

NUESTRA INICIACION CON LA CISTECTOMIA TOTAL

Por el Dr. FRANK A. HUGHES
(de Montevideo)

El cáncer de la vejiga es una enfermedad de alta malignidad siendo raros los enfermos que sobreviven 5 años después que el diagnóstico de neoplasma ha sido establecido.

Dice Marshall (1) que en 302 enfermos con cáncer de la vejiga, el promedio de edad en ellos era de 59 años aproximadamente. A esa edad la supervivencia, de acuerdo a los cálculos de las compañías de seguros, es de 15 años más o menos y el 88% de las personas viven más de 5 años. Según cifras mencionadas en el mismo trabajo (Welch y Nathanson), sobre 28 pacientes con cáncer de la vejiga, 14 mueren antes de 14 meses, 21 antes de los 30, y 25 del total de los 28, sucumben antes de los 5 años. Sin embargo estas cifras no tienen en cuenta la gravedad del cáncer de la vejiga desde el punto de vista de los sufrimientos que provoca. Seguramente no existen torturas semejantes a las provocadas por esta enfermedad cuando una terapéutica radical no puede ser practicada. Por eso creemos que la alta malignidad del cáncer vesical no puede establecerse teniendo solamente en cuenta sobrevivencias y cifras estadísticas.

Para combatirlo, el médico dispone de una serie de procedimientos cuya variedad demuestra la ineficacia mayor o menor de todos ellos. Es posible que los buenos resultados mencionados en trabajos variados, se deban a diverso concepto de lo que debe llamarse cáncer de la vejiga.

Todos los urólogos tenemos en nuestras estadísticas, tumores etiquetados histológicamente como malignos, que tratados por procedimientos diversos, viven después de 5 años; pero todos debemos con sinceridad aceptar que esos casos pertenecen a tumores de baja malignidad histológica, de tipo eminentemente papilar y en los cuales aunque las células adopten la disposición, la morfolo-

gía tintorial y la arquitectura maligna, no constituyen en realidad tumores que merezcan el calificativo de cánceres; o pertenecen a aquellos en los cuales la topografía del tumor ha permitido su extirpación total con una parte más o menos amplia de la pared vesical sana rodeando a la neoformación.

En cambio todos conocemos la evolución desfavorable y angustiosa de los tumores realmente malignos, que resultan de la transformación epiteliomatosa de los tumores papilares cuando se hacen infiltrantes, o del grupo menos numeroso de los carcinomas primitivos, cuando estos dos tipos de tumores se localizan en zonas de la vejiga que impiden la exéresis de ellos, interviniendo en tejidos sanos. Ash (2) en un estudio sobre 3757 tumores pertenecientes a algo más de 2700 pacientes, encuentra que más de las 2/3 partes de ellos se localizan en la región del trígono y del cuello. Esta región no puede extirparse correctamente sino se extirpa al mismo tiempo la totalidad de la vejiga y la próstata, parcial o totalmente.

Si esa intervención no se realiza, dado que constituye indiscutiblemente una operación grave, queda como única solución a esos pacientes, la extirpación diatérmica de dentro a afuera de la neoformación, nunca radical y generalmente seguida de malos resultados, la implantación de agujas de radón o de radium y la roentgenterapia externa o a cielo abierto, como ha sido preconizada recientemente por Rose (3).

No tenemos experiencia con el tratamiento por las diversas formas de radiaciones, pero puede afirmarse de acuerdo a los datos de la literatura, que salvo opiniones aisladas, la mayor parte de los investigadores no acepta que este procedimiento mejore en cifras importantes la sobrevida de los enfermos. Marshall (1), comparando la terapéutica por radiaciones y la terapéutica quirúrgica, dice de la primera que si bien en algunos casos se encuentran buenos resultados con sobrevidas hasta de 10 años, esos resultados son tan escasos, que parece lógico y necesario intentar la cura de esta enfermedad con métodos diferentes.

El objeto de esta comunicación es presentar el resumen de 6 observaciones de tumores malignos infiltrantes de la vejiga que por su ubicación en la zona del cuello y del trígono fueron tratados por la extirpación total de la vejiga. Son sólo 6 casos, 3 de los cuales fallecieron en plazos breves después de operados; dos por complicaciones de orden operatorio y uno como era lógico que sucediera por la extensión de su neoplasia, ya que la intervención fué practicada con fines paliativos para el alivio del sufrimiento y de hemorragias copiosas. Los otros 3 viven, dos de ellos un año después del acto quirúrgico, que constituye el tiempo transcurrido desde que esta intervención fué realizada por nosotros por vez primera. El tercero lleva pocos meses de operado y aunque sus

condiciones generales son hasta el momento excelentes, ninguna conclusión definitiva puede sacarse.

Pese a la escasa significación científica que una comunicación de este orden puede representar, hemos creído útil traerla a estas Jornadas, creyendo que no siempre únicamente los buenos resultados deben merecer divulgación.

GENERALIDADES SOBRE LA CISTECTOMIA TOTAL

Dice Priestley (4 y 5) que el cáncer de cualquier órgano de la economía, es tratado por métodos quirúrgicos amplios, aún cuando la lesión sea de pequeños centímetros y parece por lo tanto sensato que medidas similares sean utilizadas para el cáncer de la vejiga.

Todavía parece más lógico ese criterio si se añade que el neoplasma de la vejiga se mantiene durante cierto tiempo como una lesión localizada. La ausencia de metástasis en las lesiones no extendidas es aceptada por numerosos autores como Boer (6) y Ash (2) aunque con ese concepto no está de acuerdo Cunningham (7) quien citando datos de Bumpus, Barringer, Geraghty y del Massachusetts General Hospital, hacen aparecer a éstas como presentes entre el 30 y 50% de los casos. Este hecho es sin embargo de por sí significativo, ya que si los que creen en la frecuencia de la generalización en acasos avanzados solo la encuentran en el porcentaje máximo de la mitad de los casos, se deberá aceptar como moción precisa que en las lesiones precoces ellas no son frecuentes. A propósito conviene mencionar también la opinión de Jewett y Strong (8) y de Jewett (9) quienes señalan la rareza de las metástasis en los tumores superficiales, lo excepcional de ellas en los que alcanzan la musculatura y la relativa frecuencia de los que llegan a los tejidos perivesicales.

La opinión de Priestley sobre la necesidad de encarar el tratamiento del cáncer de vejiga por la cistectomía total, es compartida por autores como el citado Marshall (1), Graves y Thomson (10), Wilhelm (11), Hinman (12), Thomas (13), Trabucco (14) y Vilar y Mathis (15), quienes la llevan a la práctica utilizando la vía suprapúbica aislada o la vía mixta perineo abdominal.

Otros en cambio se oponen a su realización, dada la frecuencia de las complicaciones urinarias altas (alteraciones del drenaje, infecciones), dada su alta mortalidad y dado que resultados buenos pueden obtenerse con procedimientos de menor jerarquía. Orr, Carson y Novak (16), consultando la opinión de 267 cirujanos al respecto, señalan la proporción pequeñísima de los que la preconizan.

Nosotros mismos hemos comprobado en un viaje reciente ese hecho y nos llamó la atención que uno de los urólogos más sensatos y criteriosos de los Es-

tados Unidos, el Dr. E. Granville Crabtree fuera un ardiente opositor a la realización de la cistectomía.

Volvemos a repetir que nuestra experiencia es pequeña y por eso en esta comunicación que hemos titulado "Nuestra iniciación con la cistectomía total" no nos sentimos capaces de hacer afirmaciones categóricas en un sentido o en otro, pero creemos que este procedimiento es el único que puede ofrecerse a los pacientes en los casos de tumores infiltrados de mala localización (trígono y cuello) con ciertas posibilidades de cura definitiva. Es además el más útil método para calmar sufrimientos y angustias que son frecuentemente el resultado de repetidas y variadas terapéuticas llevadas a cabo durante meses y aún durante años (casos 2 y 3). Si la proporción de éxito es pequeña, como es siempre el éxito en la energía del cáncer, ese hecho no debe servir como argumento que detenga nuestro deseo de superar las proporciones exitosas, sino como un estímulo para mejorar nuestra técnica, para tratar que las complicaciones sean menos frecuentes y para que en la última instancia la actuación del cirujano pueda ofrecer a las estadísticas cifras algo menos sombrías que las ofrecidas hasta ahora y a los enfermos sobrevividos de menos sufrimientos.

Una serie de precauciones deben regir la indicación operatoria. Jewett (9) hace notar que el fracaso de cualquier método de cura en el carcinoma de la vejiga se debe a uno de estos 4 factores:

- 1) la existencia de metástasis,
- 2) de lesiones extravesicales,
- 3) de complicaciones intercurrentes o
- 4) de una destrucción o extirpación incompleta del tumor primitivo.

1) *Existencia de metástasis.* — Deben ser cuidadosamente investigadas teniendo en cuenta su más frecuente localización en los ganglios regionales, en el hígado y en el pulmón, teniendo también en cuenta la frecuencia extraordinariamente mayor de ellas en los casos en que la infiltración atraviesa la capa muscular de la vejiga; lo excepcional de las mismas en los casos en que solo se encuentra lesionada la submucosa y la rareza cuando la infiltración llegando a la muscular no alcanza a atravesarla (Jewett).

La radiografía de tórax, el examen clínico y la abertura previa del peritoneo a toda maniobra que va a intentar una exéresis amplia, como lo preconiza Priestley (4 y 5), son por eso imprescindibles.

2) *Lesiones extravesicales.* — La existencia de lesiones extravesicales puede ser determinada por la abertura del peritoneo en el momento operatorio ya mencionada, pero también puede ser sospechada por el examen clínico recto abdominal efectuado bajo anestesia raquídea o endovenosa como lo hace Jewett

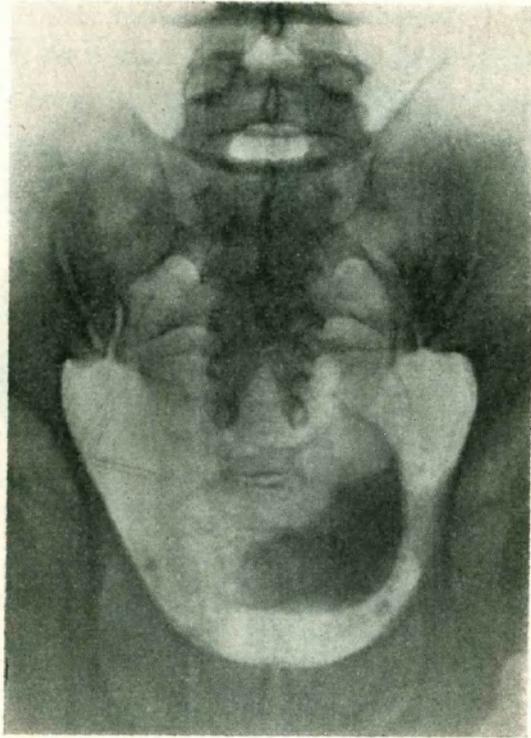


Figura 1

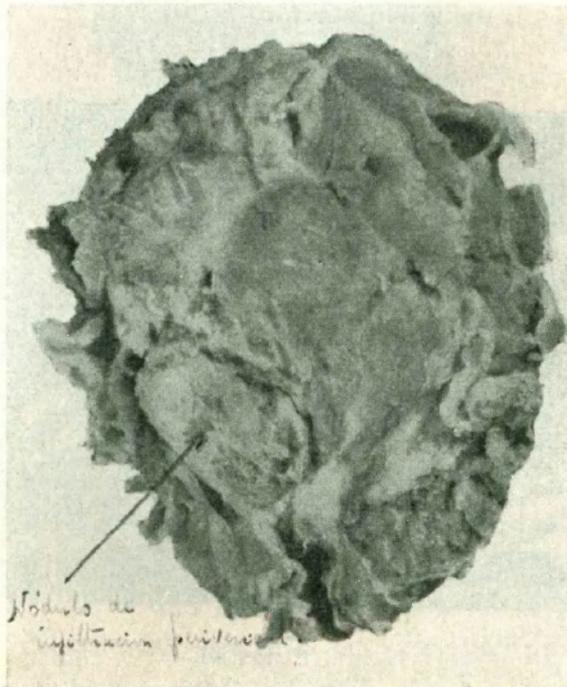


Figura 2

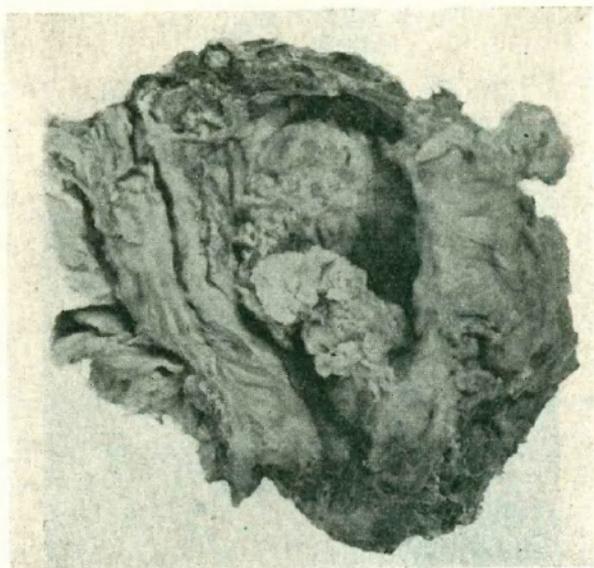


Figura 3

Foto: 588. — Vejiga. Pieza Operatoria. Enfermo J. P.
 Cáncer nodular y papilar que se extiende a toda la mucosa y que en todas las superficies macrotómicas practicadas longitudinalmente para el estudio de la invasión neoplásica en profundidad, se observa una infiltración de todas las capas del órgano, sobrepasando en algunas regiones la configuración externa del mismo.

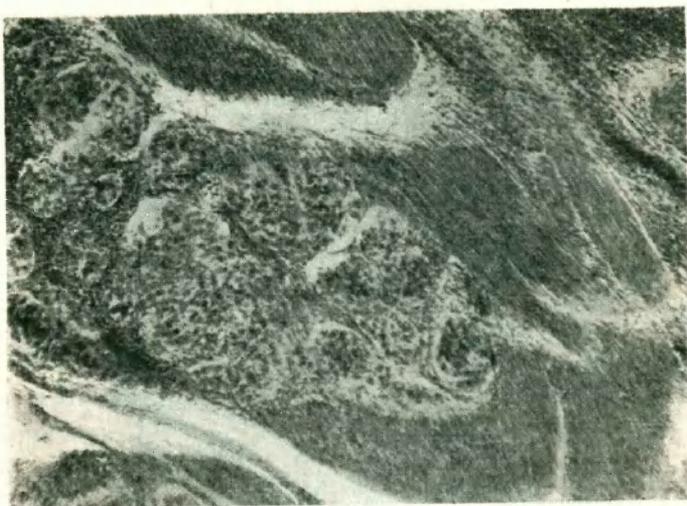


Figura 4

Microfotografía del caso F. P. — Masas del epiteloma pavimentoso a células indiferenciadas infiltrando la capa muscular de la vejiga.

(17) para la selección de los casos para cistectomía total. En el enfermo N° 5 esta maniobra nos hizo determinar preoperatoriamente la existencia de lesiones perivesicales que fueron encontradas luego en la mesa operatoria (Fig. 1, 2, 3, 4), lo que nos hizo realizar la intervención estableciendo de antemano el carácter paliativo de la misma, para el alivio del sufrimiento y el cese de las hemorragias.

3) *Las complicaciones intercurrentes.* — Estas son las frecuentes en todas las intervenciones de cierta magnitud. En nuestros enfermos se observan en los

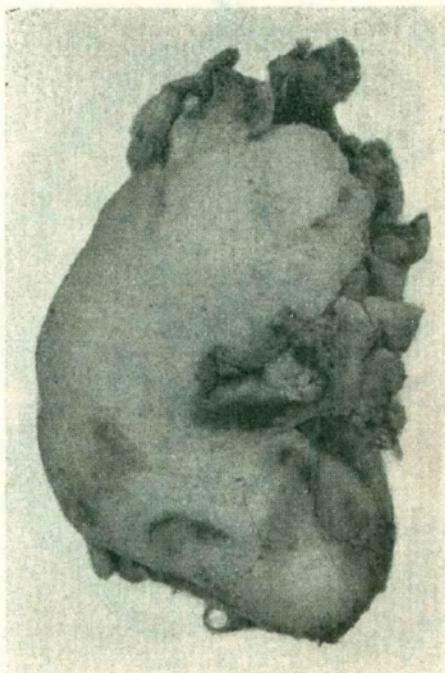


Figura 4

casos 1 y 4. En el primer caso la producción de una fístula urointestinal que motivó un desmejoramiento progresivo del paciente hasta su muerte a los 4 meses de operado de pielonefritis. En el caso 4 se produjo una fístula del mismo tipo que la anterior a raíz de la uretero sigmoidostomía izquierda, que curó espontáneamente antes de la realización del acto de la cistectomía. Este enfermo falleció de peritonitis a los 6 días de la extirpación de la vejiga, que se había efectuado sin mayor dificultades, pese a la enorme extensión del proceso (Fig. 5 y 6).

En el capítulo de las complicaciones debe mencionarse en forma especial

la repercusión importante que sobre el aparato urinario alto tiene la uretero-entero-anastomosis. Presentamos las urografías correspondientes a los enfermos 2, 3, 5 y 6. En las del caso 2, Fig. 7, 8 y 9, obtenidas a los 20, 40 y 75 minutos y efectuadas a los 22 días del post operatorio se observa una estasis y una dilatación de las cavidades pielo preterales con conservación prácticamente normal del funcionalismo renal. En la urograma efectuado a los 10 meses del anterior y a los 11 de efectuada la uretero-entero-anastomosis (Fig. 10 y 11), se

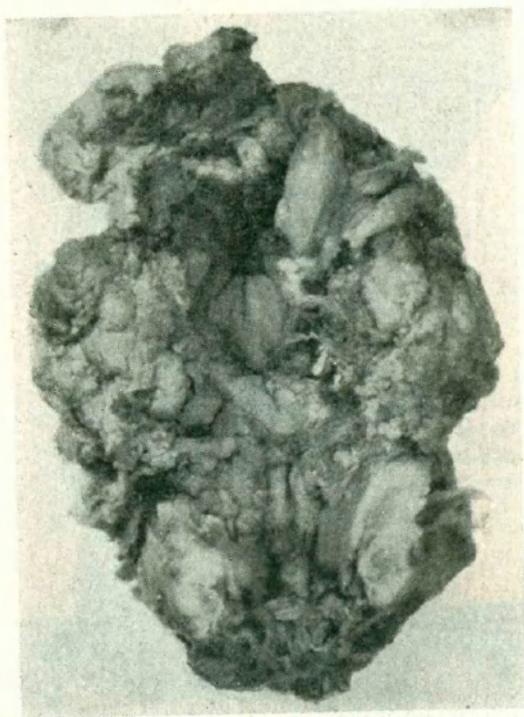


Figura 5

Foto 600: (Ver 601). Micro: 4176.
Vejiga. Pieza Operatoria. Enfermo: M. A.

En toda la extensión de la cara mucosa del órgano aparece una masa neoplásica vegetante de aspecto nodular en la parte central, lateralmente con aspecto de coliflor o "papilomatoso".

observa una falta completa de eliminación del lado izquierdo y una disminución de la ectasia derecha. La urografía de ese lado es llamativamente normal.

En las urografías del enfermo 3 se observa un fenómeno semejante: en las placas efectuadas a los 21 días de la uretero sigmoidostomía (Fig. 12 y 13) y obtenidas a los 10 y 60 minutos se observa una discreta dilatación de ambos lados con conservación del uncionalismo renal. El urograma efectuado a los 13 meses de operado (Fig. 14, 15) con placas obtenidas a los 35 y 100 minutos,

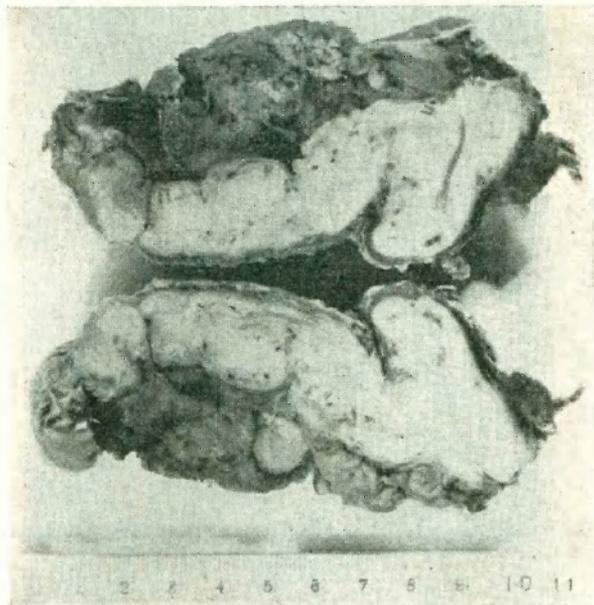


Figura 6

Foto: 601. (Ver 600). Macrotomía del ejemplar anterior en dos partes. En las superficies de este nuevo corte se comprueba el engrosamiento de la pared vesical debido a la infiltración neoplásica la cual no llega hasta la cara externa de la vejiga.

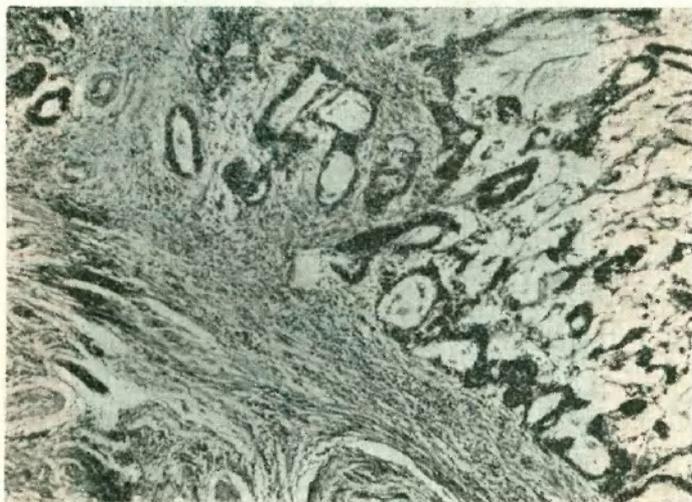


Figura 6

Microfotografía correspondiente al enfermo M. A. Micro N° 4176. Corte correspondiente a un fragmento de la pieza operatoria. Se observa una zona de infiltración del epiteloma glanduliforme quístico mucinoso.

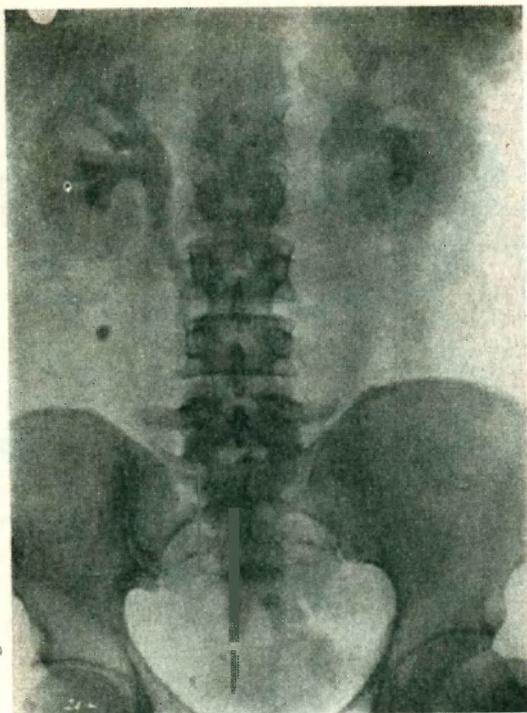


Figura 7

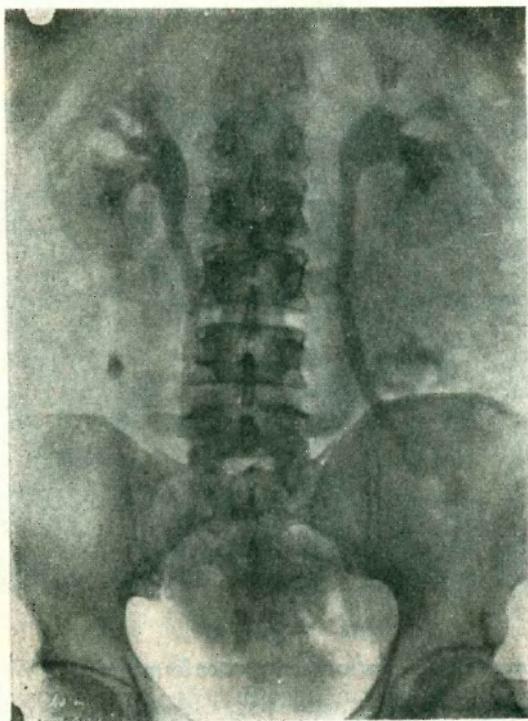


Figura 8

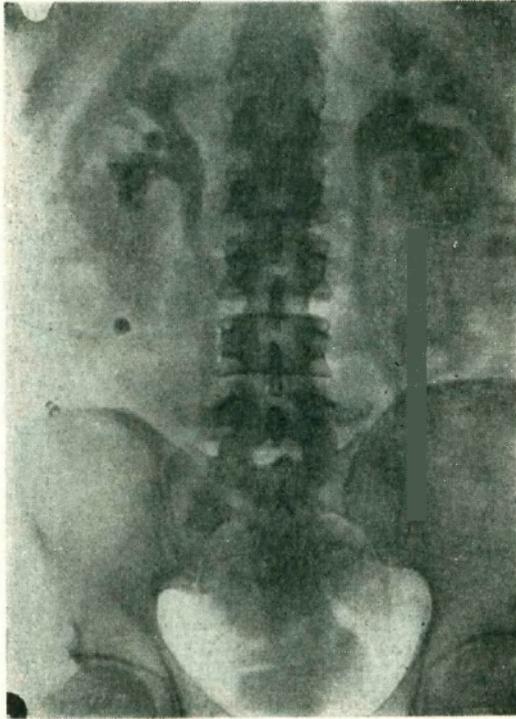


Figura 9



Figura 10

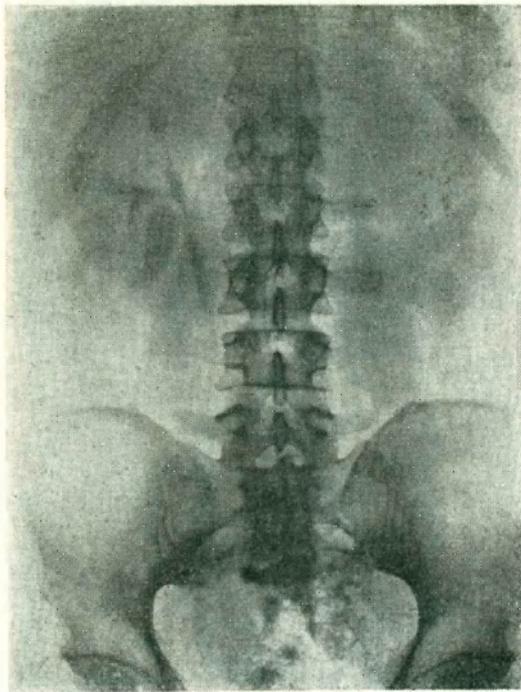


Figura 11

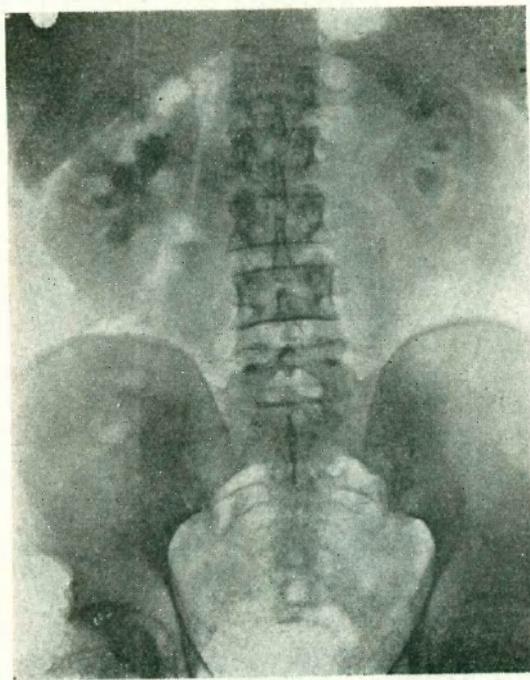


Figura 12

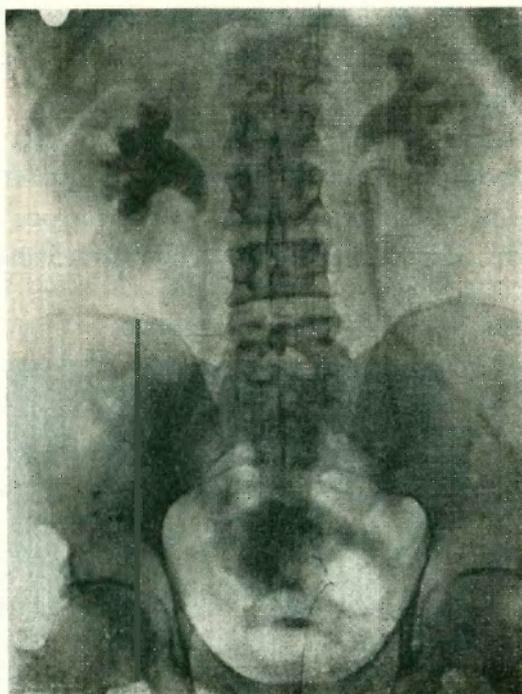


Figura 13

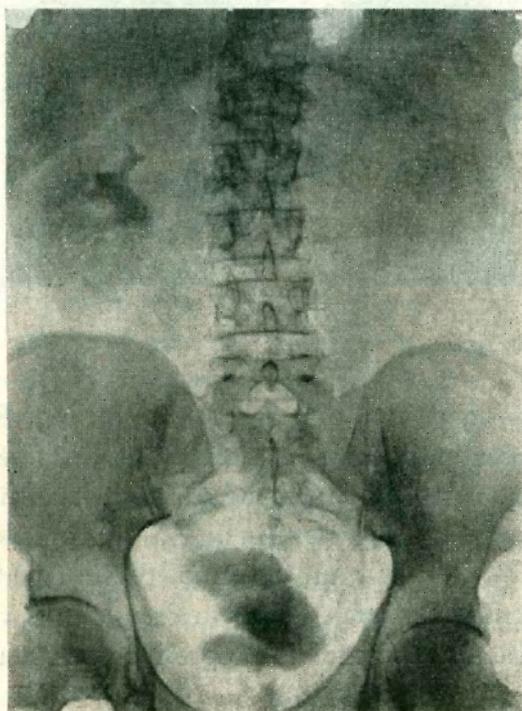


Figura 14

muestra una desaparición de la ectasia derecha con urografía normal, al mismo tiempo que nos hace ver como en el caso anterior, la desaparición del funcionamiento renal izquierdo.

Esta profunda alteración del riñón izquierdo se efectuó en un profundo silencio clínico en el enfermo 3, no así en el caso 2 que fué intensamente molestado durante los primeros meses del post operatoria por cólicos nefríticos izquierdos. En su producción creemos que tenga intervención la pronunciada

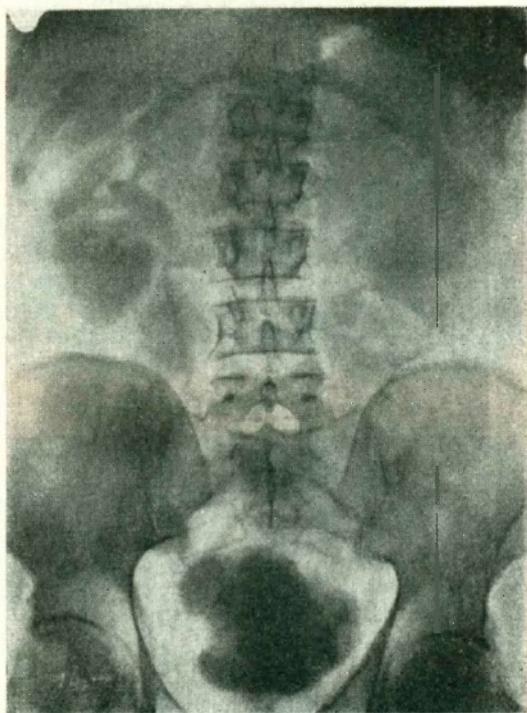


Figura 15

curva del ureter que se observa en ambos casos en las Fig. 8 y 13, lo que motivará que volvamos sobre este punto en el capítulo de la técnica.

Este hecho de la alteración funcional como consecuencia de la uretero entero anastomosis es uno de los elementos de real importancia a tener en cuenta en estos pacientes, lo que obliga como lo establece Smith (18) a exámenes urográficos y del nitrógeno no proteico, por lo menos una vez al año; debiendo efectuarse si el desfallecimiento renal es progresivo, una nefrostomía o una ureterostomía.

4) *La destrucción o extirpación incompleta del tumor.* — La extirpación completa del tumor es la razón misma de la cistectomía total, constituyendo a

nuestro juicio esta intervención, el único procedimiento que contempla este aspecto del problema.

ALGUNAS CONSIDERACIONES DE LA TÉCNICA

Como es lógico el primer paso es la derivación supravescical de las orinas, que puede efectuarse por doble nefrostomía o por el abocamiento de los ureteres a la piel o al intestino. Nosotros, de acuerdo a la mayoría de los autores, y dados los inconvenientes de orden práctico que tienen las derivaciones cutáneas, lo hemos resuelto implantando los conductos urinarios al intestino. Sólo en el caso 1, efectuamos el abocamiento a la piel en el mismo momento de la cistectomía, al haber fracasado tratando de implantarlos en el sigmoide en una sesión operatoria anterior, según la técnica de Jewett (18). La desaparición del sufrimiento vesical y lo penoso que resultaba al enfermo el drenaje urinario en esa forma, nos hizo intentar la uréterosigmoidostomía ulterior por vía extraperitoneal. Esa intervención fué seguida de un fracaso y de la pérdida del paciente. La técnica de Jewett mencionada se nos presentó en ese caso llena de dificultades, como se nos había presentado anteriormente en una extrofia vesical en el momento que se realizaba el segundo tiempo. Fué abandonada por nosotros para emplear desde entonces la técnica clásica del Coffey I. Esta implantación la hicimos en los casos 2, 5 y 6 por vía intraperitoneal y en los casos 1 y 3 por vía extraperitoneal con una doble incisión ilíaca, procediendo a extraperitonizar el sigmoide y comenzando por el lado derecho con el objeto de que el colon pueda ser movilizado fácilmente, como lo hacen Vilar G y Mathis (15) y Cabot (93). Siempre hemos hecho la implantación en el colon izquierdo y no tenemos experiencia con la técnica de Trabucco (14). En el caso 4 hicimos la uretero sigmoidostomía en dos tiempos por vía extraperitoneal, dado lo precario de las condiciones generales del paciente. En nuestros primeros enfermos hasta observar el resultado desfavorable con respecto al funcionalismo renal del lado izquierdo en el caso 2 y confirmado luego en el caso 3, efectuábamos la unión del ureter izquierdo al intestino por el espacio parieto cólico izquierdo (Warton 20). Esa manera de proceder explica seguramente las dificultades del drenaje de ese riñón, dada la acodadura del canal a que nos hemos ya referido. En los casos siguientes 5 y 6 modificamos esa conducta e hicimos penetrar el canal ureteral en la cavidad peritoneal por la cara interna del colon izquierdo a través del meso colon.

Hasta el momento solo podemos informar del resultado obtenido con ese modo de proceder en el enfermo 6. En él, como lo demuestra la urografía (Fig. 16 y 17) el riñón izquierdo conserva su funcionalidad normal y no existe en

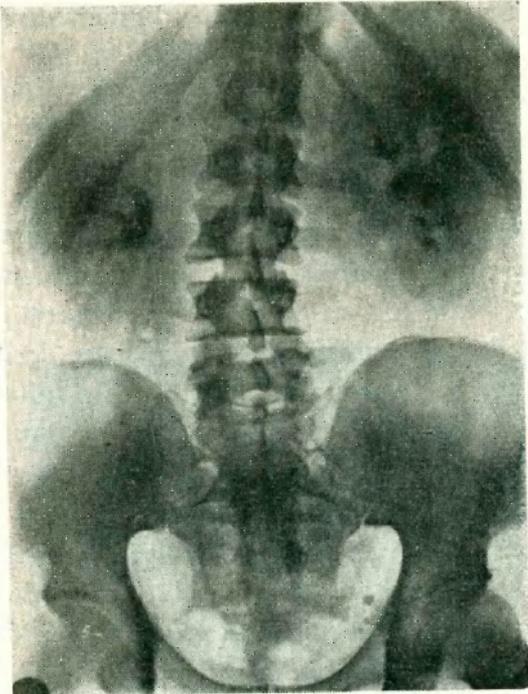


Figura 16

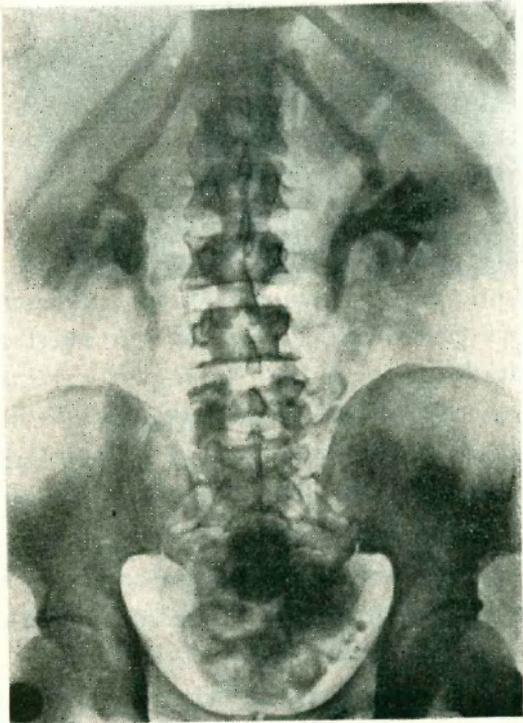


Figura 17

el dilatación llamativa. El riñón derecho y sus vías, como en los casos 2 y 3, se mantiene en buenas condiciones. El caso 5, en el cual procedimos del mismo modo, falleció lejos de nuestro medio, sin que el estudio urográfico pudiera ser realizado. En cuanto a la técnica de la cistectomía en el caso 1, efectuábamos la extirpación total de la vejiga dejando la próstata, lo que es considerado como una intervención incompleta ya que Marshall ha visto la reproducción del tumor en el pico de la glándula y Wilhelm en la pretra posterior. En los casos 2 y 3 efectuamos la operación por vía alta como lo preconizan Priestley y Strom, (+) Priestley y Graves y Thomson. En los casos 4, 5 y 6 utilizamos la vía mixta perineo abdominal utilizada por Marshall, Wilhelm y que hemos visto hacer a Colston en el John Hopkins Hospital.

Resultados. — Como es lógico con los pocos casos mencionados no puede hablarse de resultados o solo puede hablarse de resultados malos e incompletos ya que sobre 6 enfermos operados, 3 fallecieron antes del año, dos por complicaciones más o menos directas de la operación y uno por que el neoplasma, por su extensión, iba más allá de las posibilidades de cura radical. Los otros 3 viven, dos de ellos con la pérdida funcional de un riñón que era normal anatómica y funcionalmente antes de la uretero-entero-anastomosis. El otro enfermo (caso 6) vive normalmente. Su urea sanguínea se mantiene en cifras normales (0.49) y la urografía practicada a los 3 meses de la uretero sigmoidostomía hace pensar que hasta el momento la anastomosis no ha tenido repercusión nociva sobre el funcionamiento renal. (Fig. 16 y 17).

En estos tres enfermos, si bien es cierto que no puede hablarse de curación, no puede dejar de mencionarse la maravillosa modificación que se ha operado en las condiciones de vida de ellos. El sufrimiento de años había quebrado la moral y había hecho necesario el abandono completo de todas sus actividades. Hoy, los tres trabajan en forma normal, sus familias no conciben porque esta intervención no fué realizada antes y tenemos la completa tranquilidad de que aún en el caso de que la recidiva del neoplasma se produzca o que la perturbación funcional del riñón vaya en aumento, nuestra actuación quirúrgica ha contribuído a mejorar fundamentalmente la evolución particularmente angustiada y desesperante de los mismos.

Creemos que la gravedad de la operación depende en nuestras manos, de que no hemos conseguido la perfección técnica en el tiempo de la uretero sigmoidostomía, más que de la gravedad en la realización de la cistectomía. Esta es una operación fácilmente realizable y que entra dentro de las posibilidades quirúrgicas de cualquier cirujano corriente. Las fotografías que adjuntamos co-

(+) Priestley J. y Strom G. — J. of Urol. 1943 - 50 - 210.

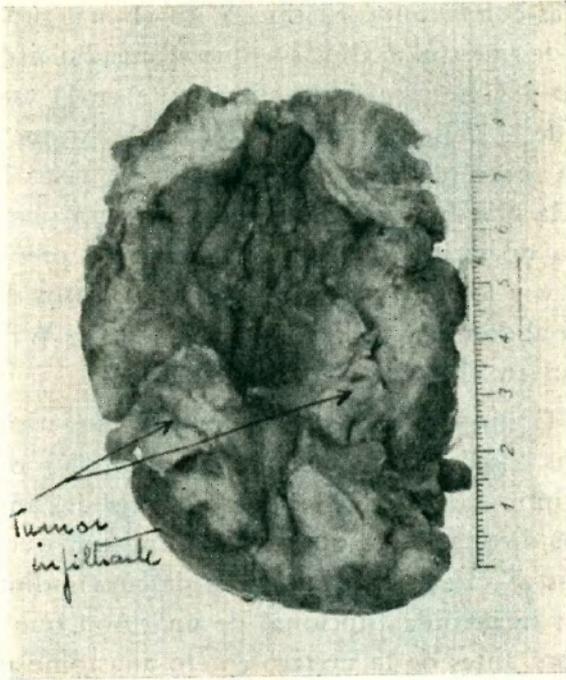


Figura 18

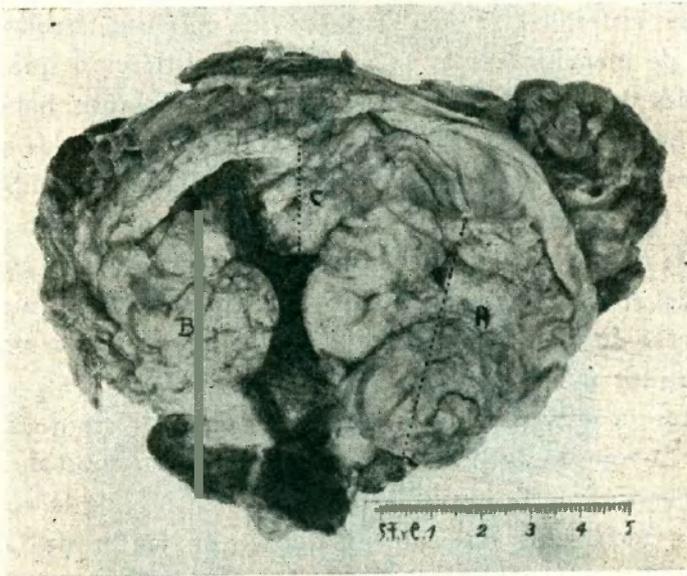


Figura 19

Enfermo	Antecedentes y preoperatorio	Ureteres	Tipo de intervención	Evolución y postoperatorio
1. Cor. Máximo 50 años.	Hematurias y cistitis discreta. <i>Endoscopia:</i> 31-VIII-45 - Tumor papilar sessil extendido del trigono. 28-VI-46 - Tumor sessil infiltrado del trigono. Biopsia — Carcinoma papilar (E. Castro).	Técnica Jewett - 1er. tiempo der. 19-VII-46 Uretero Sigmoidostomía Bilat. 20-XI-46 (Fistulización Uro Intestino I Derecho).	Cistectomía total suprapúbica - 4-IX-46 Ureteres en la piel.	Persiste fistula urointestinal. Empoamiento progresivo. Pielonefritis-Uremia. Fallece: Abril 1947.
2. Arr. Juan 45 años.	Papilomatosis vesic. desde 1941. Cistitis Tratamiento: TU y TV (otros colegas) Gran adérgazamiento Persiste cistitis intensísima <i>Endoscopia:</i> Tumor sólido de vertiente posterior del cuello.	Uretero sigmoidostomía intraperitoneal bilateral - 21-X-46. Reacción peritoneal. Laparotomía - 27-X-46.	Cistectomía total suprapúbica - 16-XII-46. Foto: Fig. 13. <i>Histología:</i> Tumor papilar sólido. Proliferación epitelial con atipismo citológico y arquitectural. Crecimiento infiltrante que no llega a muscular. (J. F. Cassinelli)	Crisis dolorosa de fosa lumbar izquierda. Urografía: 8-XI-46. Urografía: 18-IX-47. Ultima visita: 16-IX-47. Reintegrado a la normalidad de su vida. Toleró 7 horas sin evacuar orina. Estado general excelente. Urea: 0.48. Peso normal.
3. Pess. José M. 49 años.	Papilomatosis vesic. desde 1940 <i>Tratamiento:</i> TU - 11-VI-41 TU - 16-VIII-43 TV - 31-VII-41 TU - 18-X-43 TU - 26-II-43 TV - 1-IV-44 IV-45 - Recidiva - Ve otros colegas - TU - 12-V-43 Varios trat. TU. <i>Endoscopia:</i> 5-III-46. Tumor papilar infiltrado. Biopsia: 11-III-46 TV. - Queda tallado	Uretero sigmoidostomía extraperitoneal bilateral - 28-X-46.	Cistectomía total suprapúbica - 27-XI-46. <i>Histología:</i> Papiloma maligno con zonas de infiltración en la base de implantación (Epitelioma Papilar). Embolización vascular epiteliomatosa. (J. F. Cassinelli)	Sin el menor trastorno funcional urinario. Colitis que cesó: Urografía: 19-XI-46. Urografía: 21-XI-47. Ultima visita: IX-47. Vida normal. Orina 1 vez de noche. Urea: 0.55. Peso normal.
4. Alv. Manuel 53 años.	Talla por cistitis intensa. II 947 <i>Endoscopia:</i> Tumor infiltrante del cuello. Urografía: 2-11-947.	Uretero sigmoidostomía derecha extraperitoneal - 19-V-47. Uretero sigmoidostomía izquierda extraperitoneal - 16-VI-47. El lado izquierdo fistuliza y cura espontáneamente.	Cistectomía total perineo abdominal 30-VIII-47. Foto: Fig. 5, 6, 6'. <i>Histología:</i> Epitelioma glanduliforme quístico mucinoso, infiltrando la pared sin llegar a cara interna. (C. M. Domínguez)	Estado general excelente. Peritonitis. Fallece: 10-IX-847.
5. Pedr. Jaime 53 años	Cistitis y hematurias datando de 5 años. Masa palpable móvil en hipogastrio Grandes molestias <i>Endoscopia:</i> Enorme tumor con necrosis e infiltración del trigono y lado derecho de vejiga. Urografía: Fig. 1.	Uretero sigmoidostomía bilateral intraperitoneal - 13-VI-47. Ureter derecho muy dilatado.	Cistectomía total perineo abdominal - 22-VII-47. Lesiones perivesicales. Foto: Fig. 2, 3, 4, 4'. <i>Histología:</i> Epitelioma pavimentoso a células indiferenciadas, infiltrando la capa muscular y llegando a los tej. peri vesicales. (C. M. Domínguez)	Calma absoluta de sus sufrimientos. Caquexia progresiva. Urografía: 30-VI-47. Fallece: 16-XI-47.
6. Alvr. Julio 46 años	Cistitis y hematurias datando de 3 años Etiquetado como tumor inoperable. Adérgazamiento - Anemia intensa. <i>Endoscopia:</i> Triple tumor sólido del trigono y pared izquierda. Urografía: 23-VII-47.	Uretero sigmoidostomía bilateral intra peritoneal. 16-VIII-47.	Cistectomía total perineo abdominal - 10-IX-47. Foto: Fig. 19. <i>Histología:</i> Papiloma maligno. Base de los 3 tumores en infiltración atípica (Carcinoma Papilar). Que toma submucosa y capa muscular. Embolización y cel. epiteliomatosa en v. linfáticas y vasos venosos submucoso.	Sin el menor trastorno. Urografía: 27-XI-47. Urea: 0.49. Peso normal.

respondientes a los enfermos 2, 4, 5 y 6 (Fig. 18, 5 y 6, 2, 3 y 4 y 19) demuestran lo factible de extirpar en un solo block la totalidad de la vejiga y de la próstata.

Tenemos la esperanza que a medida que nuestra experiencia aumente y nuestra técnica en la realización de la anastomosis se perfeccione, los resultados mejoren para calmar de ese modo la inquietud de nuestros anhelos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Marshall V.* — *J. A. M. A.* 1947: 134: 501.
- 2) *Ash J.* — *J. of Urol.* 1940: 44: 135.
- 3) *Rose D.* — *J. of Urol.* 1946: 55: 267.
- 4) *Priestley J.* — *Mayo Clinic* 1946: 38: 191.
- 6) *Beer E.* — *Tumors of the Urinary Bladder.* — *W. Wood.* — Baltimore 1935.
- 7) *Cunningham J.* — *J. of Urol.* 1931: 25: 559.
- 8) *Jewett H.* — *J. A. M. A.* 1947: 134: 496.
- 10) *Gravse R. y Thomson R.* — *J. of Urol.* 1944: 52: 448.
- 11) *Wilheim S.* — *Surg. Gyn. and Obst.* 1947: 84: 90.
- 12) *Hinman F.* — *J. A. M. A.* 1947: 134: 511.
- 13) *Thomas K.* — *J. A. M. A.* 1947: 134: 512.
- 14) *Trabucco A.* — *Rev. Arg. de Urol.* 1946: 15: 7: 76.
- 15) *Vilar G. y Mathis R.* — *Rev. Arg. de Urol.* 1964: 15: 212.
- 16) *Orr L., Carson R. y Novak W.* — *J. of Urol.* 1939: 42: 778.
- 17) *Jewett H.* — *J. of Urol.* 1943: 49: 34.
- 18) *Smith G.* — *Surg. Gyn. and Obst.* 1947: 85: 221.
- 19) *Jewett H.* — *J. of Urol.* 1944: 52: 536.
- 20) *Warthon L.* — *J. of Urol.* 1942: 48: 474.