

EL EMPLEO DE LA MOSTAZA NITROGENADA EN LOS TUMORES VESICALES BENIGNOS Y MALIGNOS

Por los Dres. RICARDO BERNARDI, M. BUDICH y J. LA ROSA

En 1950, Kloppps y colaboradores iniciaron el uso de la mostaza nitrogenada, por vía intraarterial, en el tratamiento de las neoplasias.

En 1953, Albertelli y colaboradores efectuaron la primera comunicación al respecto en la Argentina.

Del casi millar de sustancias propuestas para el tratamiento o mejoría transitoria del cáncer, diríamos mejor, en cualquiera de sus formas anatómopatológicas y localizaciones restan tan sólo 5 de ellas de muy relativa eficacia.

La mostaza nitrogenada figura en las últimas por lo que decidimos emplearla con el objeto de comprobar sus resultados en las tumoraciones vesicales benignas (papilomas) y malignas. En los papilomas, como tratamiento curativo único o inmediatamente después de la electrocoagulación endoscópica o a cielo abierto: en la extirpación directa o cistectomía submucosa en las tumoraciones de gran tamaño y con el objeto de obtener la total y exclusiva desaparición en el primer caso o impedir su recidiva en el segundo. Debemos confesar que en estas formas benignas nuestro fracaso fué prácticamente total.

a) En los *papilomas únicos o múltiples* en que empleamos esta terapéutica en forma exclusiva obtuvimos en muy contadas ocasiones un *retardo* en su desarrollo habitual, pero nunca su desaparición parcial o total debiendo recurrir posteriormente a la intervención o electrocoagulación endoscópica o a cielo abierto.

b) En ningún caso de papiloma vesical tratado con destrucción total del mismo, *podimos evitar su recidiva* y en las pocas ocasiones afortunadas tan sólo un retardo en la reaparición.

c) Si bien por circunstancias muy conocidas en nuestros medios la radioterapia no se puede aplicar con la rapidez e intensidad debidas, el único caso (Nº 1) que recibió Rayos X después del Dicloren, falleció igualmente al mes de terminado el tratamiento.

d) En cuanto a su empleo en las neoplasias vesicales, su acción fué completamente inútil.

A continuación presentaremos en forma muy sucinta los resultados obtenidos en nuestro Servicio con tal procedimiento en las neoformaciones benignas.

CASO I. — (H. 781) Epitelioma vesical

<i>T. de enf.</i>	<i>Tratamiento anterior</i>	<i>Dichlorèn</i>	<i>Trat. post.</i>	<i>Resultado</i>
5 años.	Resección hipogástrica. Urétero entero anastomosis bilateral. Cistectomía total.	30 mg.	Radioterapia.	Fallece al mes.

CASO II. — (H.1949) Papiloma veloso

3 años.	Cistectomía parcial. Electrocoagulación hipogás- trica. Electrocoagulación endoscó- pica. (2 veces).	30 mg.		Sale de alta al mes aliviado.
---------	---	--------	--	----------------------------------

CASO III. — (H. 2403) Papiloma degenerado

6 meses	Urétero entero anastomosis bilateral sin cistectomía.	25 mg.		Fallece al mes después.
---------	--	--------	--	----------------------------

CASO IV. — (H. 2549) Epitelioma vésico-prostático

6 meses.	Médico.	40 mg.	Electrocoagulación hipogástrica. Orquiectomía bilate- ral. Resección endoscó- pica.	De alta en igual condición.
----------	---------	--------	--	--------------------------------

CASO V. — (2742) Papiloma veloso con zonas de transformación epiteliomatosa

4 años.	Médico.	40 mg.	Cistectomía parcial.	Fallece 3 meses después.
---------	---------	--------	----------------------	-----------------------------

CASO VI. — (H. 2777) Epitelioma vesical

3 meses.		50 mg.		Fallece 2 meses después.
----------	--	--------	--	-----------------------------

CASO VII. — (H. 2959) Papiloma vesical

1 año.	Cistectomía parcial.	30 mg.		De alta en iguales condiciones.
--------	----------------------	--------	--	------------------------------------

CASO VIII. — (H. 3001) Epitelioma vesical

7 meses.	Médico.	30 mg.		Fallece 18 días después.
----------	---------	--------	--	-----------------------------

CASO IX. — (H. 3119) Carcinoma infiltrante de vejiga

<i>T. de enf.</i>	<i>Tratamiento anterior</i>	<i>Dichlorén</i>	<i>Trat. post.</i>	<i>Resultado</i>
4 meses.	Médico.	50 mg.	Elect. hipog. amplia.	Fallece 3 meses

CASO X. — (H. 3177) Neoplasia vegetante vesical con infiltración próstatovesicular

6 meses.	Médico.	60 mg.		De alta en malas condiciones.
----------	---------	--------	--	-------------------------------

CASO XI. — (H. 3271) Papiloma vesical con zonas esclero

1 año.		40 mg.		Fallece 1 mes después.
--------	--	--------	--	------------------------

CASO XII. — (H. 2884) Papiloma vellosos vesical

6 años.	Electrocoagulación hipogástrica (3 veces). Electrocoagulación endoscópica.	45 mg.	Electrocoagulación endoscópica.	Deambula aliviada (5 meses).
---------	---	--------	---------------------------------	------------------------------

CASO XIII. — (H. 3045) Epitelioma vesical

9 meses.	Resección endoscópica. (2 veces).	60 mg.		Fallece 4 meses después.
----------	--------------------------------------	--------	--	--------------------------

CASO XIV. — (H. 2825) Papiloma vesical

18 meses	Electrocoagulación hipogástrica (2 veces).	30 mg.	Electrocoagulación endoscópica.	Deambula aliviada 2 años después.
----------	--	--------	---------------------------------	-----------------------------------

CASO XV. — (H. 3237) Epitelioma espino celular de vejiga

6 meses.	Electrocoagulación hipogást.	60 mg.	Urétero entero anastomosis bilateral.	Fallece 6 meses después.
----------	------------------------------	--------	---------------------------------------	--------------------------

CASO XVI. — (H. 3261) Epitelioma semidiferenciado de vejiga

3 meses.		15 mg.	Mustrón endovenoso 30 mg. Ureterostomía cutánea izq. Cistectomía parcial.	Deambula. Aliviado. atrofia muscular del miembro inf. izq. 6 meses después.
----------	--	--------	---	--

CASO XVII. — (H. 3334) Epitelioma indiferenciado de mucosa vesical

T. de enf.	Tratamiento anterior	Dichlorén	Trat. Post.	Resultado
+ años	Electrocoagulación hipogást.	60 mg.	Ureterostomía cutánea der.	Sale en mal estado 3 meses después.

CASO XVIII. — (H. 3242) Papilomatosis vesical y degeneración de adenoma prostático

18 meses.	Resección hipogástrica.	60 mg.	Orquiectomía bilat.	Deambula aliviado 6 ^o meses después.
-----------	-------------------------	--------	---------------------	---

nas y malignas de la vejiga, usando, al igual que el Dr. Albertelli, el Dichloren como sustancia medicamentosa.

No insistiremos en pormenores de técnica y mecanismo de acción, ampliamente conocidos.

En nuestros 18 casos registrados consignamos los siguientes datos:

- 1) Número de historia y su diagnóstico histopatológico.
- 2) Tiempo de enfermedad contando hasta el tratamiento con Dichloren.
- 3) Tratamiento efectuado antes del Dichloren.
- 4) Dosis en miligramos de Dichloren inyectado en total.
- 5) Resultado y tiempo de evolución después del Dichloren.

Los siguientes son los casos tratados en nuestro Servicio, desde el año 1954 hasta septiembre del presente año.

COMENTARIOS

De los 18 casos, fallecieron 9, oscilando el tiempo de sobrevida de éstos entre 18 días y 5 meses, después de iniciado el tratamiento con Dichloren.

De los 9 restantes, 4 fueron dados de alta *aliviados* en sus síntomas, aunque *persistiendo* la lesión, controlada periódicamente hasta la actualidad.

El tiempo de evolución osciló entre los 5 meses (caso XII) a 2 años (caso XIV) después de iniciado el tratamiento con Dichloren.

Desconocemos la evolución extra hospitalaria de los 5 casos restantes, habiendo egresado del Servicio 3 de ellos en condiciones iguales a las de su ingreso; uno aliviado en sus síntomas y el último en muy malas condiciones.

Como inconvenientes encontramos:

1º) *Necrosis de la femoral* por acción del Dichloren en el lugar de implantación del catéter (2 casos).

En uno de ellos (XI) la hemorragia se produjo el día anterior al fijado para retirar el catéter, y después de la transfusión efectuada, falleció el paciente

en uremia. En el otro, el accidente se produjo 2 semanas después de retirado el catéter y hubo necesidad de efectuársele una arteriectomía parcial de la femoral superficial, en la que se había fijado el tubo de polietileno (caso XVII).

2º) *Intolerancia arterial medicamentosa* (caso XVI).

En este enfermo fué preciso suspender la medicación a los 15 mg por el intenso dolor experimentado en el lugar de la inyección y la marcada atrofia muscular del miembro inferior izquierdo.

3º) *Intolerancia digestiva* (caso XIV)

En este paciente debimos suspender la medicación en los 30 mg por intensos vómitos que no cedían a tratamiento alguno, a diferencia del caso VI en que fueron tratados con éxito con el Benadón intramuscular.

En conclusión: Si bien 18 casos de tumoraciones (benignas y malignas) no constituyen un número suficientemente grande como para extraer conclusiones valederas, podemos afirmar que en los 2 ½ años de su empleo nuestros resultados fueron *francamente desalentadores.*

Es por ello que, de acuerdo con nuestra modesta experiencia desaconsejamos el empleo del DICHLOREN en el tratamiento medicamentoso de las tumoraciones benignas y malignas de la vejiga.

DISCUSION

Dr. Bernardi. — Basados en la experiencia recogida, hemos tratado de utilizar la mostaza nitrogenada en el tratamiento de los tumores vesicales benignos y malignos.

No contando con la práctica del doctor Albertelli, no hacemos punción con aguja, sino que actuamos a cielo abierto. Disecamos la vena, hacemos la punción y una vez que introducimos un tubo de Polystán, unos 25 cms., inyectamos el Diclorén. Desgraciadamente, no hemos tenido ningún resultado satisfactorio, que pudiese confirmar en las tumoraciones vesicales los excelentes resultados obtenidos por el doctor Albertelli en las neoformaciones uterinas. Los accidentes que se produjeron han sido graves: hemos tenido hemorragias profundas, atrofias musculares y lo que es más importante es que tanto en las tumoraciones benignas como malignas, nuestros resultados fueron nulos.

Después de haber utilizado durante dos años y medio el Diclorén en las tumoraciones vesicales benignas y malignas, no lo consideramos de ninguna utilidad.

Dr. Rebaudi. — Felicito a los comunicantes porque es la primera vez que se tiene el valor de hablar de malos resultados, a objeto de que otros colegas no caigan en el mismo error.

Dr. Schiappapietra. — Nosotros hemos utilizado el Diclorén en las lesiones malignas inoperables.

Después de haber usado el alcohol absoluto y de haber enviado estos enfermos al neurocirujano para la sección correspondiente de las comunicaciones medulares, me decidí por el empleo del Diclorén. No obstante todo el trabajo que me he tomado, nunca conseguí resultados que pudiesen dejarme satisfecho. Es por ello que estoy plenamente de acuerdo con los comunicantes.

REVISTA DE REVISTAS

Úlcera crónica vesical asociada con la esquistosomiasis. *Robert M. Dimmette, Emile S. Sayegh y Harry F. Sproat.* «Gyn. y Obst.», 101, 721-731, dic. 1955.

Se pasa revista a 33 casos hospitalizados en el Hospital Misional Americano de Tanta (Egipto), a quienes se practicó cistectomía parcial o subtotal por ulceraciones crónicas de vejiga con historia de infestación esquistosomiasis tratada. Se realizó estudio histopatológico en 31 casos y se clasifican las lesiones halladas en 4 grupos: I) lesión precoz-bilharzioma con cicatrización en actividad; II) lesión establecida, de corta duración, granulomatosis con formación de placas calcáreas; III) lesión tardía de larga duración, placa calcárea con cicatrización profunda y curación alcanzada; IV) lesión tardía con neoplasia, placas calcáreas con carcinoma primario (dos casos de este grupo en la serie). En todos los pacientes los procesos patológicos iniciados por la infestación primaria, no curaron después del adecuado tratamiento clínico con antimoniales. La hematuria, presente en la mayoría de los casos, obligó generalmente a la intervención. El tratamiento de elección fué la resección parcial de la vejiga.

Raúl José Borzone.

Componentes estructurales del engrosamiento ureteral causado por la obstrucción. *N. S. R. Maluf y Bela Halpert.* «Surg. Gyn. & Obst.» 102, 17-32, enero 1956.

Los autores emprenden el presente trabajo para demostrar si el uréter humano obstruido, no sólo tiene un engrosamiento de la capa muscular, sino también del urotelio y de su túnica propia (submucosa) y de ser así, si ello se debe a proliferación celular (hiperplasia) o a hipertrofia celular. El método seguido consiste en provocar obstrucción parcial con un clamp de tantalio en el uréter derecho de 30 perros comparando luego con el lado izquierdo normal.

Se colorean los cortes histológicos con tricómico de Masson que muestra diferenciado de color azul el tejido conjuntivo y en rojo el músculo. Los estudios planimétricos de los cortes descubren que el engrosamiento del uréter secundario a la obstrucción consiste en la hiperplasia del urotelio y su túnica propia y en la hipertrofia de la túnica muscular. Esos cambios son ya evidentes con obstrucciones de 3 días de duración. Después de suprimida la obstrucción (18 perros) con reanastomosis, se ve cierta regresión a la normalidad en las tres capas, especialmente en la túnica muscular. En un caso, la obstrucción de 8 días resultó en una considerable dilatación ureteral. La observación microscópica del uréter del perro, 12 semanas después de suprimida la obstrucción, descubrió que la capa muscular estaba ausente en 1/4 de su circunferencia y que los extremos del músculo circular lesionado estaban cubiertos por urotelio.

Raúl José Borzone.

Estudio experimental y clínico de la prevención de secuelas tromboflebiticas por acetato de cortisona (11-dehidro-17 hidrox corticosterona-21-acetato). *F. Miles Flickinger e I. W. O. Henderson.* «Surg., Gyn. & Obst.», 102, 66-74, enero 1956.

Se estudian 12 perros cuyas venas radiales laterales y safenas laterales se esclerosan con 2-4 c.c. de morruato sódico en alcohol bencílico al 5 %: 6 se usan para control y 6 para estudiar el efecto del acetato de cortisona, 1.5 mg. por kilo de peso intramuscular diario. Se hicieron biopsias seriadas con 3 a 6 días de intervalo para comparar entre los controles y los

tratados. Resultados: se logra regularmente una tromboflebitis severa por la inyección del mueruato sódico. La terapéutica con cortisona luego de la iniciación experimental de la flebitis previene la fibroplasia y la organización del trombo, pared venosa, tejidos perivenosos y linfáticos y permite a las venas volver a su aspecto normal macro y microscópico entre 29 y 40 días. El acetato de cortisona predispone a un estado de hipersensibilidad a la terapia anticoagulante. Once casos de tromboflebitis clínica tratados con acetato de cortisona sola o combinada con anticoagulantes, recibieron mejoría sintomática en 48-72 horas. Los pacientes no hicieron complicaciones precoces y se han seguido de 6 meses a 2 años. Sin excepción desarrollaron un minimum de secuelas ulteriores. En vista de la falta de fijación del trombo por fibroplasia, teóricamente puede aumentar la proporción de embolias en los tratados con cortisona. Se recomienda, pues, su uso combinado con anticoagulantes.

Raúl Jose Borzone.

Ansas ileales aisladas para reparación ureteral. E. Vincent Moore, Robert Weber, Edward Woodware, J. G. Moore y Willard E. Goodwin. «Surg. Gyn. & Obst.», 102, 87-97, enero 1956.

Los autores presentan cuatro casos que confirman la opinión de Shoemaker (1906) de que es mecánica y técnicamente posible sustituir con un ansa aislada de intestino delgado viable un segmento de uréter lesionado extensamente, en aquellos casos que, en el pasado, necesitaban intolerables nefrostomias o el sacrificio del riñón. Los cuatro casos que motivan el trabajo, son mujeres con destrucción extensa uni o bilateral del uréter, después de operaciones radicales pelvianas por cáncer uterino. En el primer caso se reemplazó gran parte del uréter distal derecho con una ansa bien irrigada de ileon con urétero-ileoanastomosis término-terminal por un extremo y con ileo-cistoanastomosis mucosa a mucosa, por el otro. En el segundo caso con casi total destrucción del uréter derecho y parcial distal del izquierdo, se unió el ansa ileal a vejiga por su extremo inferior, su extremo superior se unió terminalmente al uréter derecho, en tanto que el extremo inferior del uréter izquierdo se unió a la porción lateral del ansa ileal. El tercer caso es similar al primero (lado derecho). Todos esos casos llevaron nefrostomía temporaria previa. El cuarto caso, operado de endometriosis pelviana invasora sobre el uréter izquierdo, se resuelve por urétero-ileo-cistoanastomosis también, sin nefrostomía a pedido de la enferma. Estos cuatro casos de urétero-ileo-cistoplastia se realizaron sin complicación, sin absorción de electrolitos ni infección perturbadoras. Tampoco hubo problema en el mantenimiento de la permeabilidad de las anastomosis uréteroileales ni ileovesicales como sucede con las uréterosigmoideostomias.

Raúl José Borzone.

Vejiga artificial con segmento de estómago y estudio del efecto de la orina sobre la secreción gástrica. Edwin Siatko. «Surg. Gyn. & Obst.» 102, 433-438, abril 1956.

El autor pasa revista a los distintos métodos de derivación ureteral y sus inconvenientes. Estudia en 5 perros la posibilidad de crear una vejiga artificial con un segmento gástrico (bolsa de Heidenhain) adonde anastomosa los uréteres: en un tiempo (perros 1 y 2) y en tiempos ulteriores, luego de creado el pequeño estómago aislado (3, 4 y 5). Estudia así la influencia local de la orina, del alimento en el estómago principal y la histamina en ambos, así como el balance de cloruros y sodio en el medio interno, que no se alteran mayormente. Concluye que, en el perro, el método es factible y compatible con la vida, no hay alteraciones de la cloremia, azoemia, kalemia y pH sanguíneo así como conservación de la normalidad anatómica y funcional de los riñones cuyo uréter se aboca a la bolsa gástrica. El tipo de abocamiento cutáneo de la misma, permite su control y evacuación sin inconvenientes. Por lo tanto cree que el método es aplicable al hombre.

Raúl Jose Borzone.

Estudio inmunológico en homoinjerto renal. Richard H. Egdahl y David M. Hume. «Surg. Gyn. & Obst.», 102, 450-462, abril 1956.

Se presenta un trabajo experimental en perros para tratar de determinar el mecanismo del fracaso de los homoinjertos renales, que habitualmente se atribuyen al proceso inmunológico de producción de anticuerpos. Iª Parte. Se injertan 60 riñones de perros, cuyo tiempo promedio de función secretora en el receptor es de 5.9 días. IIª Parte. Iª sección: al cese de la función del injerto se exanguina al receptor y la sangre se inyecta en la aorta y arteria renal del riñón

restante del dador. 2ª sección: se reseca el bazo al receptor y su lisado se inyecta en la misma forma al dador. 3ª sección: se procede a una circulación cruzada entre dador y receptor, sea durante la función del injerto, sea al extirpar el trasplante necrosado. IIª Parte. a) trasplante de un riñón al perro que previamente recibió plasma o sangre del dador; b) trasplante entre animales que previamente se sometieron a circulación cruzada; c) homotrasplante y simultáneamente se someten a dador y receptor a circulación cruzada. Resultados: 1) La inyección de sangre, plasma o extracto de bazo del receptor al dador del homoinjerto renal en el momento de la destrucción del mismo, no provoca cambios en el riñón restante del dador. 2) La circulación cruzada entre dador y receptor, por períodos largos o cortos, durante la función del trasplante o luego de su destrucción no provoca cambios en el riñón restante del dador. 3) La circulación cruzada, previa al trasplante, aún de 5 minutos de duración, provoca estado de inmunidad en el receptor con acortamiento del tiempo de función del injerto. 4) Hay cierta evidencia de que la circulación cruzada continua de los dos animales luego del trasplante, inhibe o posterga la reacción de inmunidad.

Raúl José Borzone

Una nueva teoría sobre la formación de cálculos renales. Reginald J. Carr. «British J. of Urol.», XXVI, 105-117, junio 1954.

El autor pasa revista a las teorías corrientes sobre litogénesis, en especial las observaciones de Randall (1937) sobre las placas calcáreas papilares intersticiales no tubulares. Anderson (1946) estudió pequeños depósitos cristalinos o calcícos microscópicos en la sustancia renal y encontró que fagocitos, posiblemente macrófagos, absorben acúmulos de material teñido de azul-negro en su citoplasma, fuera de los túbulos, creyendo que ese material es calcio precipitado. Las lesiones de Randall son para él agregados de cálculos microscópicos y no lesiones degenerativas de la papila. El autor, radiólogo, ha estudiado y seguido muchos cientos de casos clínicos de litiasis renal por métodos urográficos y pielográficos, observando la evolución y crecimiento de pequeñas concreciones, su radiología en el acto operatorio, especialmente en las nefrectomías parciales. Ulteriormente ha radiografiado las piezas operatorias, las ha disecado y examinado a simple vista, con lupa y con microscopio. El examen radiológico de esos segmentos renales lo ha realizado igual que los riñones de autopsia (111 pacientes muertos de causa extrarrenal): 1ª) toma radiológica de la pieza "in toto"; 2ª) cortes paralelos en láminas finas, observados con lupa y RX. A medida que los cortes son más finos, se usan más bajos voltajes y placas lentas, así como técnicas al vacío en los cortes muy delgados. Las imágenes radiográficas, de grano fino, pueden ser observadas al microscopio. Se han obtenido más de 50 radiografías de cada riñón. Todo cuerpo opaco, pequeño o grande puede así visualizarse sin alterar sus relaciones anatómicas, así como conocerse su tamaño y distribución. En caso necesario, algunos o todos esos cuerpos, pueden extraerse para su análisis, generalmente por difracción de RX. Las observaciones, que aún prosiguen muestran que, prácticamente todos los riñones de pacientes de más de 9 años de edad; tienen sombras opacas suficientemente grandes para ser vistas a simple vista. Un riñón normal tiene una o dos opacidades; pero algunos tienen una docena o más. Esos cuerpos el autor los llama concreciones, para diferenciarlos de los microlitos de Anderson (visibles con microscopio de poco poder y de 6 veces el tamaño de la célula tubular), y de los verdaderos cálculos, que son cuerpos presentes en los cálices y pelvis. Dichas concreciones se distribuyen en zonas especiales del riñón y no caprichosamente: 1) por fuera de los fórnices caliciales, junto a los vasos interlobulares, entre las pirámides; 2) en la zona córticomedular; 3) inmediatamente bajo la cápsula. Siempre, pues, cerca de los vasos; pero fuera de ellos. Algunas de las concreciones están alineadas y al ser extraídas son de superficies pulidas y dejan una cavidad de paredes lisas. El autor deduce que la explicación topográfica de esas concreciones sólo puede hacerse vinculándola a la de los linfáticos renales: "Si las concreciones, así como los microlitos de Anderson son estructuras normales, debe aceptarse que una cierta precipitación de sales es un fenómeno normal; de ser así, debe haber un mecanismo normal que las evacúa e impide su acumulación, pues si no, los riñones de viejos estarían atiberrados de esos cuerpos, lo cual no es así". El sistema linfático es, pues, el sistema de drenaje de los precipitados calcícos normales. La formación de cálculos tiene lugar cuando hay: 1) sobrecarga del sistema por exceso de microlitos: hiperparatiroidismo, defectos de excreción de calcio, déficit de coloides protectores, etc.; 2) perturbación del mecanismo de drenaje linfático por cambios previos inflamatorios con fibrosis secundaria (esa perturbación puede tener topografía lobar, de donde la importancia de la misma en la litiasis parcial y su tratamiento lógico la nefrectomía parcial). Las sales de calcio de los cálculos son complejos minerales moleculares que sólo se identifican por análisis de difracción de RX. Las vías linfáticas de drenaje renal se demuestran por los reflujos pielolinfáticos, de los que se presentan hermosas radiografías y además el autor muestra un caso de concreción en la grasa perirrenal de una paciente con litiasis piélica de ese mismo lado y ambas formaciones calcícas tienen el mismo espectro de difracción radiológica, concluyendo,

pues "que esto parece una evidencia incontrovertible en favor de mi teoría linfática del origen de los cálculos renales".

Raúl José Borzone.

Tumores adenomatoideos del epidídimo y de la túnica albugínea. Dos casos. N. E. Rankin. «British J. of Urol.», XXVIII, 187-193, junio 1956.

Se presentan dos casos de tumores adenomatoideos, uno de epidídimo y otro de la túnica albugínea y se pasa revista a la literatura respectiva. Esos tumores son pequeños, de crecimiento lento, benignos, circunscritos, capsulados y de estructura microscópica característica. Pueden asentar en el epidídimo, la vaginal, la albugínea, el útero, la trompa y el ovario. Se discuten las teorías sobre su origen (mesotelial, endotelial, epitelial), siendo probablemente restos embrionarios, hamartomas, más bien que neoplasias, correspondientes al aparato mülleriano.

Raúl José Borzone.

Cortisona en el tratamiento de las epididimitis. Thomas J. Florence. «J. of Urol.», 75, 132-133, enero 1956.

Se presentan cinco casos de epididimitis y orquiepididimitis de etiología incierta, tratados con antibióticos y cortisona oral, 25 mg. cada 6 horas durante 5 a 10 días. En todos los casos el proceso de recuperación se aceleró notablemente, contra lo que es dado observar sin la cortisona. Piensa el autor que el efecto del corticoide es inhibir la localización fibrosa de la infección y permitir la efectiva penetración focal de los antibióticos.

Raúl José Borzone.

Experiencias con un conducto ileal para derivación urinaria. William J. Baker y Edwin C. Graf. «J. of Urol.», 75, 132-133, enero 1956.

Los autores presentan una serie de 13 pacientes que necesitaron derivación urinaria por cáncer vesical primitivo o secundario, salvo el último que era una vejiga neurógena con incontinencia total. Se practicó dicha derivación según la técnica descrita por Bricker, usando un segmento de ileon como receptor de ambos uréteres, por anastomosis término-terminal a un extremo del ansa ileal en la zona del promontorio. El otro extremo del ansa aislada con su meso intacto se a la piel del cuadrante inferior derecho del abdomen. La preparación preoperatoria, luego de asegurada una correcta proteinemia, es mucho más simple que la requerida para una anastomosis uréterosigmoidea, pues la corriente fecal en el ileon es líquida y su contenido bacteriano es menor. El control post-operatorio requiere aspiración con sonda de Wangsteen para evitar la distensión. No hubo desviaciones anormales de la química sanguínea. Los resultados son alentadores: 7 pacientes sobreviven en buenas condiciones (dos de ellos con cáncer presente), entre 6 y 16 meses después de operados; los otros 6 murieron: 4 con carcinomatosis, 1 por bronconeumonía al tercer día y otro de inanición a las tres semanas por esfacelo del estoma.

Raúl José Borzone.