

Departamento de Urología
del Hospital Santa María, San Francisco, Cal.

NUESTRA CONDUCTA TERAPEUTICA EN EL CARCINOMA VESICAL

Dres. CHARLES PIERRE MATHE y MIGUEL ANGEL LLANOS

Todos aquellos que han estudiado y tratado el carcinoma vesical, conocen el porvenir sombrío de los pacientes portadores de esta lesión: y esto a pesar de los continuos adelantos endoscópicos, del mejoramiento de las técnicas a cielo abierto, de las cistectomías parciales y totales. No olvidemos añadir a esto las medidas paliativas como la radio y la hormonoterapia.

Las últimas observaciones señalan que la invasión cancerosa de la pared vesical, y la fijación de la víscera a los órganos vecinos, son datos de verdadero valor en el pronóstico de la enfermedad.

Parece existir una estrecha relación entre la diseminación de la lesión, y la presencia de obstrucción en el cuello vesical: motivo por el cual se aconseja el tratamiento de la causa obstructiva.

Los urólogos debemos enseñar al público el valor de la hematuria como signo de cáncer: y a los profesionales en general el valor del examen cistoscópico para el diagnóstico precoz de la enfermedad.

El valor de la cistectomía total como tratamiento, todavía no ha sido bien precisado. A pesar de que las nuevas técnicas han reducido el índice de mortalidad operatoria: la gran mayoría de los pacientes que sobreviven a la operación, fallecen luego debido a los efectos de la misma operación (ectasia renal, infección, uremia, alteración del balance electrolítico con la consiguiente acidosis), o por recidiva del tumor.

La exanteración, operación radicalísima (extirpación en block de todos los órganos pelvianos incluso la vejiga), tiene un alto porcentaje de mortalidad, lo que la hace inaceptable para muchos pacientes.

Nos hemos decidido a presentar esta comunicación, después de haber observado en avanzados casos de adenocarcinomas (algunos con metastásis), una marcada regresión luego de un tratamiento consistente en: Resección transuretral del tumor, Radioterapia y Hormonoterapia.

Esta comunicación consiste en una revista de 104 casos tratados en el "ST MARY'S HOSPITAL" en el período comprendido entre 1942-1952.

Queremos hacer notar que en los últimos años, al incluir en el tratamiento la administración de hormonas femeninas, la radioterapia, y la corrección de toda obstrucción del cuello vesical: hemos obtenido un mayor porcentaje de éxito en los casos tratados.

HISTORIA CLINICA

Paciente M. K. 68 años, caso N° 16.952). En un análisis de orina el médico de cabecera halló sangre y células cancerosas en el sedimento; motivo por el cual envió el paciente al hospital.

En el examen cistoscópico se encontró un gran tumor, sesil, con zonas necróticas y que se hallaba deformado por la invasión del tumor y la presencia de un adenoma prostático. La cistografía confirmó estos hallazgos. La palpación bimanual bajo anestesia, reveló la existencia de una zona de induración en la pared vesical y la fijación de la viscera a los órganos pelvianos. Los linfáticos regionales y retroperitoneales se hallan invadidos. Uno de los ganglios con un tamaño de 12 x 5 cm., era fácilmente palpable a través de la pared abdominal, notándose fijo en la parte inferior del abdomen. En el urograma se puede apreciar la desviación del uréter hacia la línea media (fig. 1. a y b).

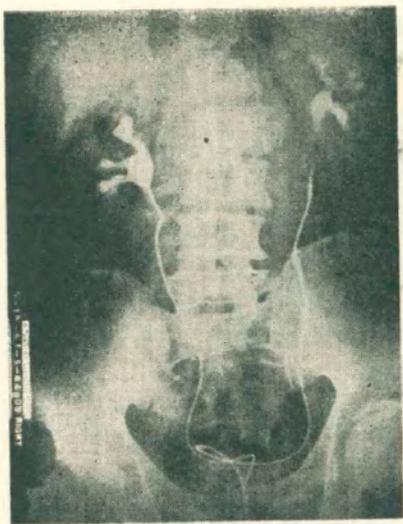


FIG. 1-A. Pielografía ascendente. (Mayo 15, 1951) en la que se aprecia el desplazamiento del uréter hacia la línea media, causado por metástasis en los ganglios retroperitoneales del tumor vesical.

FIG. 1-B. Cistografía (Mayo 15, 1951) mostrando la irregularidad de contorno y falta de relleno en la base de la vejiga producida por el tumor vesical (lado derecho).

No se hallaron evidencias clínicas ni radiográficas de metástasis en el tórax ni en el sistema óseo. ¿Ante este caso de un avanzado carcinoma infiltrando la pared vesical, qué hacer? ¿Cistectomía total con prostatectomía, vesiculectomía, extirpación en los linfáticos y uréteroenteroanastomosis o resección transuretral (del tumor y de la próstata) acompañada de radio y hormonoterapia? El paciente optó por lo último y el tumor fue resecado (8 gm), incluyendo una zona de 1,5 cm de tejido sano alrededor de la base; siendo ésta ampliamente electrocoagulada.

El estudio anatomopatológico informó: adenocarcinoma. (Fig. 2). Luego de la operación se comenzó la administración diaria de 25 mgm. de Diethylstilbestrol. El Dr. Capp radiólogo del hospital se encargó de la radioterapia: 2100 r (aire) con puerta de entrada de 20 x 20 cm en el abdomen derecho, y 1950 r (aire) en la parte posterior de la pelvis. Esta dosis se administró en dos cursos con un mes de intervalo.

La herida vesical cicatrizó en dos meses, las áreas de induración pelviana cercanas a la próstata desaparecieron, y el gran ganglio retroperitoneal dejó de ser palpable. En un urograma tomado 5 meses después el uréter que antes se hallaba desplazado, había vuelto a su posición normal. Una cistografía para la misma época reveló una vejiga de contornos nor-

males. (Fig. 3 y 4). La cistoscopia (5 meses luego de la operación) muestra la base de la vejiga y el cuello completamente cicatrizados, con ausencia de nuevas tumoraciones, y libre de obstrucción prostática. En la parte derecha y superior del cuello se encontró una zona sospechosa y fué reseca y cuyo examen histológico reveló alteraciones inflamatorias con

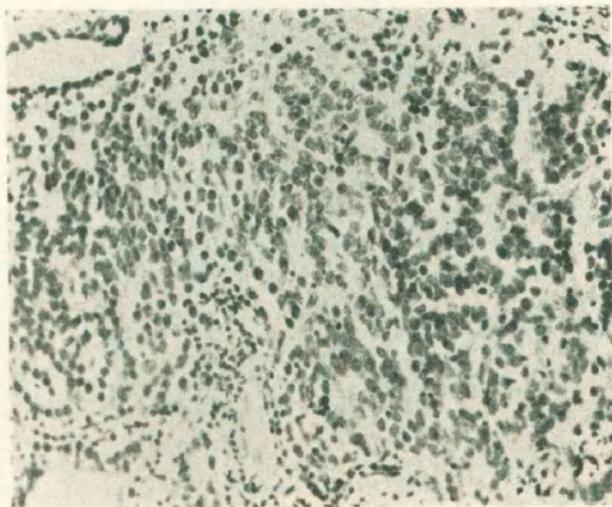


FIG. 2. ---- Adenocarcinoma típico de la vejiga.



FIG. 3. — Pielografía ascendente (Nov. 1, 1951), 5 meses después del tratamiento en la que se aprecia el uréter en su trayecto habitual (Comparar Fig. 1-A).

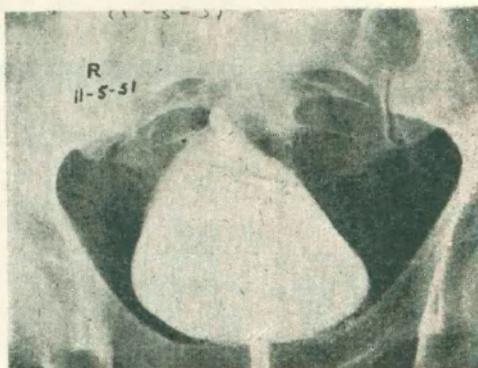


Fig. 4. — Cistografía (Nov. 5, 1951), 5 meses después del tratamiento, contorno de la base vesical uniforme, no hay falta de relleno. (Compare Fig. 1-B).

ausencia de lesiones neoplásicas. (Fig. 5). En la actualidad el paciente ha recuperado 6 Kgm. de peso y se encuentra asintomático. El examen cistoscópico periódico cada 3 meses, ha sido siempre negativo.

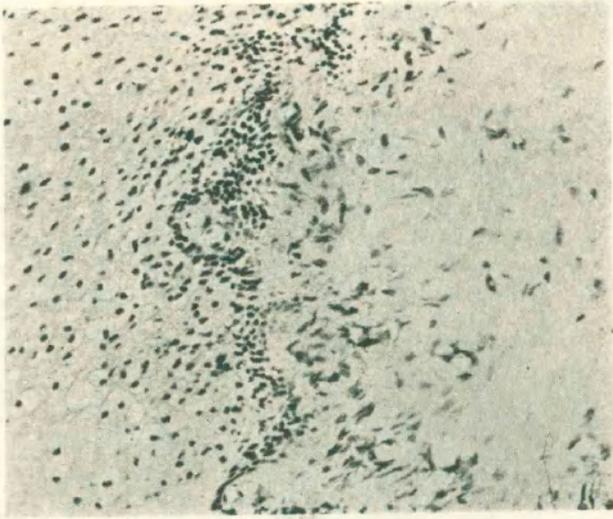


FIG. 5. — Biopsia de zona sospechosa obtenida 5 meses después de la intervención. Nótese alteraciones inflamatorias con ausencia de células neoplásicas.

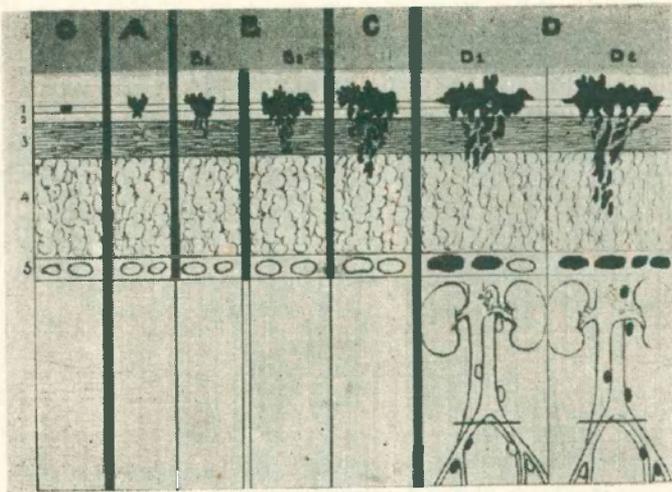


FIG. 6. — Esquema de Jewett y Strong mostrando el grado de invasión de la pared vesical por el proceso neoplásico.

Grupo O Tumor limitado a la mucosa vesical.

Grupo A Tumor invadiendo la submucosa.

Grupo B B-1. Tumor invadiendo superficialmente la capa muscular.

B-2. Tumor invadiendo profundamente la capa muscular.

Grupo C Tumor invadiendo los tejidos perivesicales sin metastasis ganglionares.

Grupo D Tumor invadiendo los tejidos perivesicales con metastasis ganglionares.

Diagnóstico: En los 104 casos examinados 25 % se hallaban en los últimos estados de la enfermedad, y por consiguiente fuera de las posibilidades terapéuticas.

Si bien el urograma excretor puede revelar la lesión, la cistoscopia es el método de elección para el diagnóstico precoz. El examen cistoscópico no sólo nos muestra la presencia del tumor sino que nos ilustra sobre el tipo del tumor, tamaño y posición, grado de malignidad; y nos indica el tratamiento a emplear. Durante el examen cistoscópico no debemos olvidar la existencia de una próstata agrandada, una esclerosis del cuello, o una barra interuretral; puesto que la

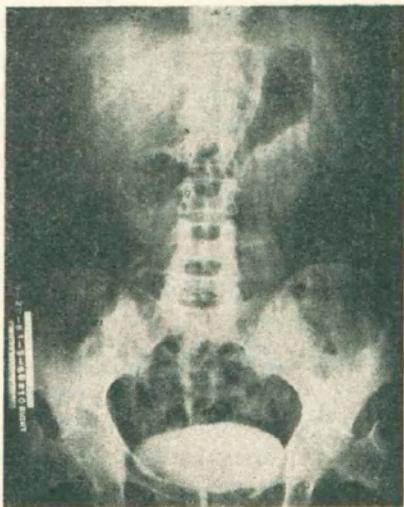


FIG. 7 A — Cistografía, Paciente A. C. Fem. (Sep. 20, 1951). Nótese la falta de relleno en la parte derecha de la radiografía provocada por un adenocarcinoma.



FIG. 7-B. Cistografía, la misma paciente (Dic. 7. 1951). Contorno vesical completamente regular después de la resección transuretral y radioterapia.

supresión temprana de estas causas de obstrucción, disminuye las posibilidades de recidiva.

La presencia de células cancerosas en el sedimento urinario (método de Papanicolaou), es un dato de valor; pero la ausencia de células no implica la ausencia del tumor.

Para Jewett y Strong, el grado de invasión del tumor en el músculo de la pared vesical es el factor más importante en el pronóstico, y en la curabilidad de la lesión. Más importante que el tamaño, tipo y posición del tumor, o que el grado de malignidad basado en el estudio histológico.

El grado de infiltración de la pared se aprecia mediante la palpación bimanual, si es posible con el paciente anestesiado; notándose en el caso de invasión tumoral, una masa dura, fija a los tejidos pelvianos. No confundir esta induración con la producida por procesos inflamatorios, y que siempre desaparece luego del tratamiento adecuado. (Cibert y Berben).

En los tumores situados cerca de los orificios ureterales, debe estudiarse el tracto urinario superior (urograma excretor y retrógrado) para descartar la

posibilidad de un tumor de origen ureteral o renal. Otro elemento de valor en el diagnóstico es la cistografía, especialmente en los tumores de gran tamaño y situados en la pared anterior.

Tratamiento: Cada paciente es un problema diferente, y el procedimiento dependerá si el tumor se halla en la región de la base, o en el resto de la cavidad vesical. El papiloma pedunculado con su aspecto de alga marina, responde bien al tratamiento endoscópico mediante electrocoagulación; pero siempre se debe efectuar una biopsia, pues son siempre potencialmente malignos.

Una tumoración sesil con zonas necróticas es casi siempre un cáncer, y generalmente hay invasión de la muscular, siendo por lo tanto de pronóstico reservado. Es de notar que los pólipos de origen inflamatorio localizados en el cuello y uretra posterior, a semejanza de los rectales nunca degeneran en cáncer.

Propiciamos la resección transuretral en los tumores diagnosticados al comienzo y cuando se hallan localizados en la base o en la pared posterior de la vejiga. Durante la resección se debe extirpar un área, alrededor de la base del tumor, de 1,5 cm de tejido sano y luego efectuar la electrocoagulación del sitio de implantación. Este procedimiento lo hemos empleado en 16 casos.

Tumores de regular tamaño situados en el resto de la cavidad (la porción distensible de la vejiga), responden mejor al tratamiento mediante cistectomía parcial, incluyendo una zona de 2,5 cm de tejido sano. (6 casos). Esta experiencia concuerda con la del Doctor Pesqueira de México.

Se ha incriminado a la infección por virus la papilomatosis difusa de la vejiga. En su tratamiento luego de la electrocoagulación a cielo abierto, usamos abundante fenol, glicerina y alcohol para evitar la siembra de células cancerígenas (Kitwin). No hemos empleado podofilina como recomienda Duckworth.

En la serie de 104 casos no hubo ningún paciente cuya ocupación estuviera relacionada con alquitranes, anilinas o sus derivados.

Cuando el tumor envuelve el orificio ureteral, efectuamos una neoureterostomía en algún punto adecuado de pared vesical (caso N° 164726). Después de 7 años el paciente se encuentra libre de recidiva y no hay signos de ectasia renal. En otro caso (N° 152292) se efectuó una cistectomía parcial, se trataba de un carcinoma papilar con profunda invasión de la parte inferior de la pared vesical izquierda. La cicatriz quirúrgica resultante obliteró el uréter con la consiguiente hidronefrosis y la formación de abscesos en el riñón; obligándonos a efectuar una nefroureterectomía.

En los tumores cercanos al cuello, empleamos la resección transuretral con electrocoagulación de la base. Es en estos casos en que se aconseja la cistectomía total, con prostatectomía, vesiculectomía, extirpación de los linfáticos, y derivación de las orinas. El índice de mortalidad operatoria ha sido reducido en estos últimos tiempos gracias al mejoramiento de la técnica y al empleo generoso de transfusiones sanguíneas (Colby, Flocks, Leadbetter, Marshall, Thomas). En las anastomosis uretero-intestinales, la cuidadosa aproximación de la mucosa ureteral a la intestinal, ha disminuído el porcentaje de estrecheces en el sitio de implantación, reduciendo así el número de hidronefrosis, infecciones y uremias post-operatorias. En los pacientes en no muy buenas condiciones es mejor la ureterostomía cutánea.

Tres casos de desaparición espontánea del neoplasma vesical, dos después de la derivación cutánea y uno luego de la intestinal; han sido comunicados por Abeshouse, y Scherlis. La explicación sería que al derivar la corriente

urinaria, se derivaría con ello el agente carcinogénico, volviendo así la mucosa a su aspecto normal.

Muchos urólogos sostienen que no conociéndose aun el porqué del cáncer vesical, la cistectomía total sólo se justifica en contados casos. Desgraciadamente esta operación se emplea, en los casos avanzados y casi sin esperanza.

Kirwin en una reciente comunicación dice: "Mi consejo es no embarcarse en esta operación con transplatación ureteral, cistectomía, prostatectomía y vesiculectomía. Si el paciente puede ajustarse a ella generalmente se recupera; pero su vida se acorta considerablemente. La mayoría de estos enfermos se hallan entre los 65 y 75 años no estando en muy buenas condiciones quirúrgicas y presentando un gran riesgo para la operación." O'Neill declara: "La cistectomía total al crear una cloaca, con todos sus inconvenientes, lleva al paciente a un plano inferior en la escala zoológica."

McCarthy cree que la mayoría de las neoplasias vesicales, son pasibles de tratamiento conservador o semirradical; y se sorprende de la tendencia a suprimir los métodos menos radicales que la cistectomía. Debemos recordar que la mortalidad operatoria en esta clase de intervención varía entre el 11 y 27 %.

Hemos observado 7 casos en los cuales no hubo recidivas luego de tratar la obstrucción de cuello vesical presente. Un enfermo (caso N° 115173) luego de una resección transuretral por tumor vesical, desarrolló una recidiva 7 meses después, y que fué tratada mediante electrocoagulación endoscópica. Poco tiempo después se le practicó una resección transuretral por hipertrofia prostática, desapareciendo desde entonces las recidivas. El enfermo falleció a los 2 años y 8 meses por oclusión coronaria. En otro enfermo no se encontraron más recidivas un año y medio después de la prostatectomía. Un último paciente desarrolló un epiteloma espino celular 8 años después de habersele practicado una resección transuretral. En base a estos hechos es que practicamos siempre el tratamiento temprano de cualquier obstrucción del cuello que se halle presente.

Parecería que la obstrucción favorece la acción de una substancia carcinogénica presente en la orina, sobre la mucosa vesical. Trabucco y Borzone, han observado 7 casos en estas condiciones y opinan que el traumatismo que implica el mayor esfuerzo muscular para evacuar la vejiga, crea una menor resistencia al agente cancerígeno.

Radioterapia: De acuerdo con gran número de urólogos, practicamos la radioterapia como un elemento más de valor, y a continuación del tratamiento quirúrgico o endoscópico del tumor. Hemos empleado la radioterapia, preoperatoriamente en las cistectomías parciales, con el fin de ocluir los linfáticos disminuyendo así el riesgo de una diseminación durante el acto operatorio. Esta conducta adquiere su valor en el caso de carcinomas papilares, siendo de dudoso efecto en los leiomiomas y carcinomas epidermoides.

Costolow ha comunicado 24 casos de carcinomas papilares tratados, de los cuales 33 % alcanzaron los 5 años post-tratamiento. Garland, en un caso de carcinoma vesical bien diferenciado, comunica la desaparición del tumor después de un dosis de 3200 r administradas en 4 semanas.

En la actualidad empleamos la radioterapia en todos aquellos casos en que ha sido imposible la extirpación total del tumor, cualquiera sea el método empleado. La hemos encontrado también beneficiosa en las papilomatosis, carcinomas papilares y otras formas de cáncer. Aún en el caso de que el tumor haya sido completamente extirpado, la usamos pues creemos que destruye áreas

potencialmente malignas. Empleamos también la radioterapia en los casos inoperables (Tratamiento paliativo), y en las lesiones metastásicas cuando no pueden ser extirpadas. En 2 de los 24 casos tratados radioterápicamente, se colocó radium en la base del tumor. No hemos usado agujas de radium ni isótopos radioactivos en nuestros casos.

Terapia hormonal: Poco después de 1942, luego del éxito obtenido en el tratamiento del cáncer de la próstata, se comenzaron a usar los estrógenos en el tratamiento del cáncer vesical. Lich y Grant creen que la respuesta debe ser similar a la del carcinoma prostático, puesto que la vejiga y la próstata tienen un mismo origen embriológico. Estos autores confirman los resultados favorables obtenidos por Haines y Micheli.

En nuestros 104 casos, la orquiectomía bilateral tuvo poco o ningún efecto en 2 casos avanzados. En la actualidad administramos luego del tratamiento quirúrgico, 25 mgm de Diethylstilbestrol diarios. El mejor efecto ha sido observado en aquellos tumores situados cerca del cuello vesical en el hombre.

Análisis de casos: En nuestros 104 casos, 85 % de los pacientes se hallaban entre la 5ª y 7ª década de la vida. El más joven tenía 37 años y el mayor 82. La relación masculino-femenina fué de 67-37 casos respectivamente.

En 68 casos el tumor era de tipo papilar, de los cuales 18 eran papilomas benignos, 33 carcinomas papilares y 17 carcinomas de epitelio de transición. Hubo también 2 papilomatosis vesicales. Siempre se tomaron biopsias a pesar de su aspecto benigno. Algunos de los casos recidivaron en un año, y otros luego sufrieron degeneración carcinomatosa.

Hemos tratado numerosos pólipos vesicales: pero nunca hemos observado la degeneración neoplásica de los mismos.

Es de notar el caso de la señora B. F. (60 años, caso N° 892112), tratada en varias oportunidades, de sus papilomas vesicales mediante electrocoagulación: y que luego de 10 años desarrolló un carcinoma papilar altamente maligno, y de resultas del cual sucumbió. Este hecho apoya la teoría de Ewert, Summons y otros, que dicen que el papiloma recidivado es generalmente de mayor malignidad que el tumor primitivo.

La señora C. C. (75 años, caso N° 21675) fué operada por un carcinoma papilar del fondo vesical en 1944. En periódicas observaciones, cada 4 meses, siempre se encontró la vejiga libre de tumor, hasta 5 años después en que dos pequeños nódulos se hallaron en la pared vesical. El examen anatomopatológico, informó malacoplasia.

El número de carcinomas fué de 31:7 epitelomas transicionales, 3 epidermoides, 3 de células escamosas y 18 adenocarcinomas. En este último grupo 3 fueron secundarios a tumores del asa sigmoidea, y 2 fallecieron antes del año.

Entre los tumores raros contamos: 1 hemangioma, 1 leiomioma, y 2 malacoplasias. Todos los carcinomas epidermoides como también el leiomioma, en el primer examen ya habían infiltrado la pared vesical falleciendo los pacientes antes de los 2 años. En 40 de los casos se practicó electrocoagulación endoscópica, en 16 resección transuretral con extensa electrocoagulación de la base, en 24 resección a cielo abierto, en 3 electrocoagulación a cielo abierto, en 2 se implantó radium también a cielo abierto, en 6 cistectomía parcial y en 5 cistectomía total con ureteroenteroanastomosis. Uno de estos últimos casos incluyó prostatectomía y vesiculectomía radical.

En 9 pacientes debido a lo avanzado del caso, sólo se emplearon medidas

paliativas: Cistostomía en 2, ureterostomía cutánea en 1, orquidectomía bilateral en 2, sonda permanente en 1, radioterapia en 1, y ningún tratamiento en 2.

En 6 se efectuó nefroureterectomía debido a: Hidronefrosis obstructiva, o lesión de la parte inferior del uréter. En un caso se efectuó cistectomía parcial con neoureterostomía vesical. En otro paciente se perforó la vejiga durante una resección transuretral pero se efectuó rápidamente una cistostomía con lo que se salvó el inconveniente.

19 de los 104 pacientes fallecieron luego de la operación o al poco tiempo de dejar el hospital. 2 fallecieron después de una cistectomía total con uretero enteroanastomosis; 1 después de la electrocoagulación endoscópica; 7 luego de la extirpación a cielo abierto; y los 9 pacientes ya mencionados en los cuales sólo se aplicaron medidas paliativas. Vale la pena mencionar un caso en que el paciente falleció a consecuencia de metástasis cerebrales de un carcinoma de epitelio de transición.

Los pacientes que presentaron extensa necrosis e invasión de la pared vesical con fijación de la viscera, fueron los de peor pronóstico, y la mayoría falleció en corto plazo.

Estudiando los 16 casos en los cuales se ejerció cuidadosa vigilancia postoperatoria, con examen periódico de orina investigando la presencia de sangre; y cistoscopia cada 3-12 meses, notamos un marcado contraste en la evolución postoperatoria.

S U M A R I O

Se estudian 104 casos de carcinoma vesical tratados en el período 1942-1952. La alta mortalidad en la serie (18 %) se debe al hecho de que buen número de estos pacientes se encontraban en períodos avanzados de la enfermedad. El índice de sobrevida fué mayor en aquellos casos tratados tempranamente, en los que se alivió la obstrucción del cuello vesical siempre que ésta estuvo presente, y a los cuales también se los trató radioterapéuticamente y con hormonas femeninas; sin contar la cuidadosa vigilancia periódica.

Se presenta un caso en el cual el tumor vesical regresó visiblemente, con desaparición de las metástasis retroperitoneales, luego de una resección transuretral del tumor y de la obstrucción del cuello presente, más radio y hormonoterapia.

El examen cistoscópico sigue siendo el mejor método diagnóstico, e indicador del tratamiento a seguir. La cistografía adquiere su valor en la localización de los tumores situados en la porción distensible de la viscera.

El grado de infiltración de la pared vesical, y la presencia de necrosis son los mejores índices pronósticos. No confundir fijación inflamatoria con fijación cancerosa.

Cada paciente presenta un problema diferente.

Señalamos la importancia de corregir prontamente toda obstrucción del cuello vesical que se halla presente, pues las recidivas son más raras con este comportamiento.

Somos partidarios del uso más generoso de la radioterapia, no sólo después de las resecciones transuretrales, sino preoperativamente en la intervenciones a cielo abierto para evitar diseminaciones a través de los linfáticos.

El público debe ser educado acerca de la relación entre hematuria y cáncer vesical; y la profesión médica sobre la importancia del examen cistoscópico en

el diagnóstico precoz de los tumores, cuando se ha descubierto la presencia de sangre en la orina.

BIBLIOGRAFÍA

- Abeshouse, B. S. & Schertis, I.S.* Spontaneous Disappearance or Retrogression of Bladder Neoplasm: Review of Literature and Report of 3 cases. *Urol. & Cut. Rev.* 55:1-11, 1951.
- Cibert, L., Durand, L. et Betben, J. Y.*: A Propos du Diagnostic des Tumeurs Infiltrantes de Vessie; Les Cystites Interstitielles: Tumeurs "Fantômes". *Inflammatoires. J. d'Urol.* 57:507, 1951.
- Colby, F. H.*: Carcinoma of the Bladder: Results of Total Cystectomy. *Canad. Med. J.* 6:2, 144, 1952.
- Costolow, W. E.*: Radiation Therapy in Diseases of the Genito-urinary Tract. *Urol. & Cutan. Rev.* 55:6, 324, 1951.
- Duckworth, W. E.*: Treatment of Papillomatosis with Podophyllin. *J. Urol.* 64:740-752, 1950.
- Ewert, E. E. & Summons, H. J.*: Papillomas of the Bladder. *Surg. Clin. N. A.* 653, June 1951.
- Flocks, R. H.*: Treatment of Patients with Carcinoma of the Bladder. *J.A.M.A.* 145:295, 1951.
- Garland, L. H.*: Radiological end results in the control of cancer. *J. Kans. Med. Soc. Cancer Supplement.* 1950.
- Haines, W. H. & Miceli, S.*: Clinical observations on Estrogenic Therapy in Prostatic and Bladder Carcinoma and Benign Prostatism. *Penn. Med. J.* 46: 1025, 1942-43.
- Holmes, G. W. & Schulz, M. D.*: Supervoltage Radiation. A Review of the Cases Treated during an Eight-year Period (1937-1944 inclusive). *Am. J. Roent.* 55:5, 533-554, 1946.
- Jewet, H. J.*: Infiltrating Carcinoma of the Bladder. Relation of Early Diagnosis to 5-year Survival Rate After Complete Extirpation. *J.A.M.A.* 143: 187, 1952.
- Jewett, H. J. & Lewis, El L.*: Infiltrating Carcinoma of the Bladder; Curability by Total Cystectomy. *J. Urol.* 60:107, 1948.
- Jewet, H. J. & Strong, G. H.*: Infiltrating Carcinoma of the Bladder. Relation of Depth of Penetration of Bladder Wall to Incidence of Local Extension and Metastases. *J. Urol.* 55:366, 1946.
- Kirwin, T. J.*: Tumors of the Bladder. *J. Int. Coll. Surg.* XIII, 1950.
- Kirwin, T. J.*: Papillomatosis of the Bladder. New Conceptions of Etiology and Treatment. *J. Urol.* 49:1, 1943.
- Leadbetter, W. F.*: Consideration of Problems Incident to Performance of Uretero-entrostomy: Report of a Technique. *J. Urol.* 65:5, 818, 1951.
- Lich, R. & Grant O.*: The use of estrogens in the treatment of Bladder tumors. *J. Urol.* 59:682, 1948.
- McCarthy, J. F.*: Tratamiento conservador en algunas neoplasias vesicales. *Rev. Méx. de Urología IX:* 214, 1951.
- Marshall, V. F. & Whitmore, W. F. Jr.*: Simple Cystectomy for Cancer of the Urinary Bladder. 100 Consecutive Cases: 2 Years Later. *J. Urol.* 63:232, 1950.
- O'Neill, C. P.*: Papilloma of the bladder. *J. Int. Coll. Surg.* XVI: 753, 1951.
- Pesqueira Mannel E.*: Tratamiento del Cáncer Vesical. *Urología.* Vol. VII-Nº 4, Julio-Agosto 1949, pág. 199.
- Thomas, G. J., Malcolm, D. C. & Bischoff, A. J.*: Cystectomy and Urinary. Diverción in Carcinoma of Bladder. *J. Urol.* 65:553, 1951.
- Trabucco, A. y Borzone, R. J.*: La Importancia de la Resección del Cuello Vesical en los Epiteliomas Papilíferos Recidivantes. *Rev. Arg. de Urol.* XX: 35, 1951.

DISCUSION

Dr. José Gorodner. --- Quiero señalar un hecho que coincide con la posición de los Dres. Mathé y Llanos. Me refiero a los tratamientos locales con los cuales se ha destacado un colega aquí presente. Primero, empecé con los tumores papilares del pene y nosotros, después hemos seguido tratando muchos epitelomas papilares de la vejiga. En algunos casos, hemos hecho sistemáticamente la operación a cielo abierto, pudiendo extirpar todo o casi todo y siguiendo el tratamiento con el lisado o filtrado de esos tumores. Sin pretender que esa solución sea definitiva, la misma nos ha ayudado a evitar la recidiva.

No tengo por qué no decir el nombre de ese colega: se trata del Dr. Granara Costa.

En muchos casos, hemos instituido la inyección de esos lisados durante un año o un año

y medio y en dos o tres casos en las cuales creíamos que se produciría la recidiva a breve término, no se produjo. En los tipos papiliformes hemos obtenido mejores resultados y evitado la recidiva.

Quiero recalcar que es un método inocuo y tenemos una discreta experiencia, con resultados halagadores, pues, como dije, hemos obtenido buenos resultados en casos en que creíamos se produciría la recidiva.

Dr. Juan Iruzu. — Quiero señalar que más de una vez he comunicado al Dr. Granara Costa que había tenido observaciones de esa naturaleza en que había comprobado la regresión de un tumor, donde se había pensado hacer tratamiento de electrocoagulación o de cistectomía parcial.

Deseo felicitar calurosamente a los Dres. Pierre Mathé y Llanos, por la interesante comunicación enviada como colaboración a nuestra Revista.