historia N: 370.

Sin antecedentes hereditarios de importancia, contrae una lúes a los 29 años que trata correctamente. Las reacciones serológicas efectuadas últimamente ha sido negativas. En 1937 es tratado por uno de nosotros (Dr. Mathis) por un pólipo vesical. Se le practicaron entonces tres sesiones de electrocoagulación endoscópica, siendo comprobada su curación seis meses después.

Su enfermedad actual comienza tres meses antes de su ingreso con ardor y dolor al fin de la micción, que se va acentuando progresivamente. Las orinas son turbias y en los últimos días aparecen pequeños coágulos.

El examen clínico revela un estado físico deplorable. Enfermo emaciado. Sin embargo el estudio de sus distintos aparatos no revela nada de particular.

El árbol urinario revela: orinas sanguinolentas. Calibre uretral conservado. No hay retención vesical. El tacto rectal demuestra una induración de la pared vesical en el lado izquierdo con los caracteres de la infiltración neoplásica.

Endoscopia (28 de agosto). Orinas turbias que coloran con dificultad con el agua de lavado. Capacidad 200 c.c. Mucosa sana en el lado derecho. Meatos ureterales bien implantados, de aspecto sano y con eyaculaciones rítmicas a derecha. En el lado izquierdo y extendiéndose desde la I a las IV de la esfera horaria existe un tumor de límites imprecisos en parte infiltrado y en parte saliente cuya superficie presenta amplias zonas con aspecto esfacelado. Este tumor se extiende hasta el cuello al que invade el meato de este lado está bien implantado pero hasta su labio superior llega la superficie infiltrada.

Análisis biológicos absolutamente normales.

El estudio radiológico demuestra que existe función evacuadora de vías altas con franca uroectasia, bien pronunciada a izquierda, donde el uréter en su porción pelviana está muy dilatado (fig. N° 6). El cistograma muestra una vejiga groseramente deformada en forma irregular con gran falta de relleno en el lado izquierdo, pero extendiéndose hasta la zona cervical.

Primera operación el 2 de octubre. Raquinovocaina 0.12 grs.

Operador Dr. G. Vilar. Ayudantes, Dres. Mathis y Goldaracena.

Incisión iliaca oblicua del lado derecho por divulsión. La exploración intraperitoneal permite comprobar en el plano posterior a nivel del promontorio un tumor fijo del tamaño de un huevo de paloma, bien limitado y blanduzco, que se prefiere respetar. Se extraperitoniza zona de la sigmoide y después de sección de uréter discretamente dilatado se anastomosa por tunelización a la manera de Papin. Drenaje con tubo. Cierre por planos.

Postoperatorio sin incidentes. Se retiran drenaje y puntos a los 7 días.

La ostomía rectal comienza a funcionar a los 3 días.

Segunda operación el 19 de octubre. Operador Dr. G. Vilar. Ayudante. Dres. Mathis y Bentolila. Anestesia Raquinovocaína 0.12 grs.

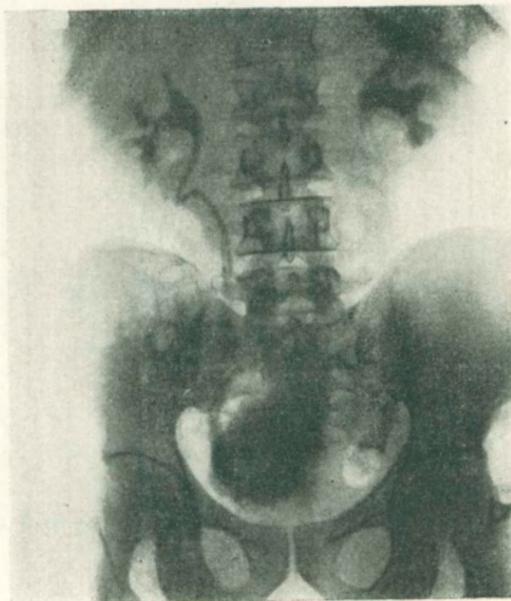


Figura 6

Intervención que en nada difiere de la anterior en lado izquierdo. Sigmoide complaciente. Se comprueba el tumor posterior más reducido.

Postoperatorio ha sido interesante. El estado local fué excedente en todo momento. Se retiró el dren a los 5 días. Cierre por primera. Los puntos se retiran al 7º día. No obstante el enfermo adquiere un aspecto de intoxicado, pulso encima de 120 por minuto y temperatura oscilante entre 37°5 y 39°. Se interpreta como cuadro de pielonefritis ascendente dada la intensa uroectasia. La diuresis se mantiene abundante por el recto. El comienza a drenar una colección uropurulenta a nivel de la última incisión, y aunque el estado local es satisfactorio continúa el estado febril y el cuadro tóxico.

A pesar de todo se resuelve efectuar el tercer tiempo el 29 de noviembre. Raquipercaína 0.0075 grs. entre 2ª y 3ª L. Operador, Dr. G. Vilar. Ayudantes, Dres. R. Surra y R. Mathis.

Incisión umbilicopública. Se libera la vejiga siguiendo los clívdos naturales. Al efectuar las maniobras de tracción para liberar la cara posterior, se hace una pequeña brecha por la que se derraman 100 grs. de líquido uropurulento mal oliente. (Viejo residuo vesical

ectasiado). Hemostasia cuidadosa. Se continúa aislando la vejiga, ambas vesículas y cabos ureterales, ligadura y sección de ambos deferentes. Se comprueba la vejiga sólo en relación con la uretropróstata que se secciona a nivel del suelo pelviano.

Toilette. Sulfamida local. Taponamiento de la amplia superficie cruenta. Cierre por planos con catgut. Piel con algodón.

Incindida la pieza demuestra la existencia de un adenoma periuretral, al que no duda-

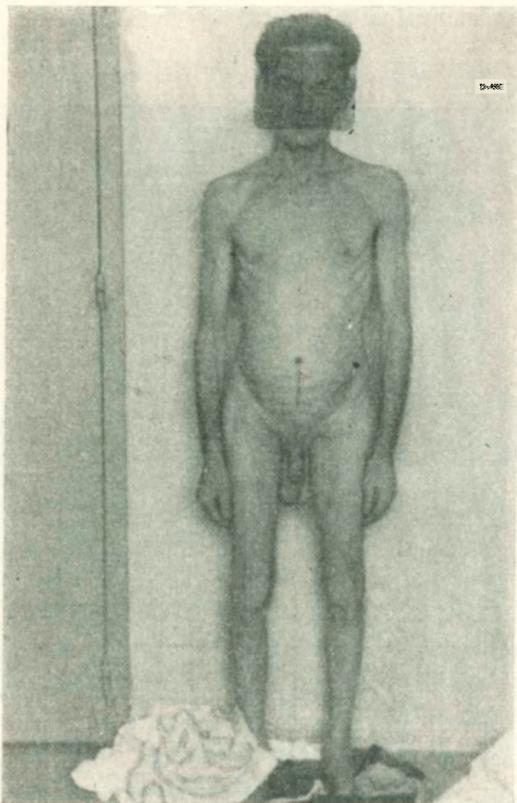


Figura 7

mos en atribuir la retención. Un gran tumor encefaloide ocupa toda la hemivejiga izquierda con invasión de la zona cervical.

El postoperatorio fué muy benigno no obstante el mal estado general del enfermo. El 2 de diciembre se comprueba ausencia de fiebre, recuperación extraordinaria del apetito, lo que nos hace concluir que el estado tóxico estaba condicionado por el residuo séptico vesical.

En los días siguientes se retira el taponamiento drenando un líquido achocolatado que disminuye progresivamente. La diuresis se hace por vía rectal en forma muy llevadera.

El 15 de diciembre el enfermo se queja de pesadez hipogástrica, el tacto rectal demuestra la existencia de una colección pelviana que se drena fácilmente al colocar una sonda "bequille" por la uretra y expresión dígito-rectal. Esta maniobra se repite los días siguientes hasta la total curación.

La figura N° 7 muestra al enfermo después de su última intervención cuando ya había mejorado el estado general, manteniendo aún su gran emaciación.

## COMENTARIOS

Después de la experiencia que relatamos, nos afirmamos más en nuestra convicción que es este el tratamiento de elección en los tumores de vejiga infiltrativos, que extendiéndose ya sea al trigono o al cuello no permiten tentar intervenciones más benignas como son las endovesicales o la cistectomía parcial. Es este el único recurso curativo en estos casos, y en este sentido está justificada esta terapéutica aún cuando se la puede criticar de larga y cruenta.

La observación posterior de estos enfermos nos ha permitido comprobar que la invalidez que sobreviene como consecuencia de la derivación intestinal es muy soportable y hace tan llevadera la vida que algunos de ellos han reanudado sus ocupaciones.

Las consecuencias de la sigmoideuréteroanastomosis, dilatación de vías altas y crisis de pielonefritis ascendente muy variables en su severidad, pero en general fácilmente yugulables con tratamiento médico. La observación N° 4 es interesante en cuanto condiciona sus crisis febriles con episodios de constipación fácilmente evitables.

Pero hay más; el bienestar que es consecuencia de la derivación de las orinas es tan evidente que conceptuamos muy indicada esta derivación aún cuando no se llegue a la intervención vesical; por ello es que la exploración intraabdominal que practicamos sistemáticamente en el primer tiempo, para descubrir las metástasis, nos revela su presencia, no dejamos de efectuar la derivación a título paliativo. En estos casos la mejoría del estado general y local de la neoplasia son tan evidentes que creemos es el mejor tratamiento ante una afección tan terrible y para la que estábamos tan desarmados.

## DISCUSIÓN

Dr. Trabucco. — *La observación que comunican los doctores Vilar y Mathis acerca del beneficio que tienen los enfermos al hacerle la derivación de la orina, yo la he comprobado.*

*Justamente, tengo un enfermo que lleva dos años y medio de derivación de orina, que no se ha dejado hacer la cistectomía porque se encuentra en tan buenas condiciones que no quiere saber nada de una tercera intervención. Confieso que no he tenido la suerte que ha tenido el doctor Mathis para hacer las cistectomías. Las derivaciones han andado muy bien y las han soportado perfectamente, tal cual lo ha relatado el doctor Mathis, pero en cuanto a las cistectomías, hemos encontrado que es una operación eminentemente shockante. La más*

*larga sobrevivida obtenida fué de uno dos meses; las restantes, alcanzaron escasamente a la semana.*

*La causa de la muerte —aparte del shock incontrolable— podrá ser debida también a la absorción que haya tenido el enfermo en la cavidad. En los dos últimos casos que tuvimos en el Hospital Alvear, observamos una reacción peritoneal intensísima sin tener progresión el tumor en el sentido ganglionar, al extremo de que, en el penúltimo caso que se hizo, el enfermo murió a las 48 horas por una complicación peritoneal.*

*Quisiera preguntarle al doctor Mathis, el grado de malignidad de los tumores. Ese es un punto muy importante. Hemos observado que con eliminaciones parciales del tumor, o sea, practicando la hemiuréterocistectomía, los enfermos han conservado su órgano, han tenido un riñón funcionando perfectamente bien y hoy son aptos para el trabajo, habiendo recuperado su micción por la uretra y su capacidad vesical exclusivamente con la mitad de la vejiga.*

*En otros enfermos con tumores infiltrantes también de trigono, hemos practicado la cistectomía parcial —total de pared— llegando hasta la grasa retrovesical, con sutura de dos puntos y drenaje amplio. También en ese caso, han recuperado su función sin haber perdido la vejiga y sin haberse reproducido, hasta ahora, la formación tumoral dentro de la vejiga. Algunos de estos pacientes ya llevan 3 años de operados, con un tumor de grado 4.*

*Desearía, pues, saber si han determinado la malignidad del tumor y las formas anatomopatológicas para poder tener una base más firme para la indicación exploratoria de la cistectomía total.*

*Dr. Iacapraro. — Felicito a los doctores Vilar y Mathis por el interesante trabajo presentado y por los magníficos resultados obtenidos.*

*Desearía conocer el porcentaje de esos éxitos en relación al número de enfermos que han tratado, es decir, si estos enfermos corresponde a los éxitos obtenidos en el número limitado que ellos destacan o si éste es el número de éxitos en un número equis de enfermos en que hubieran intentado la cistectomía.*

*Dr. Vilar. — La cistectomía total que hemos practicado la consideramos absolutamente libre de todo shock.*

*A pesar de que algunos tumores eran sumamente infiltrativos y ya salían de los límites de la vejiga, habiendo adherencias al pubis, debiendo irse a buscar, por supuesto, al peritoneo sobre el recto, no hemos tenido ningún shock postoperatorio. Es increíble la benignidad que hemos observado en todos estos casos.*

*Recuerdo que en uno de esos casos, el doctor Surra Canard, que estaba presente, me dijo: me parece que a éste no va a poderlo extirpar. Allí había una*

*sínfisis con el pubis y con el fondo del Douglas que realmente parecía imposible. En ese caso, tuvimos que desecar hasta cerca del ano para poder llegar a extirpar toda la parte infiltrada. A pesar de eso, y de no haberse dejado drenaje perineal, no hubo shock.*

Dr. Lockhart. — Considero que es de un interés extraordinario la interesante comunicación de los doctores Vilar y Mathis, y que pone en el tapete de la discusión, un tema de palpitante interés dentro del momento actual de la urología.

*Por el momento, nuestra experiencia es reducida. Hemos hecho solamente de 10 a 12 implantaciones ureterales y las hemos realizado en base al mismo criterio sustentado por los doctores Vilar y Mathis: el sufrimiento intolerable de los enfermos. El resultado de estas implantaciones ureterales fué muy bueno en todos, menos en una enferma, en la cual llamaba extraordinariamente la atención, la delgadez de los uréteres. Esa paciente hizo una anuria que terminó con su vida.*

*En la mayoría de los casos, hemos preparado los enfermos suministrándoles sulfasuxidina, durante unos días y en lo posible hemos tratado de hacer en un tiempo la implantación de ambos uréteres en el sigmoideo. Prácticamente, no hemos tenido reacciones peritoneales y el postoperatorio inmediato fué muy bueno en todos ellos. Hemos seguido la evolución de los enfermos, los que fallecieron a los 6 o 7 meses; eso, sí, sin mayores sufrimientos.*

*Recuerdo que en un hombre joven al que se le había hecho una nefrectomía 5 o 6 años antes, que venía con una neoplasia de vejiga, se le hizo, a pesar de todo, la implantación del uréter único, que toleró muy bien.*

*Con respecto a la cistectomía, en una, ayudé y en otra, me tocó actuar. En la que ayudé —operaba el Profesor Surraco— era un caso de papilomatosis. Creo que el tipo anatómico del tumor tiene importancia en cuanto a la conducta terapéutica. Tengo la impresión, por ese enfermo que marchó muy bien, que cuando hay papilomatosis degenerada, se puede enuclear perfectamente bien la vejiga. La única dificultad que hubo fué a nivel del plexo, cuando se hizo el decolamiento, pero se taponó bien. Se hizo la operación abdominoperineal con un criterio parecido a las intervenciones por neoplasia de recto. Se dejó un drenaje por vía alta, que fué retirado al cuarto o quinto día. El postoperatorio se realizó sin inconvenientes. Este enfermo, que fué operado hace un año, fué visto por mí la semana pasada. Reanudó el trabajo y está bien.*

*El otro caso de cistectomía, en que intervine, hice la implantación ureteral y al mismo tiempo, la cistectomía. Empecé por vía alta, tratando de hacerla subserosa, pero me encontré con que en el trigono había una neoplasia de tipo infiltrante; era una neoplasia primitiva. No hice tiempo perineal, dado que la opera-*

bilidad era discutible. El paciente hizo un postoperatorio muy bueno. Fué operado hace 3 meses; lo ví hace poco; se queja de dolores.

Possiblemente, los casos de papilomatosis degenerada son aquellos en que las posibilidades de la cistectomía son mayores; las neoplasias primitivas, no sólo dificultan el acto operatorio, sino que tienen también un pronóstico más sombrío.

Se puede decir, y en eso estoy de acuerdo con los doctores Vilar y Mathis, que la implantación ureteral es una operación paliativa, que, realizada con una preparación eficaz y con una técnica que generalmente resulta sencilla, trae beneficios indiscutibles.

Dr. Berri. — En "La Prensa Médica", de diciembre de 1945, los doctores Vilar y Mathis hablan de algo parecido a esto. Dicen que fijan el uréter en la aponeurosis del psoas.

Desearía saber qué ventajas reporta la fijación del uréter al psoas. Además, pediría al doctor Mathis me indique si ha tenido algunos procesos de estenosis de la extremidad del uréter después del Coffey.

Dr. Rebaudi. — He observado que cuando he hecho el abocamiento en un tiempo, se produce una rectitis intolerable. Supongo que ello ha de ser debido a la acidez de la orina. He conseguido mitigar ese dolor tratando de alcalinizar la orina con bicarbonato de sodio y he tenido éxito. Desearía saber si los doctores Vilar y Mathis han observado ese hecho.

Me ha sucedido lo siguiente: Un enfermo que he venido siguiendo durante 14 años, me vino con una papilomatosis generalizada de vejiga; uno de esos papilomas lo observó el doctor Monserrat. Le hice una Coffey, un abocamiento del uréter al asa sigmoidea, tal cual lo indica Strong, que es más o menos, lo que hacen los doctores Vilar y Mathis. Tuve poca suerte con el enfermo, pues éste se intoxicó con sulfamida e hizo una ictericia; la herida que había cerrado volvió a abrirse. He esperado que las cosas entraran en orden por sí solas y he conseguido que la fístula se cierre casi completamente. Todavía ese enfermo pierde orina y materias fecales.

Otra vez tuve un caso análogo: 15 días después de haber sido dado de alta un enfermo, se abrió la herida, saliendo por allí, orina y materias fecales. La herida volvió a cerrar con tratamiento común de antisépticos como sulfamida, etc. y dándole bastante agua al enfermo para que orine abundantemente.

Quisiera saber si los doctores Vilar y Mathis han observado algunos de los inconvenientes apuntados.

Dr. Alvarez Colodrero. — Como una contribución a la interesante comunicación de los doctores Vilar y Mathis, prometo presentar en la próxima

reunión, una neoplasia vesical, en la cual el Coffey resultó obstructivo, es decir, a los dos, a los tres y a los cuatro meses, no funcionando para nada el riñón derecho. Tuvimos necesidad de practicar un nuevo Coffey de ese lado. Lo implantamos más alto y el éxito fué extraordinario, como lo he de presentar.

Dr. Bernardi. — Como hay algunos detalles de la operación que me gustaría conocer "in extenso", desearía que el doctor Mathis explicara en forma un poco más amplia el procedimiento.

Dr. Schiappapietra. — Yo he hecho la cistectomía y la reimplantación de ambos lados, en un solo tiempo, tratundo, en lo posible, de ir por vía extra-peritoneal baja.

Ninguno de los tres enfermos que observé tuvo una evolución larga, porque la lesión estaba avanzada. A todos ellos les vi hacer su caquexia.

El postoperatorio de esos pacientes, no fué extraordinariamente shockante; más bien, fué un post operatorio próximo más aceptable que otros.

Dr. Mathis. — Voy a tratar de contestar a los señores consocios en la forma más explícita posible, y dentro de la brevedad del tiempo que nos apremia.

Lamento no haber leído el trabajo "in extenso", porque ello hubiera evitado, las dudas de algunos señores consocios.

Ai doctor Trabucco, le diré, corroborando lo que ha dicho el doctor Vilar: que en los cinco enfermos que hemos operado no ha habido prácticamente shock y digo prácticamente, porque no han tenido más shock que el lógico de toda intervención, pero muy poca cosa, al punto de que al día siguiente estábamos sorprendidos de encontrarlos en tan buenas condiciones. Ninguno de ellos recibió plasma ni transfusión. El postoperatorio inmediato también fué sin ningún dolor.

Hemos hecho el estudio anatomopatológico de los tumores. No ha sido el motivo básico de esta comunicación, su presentación, sino más bien mostrar la evolución clínica de estos enfermos para llamar la atención sobre la posibilidad que nos da la cirugía en estas lesiones tan graves. Naturalmente, que la indicación de la cistectomía total es un asunto serio y antes de embarcarse en una ectomía de esta naturaleza hay que estudiar muy bien al enfermo. Las historias clínicas tienen todos los detalles posibles; están también, los distintos exámenes que se han practicado, los que nos han llevado al convencimiento de que la única solución para estos enfermos era la cistectomía total.

La clasificación de los tumores de vejiga, dentro de la relativa anarquía en que todavía estamos, en cuanto a la gravedad del tumor, la hemos realizado de acuerdo con lo que hoy es corriente.

El doctor Iacapraro, con mucha lógica, preguntaba cuál era el número de

enfermos intervenidos, para ver si dejábamos en la obscuridad los fracasos. Hasta el momento de hacer este trabajo, teníamos 5 casos operados, con 5 éxitos, es decir, 5 cistectomías con sobrevida de los enfermos.

Posteriormente a estos casos, el doctor Alvarez Colodrero, operó en el servicio del doctor Vilar otro enfermo —cuyo caso, traerá en la próxima reunión—; era un enfermo que estaba por encima de toda posibilidad terapéutica. No obstante eso, ante el poco shock de estas operaciones, el doctor Vilar se animó a hacerle la cistectomía total ayudado por el doctor Surra Canard. Este paciente murió a los 3 meses de la cistectomía, tolerando admirablemente la operación. Falleció por metástasis que eran imposibles descubrir en el acto quirúrgico.

Al doctor Lockhart le agradecemos su colaboración y en especial, el llamar la atención a todos los colegas acerca de las posibilidades que nos brinda esta terapéutica, que hasta ahora creemos que no se ha hecho aquí.

El doctor Berri pregunta por qué fijamos el uréter al psoas en nuestra primera intervención. Su pregunta es atinada. En el primer enfermo seguimos la técnica descrita por Priestley en el "Journal of Urology", de 1943, que da una estadística bastante amplia. Los americanos fijan el uréter al psoas para evitar que puesto el enfermo en distintas posiciones, tiree de la próstata y fracase la operación. Solamente en el primer enfermo, seguimos esa técnica y tuvimos una fístula urinaria por un tiempo, la que cerró espontáneamente. Después de eso, tuvimos mucho cuidado en fijar el uréter al intestino directamente. De esa manera, hemos tenido casi todos éxitos.

La técnica que seguimos es la que recomienda Priestley en general. Hemos observado una sola vez la no función de la anastomosis, en un último enfermo que se operó, que es el caso que nos traerá el doctor Alvarez Colodrero.

Al doctor Rebaudi le diré que en algunos enfermos sobre todo en el primero que operamos, observamos una rectitis intensa durante los primeros días —los que podrán ser 15 días, un mes o menos y medio— pero posteriormente, la parte terminal del intestino tiene un poder de adaptación tal que todos estos enfermos mueven su vientre cada 3 ó 4 horas —esto es un poco variable, depende de la ingesta de líquidos, etc. etc.— con una tolerancia tal que ninguno de ellos se queja de tenesmo rectal ni de ningún otro síntoma molesto. Tendremos en cuenta la sugestión del doctor Rebaudi en el sentido de alcalinizar la orina en estos pacientes.

Hemos observado la fístula fecal y de orina en un enfermo que está en la sala del doctor Vilar, al que se le hizo un abocamiento al colon ascendente. Todavía continúa con su pequeña fístula fecal; por allí pierde muy poca orina.

El doctor Bernardi pide la aclaración de los detalles quirúrgicos. Creo que

lo mejor será aconsejar la lectura de ese artículo del doctor Priestley. Es una extraperitonización por artificio para evitar las complicaciones más graves que tienen estos operados, como ser anastomosis en la parte terminal debido al poco poder plástico del intestino terminal, lo que lleva al fracaso. Generalmente, la fístula urinaria se hace alrededor del quinto o sexto día, cuando viene la reabsorción de los puntos. Todas estas anastomosis las hacemos con hilo de algodón, con el objeto de que se produzca una reabsorción rápida del material de sutura.

Al doctor Schiappapietra, le diré que conocemos perfectamente la experiencia extranjera. Creo que aquí no se ha publicado nada acerca de la ectomía de vejiga por abocamiento de los uréteres, en un solo tiempo, por vía extraperitoneal, por supuesto. Nosotros no tenemos experiencia, sino en tres tiempos. Priestley trae 5 casos en un lapso de 20 años, con una muerte y 4 sobrevividos. Naturalmente, que deben tratarse de enfermos en muy buenas condiciones generales y de gente relativamente joven para poder soportar una operación de esta magnitud. En el hospital Alvarez, hace algunos años, hice una cistectomía total, pero con abocamiento de los uréteres, como preconizaba Beer, que fué quien se preocupó más de los tumores de vejiga. El enfermo toleró bien la operación pero murió después por invasión ascendente por sus fístulas urinarias.