



ARTIGOS ORIGINAIS

CÂNCER DA BEXIGA, SEU TRATAMENTO CIRÚRGICO *

JOÃO B. VIANNA

Assistente do S. N. C.

O presente trabalho é baseado no estudo de 16 casos de câncer primitivo da bexiga, todos eles vistos e seguidos pessoalmente por nós. Alguns eram doentes de nossa clínica particular, outros da Caixa de Pensões e Aposentadorias dos Ferroviários, porém a maioria, pertencia ao Serviço Nacional de Câncer.

Incidência

Dos nossos 16 pacientes, 11 eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino, o que está de acôrdo com a predominância dos blastomas vesicais no homem.

O quadro I, que mostra a distribuição dos casos segundo a idade dos pacientes, revela uma predominância do câncer vesical na 6.^a década da vida.

QUADRO I

Distribuição dos casos segundo a idade.

dos 30 aos 40 anos	.....	2 casos
" 41 " 50 "	.....	3 "
" 51 " 60 "	.....	2 "
" 61 " 70 "	.....	8 "
" 71 " 80 "	.....	1 caso

Localização

A localização mais frequente do tumor foi no assoalho vesical, notadamente ao nível do trigono:

QUADRO II

Localização do tumor

Trigono	.....	8 casos
Trigono e fundo	.....	2 "
" e parede esq.	.....	1 caso
" fundo, paredes esq.	.....
" e posterior	.....	1 "
Parede direita	.....	1 "
Quasi totalidade do órgão	...	2 casos
Lesão não localizada	.....	1 caso

O tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e a ocasião em que o paciente nos procurou, variou de 7 meses a 5 anos. Neste último caso tratava-se inicialmente de um papiloma simples. A maioria dos pacientes, nesse período de tempo compreendido entre o aparecimento do primeiro sintoma e a data do nosso exame, havia se submetido a tratamentos deficientes, tal seja unicamente a administração de anti-sépticos urinários, não tendo se submetido, a não ser em raras exceções, a um exame urológico.

Sintomatologia

O sintoma inicial relatado mais frequentemente pelos pacientes foi a hematuria indolor e intermitente (14 casos). De quando em vez a urina adquiria coloração quasi normal, levando o paciente a crer que estivesse curado; pouco depois, todavia, voltava a urinar sangue.

A dificuldade em urinar, associada ou não ao ardôr à micção e à polaquiúria figurou a seguir, como sintoma ini-

(*) Trabalho do Serviço Nacional do Câncer. Diretor: Dr. Mário Kroeff.

cial mais comum. Convém, todavia, notar que nos dois casos em que a dificuldade em iniciar a micção apareceu como sintoma inicial, havia, além do blastoma da bexiga, um adenoma da próstata. Aliás, essas duas lesões apresentaram-se concomitantemente em 7 dos nossos casos.

A dor lombar constituiu sintoma inicial em 2 doentes que apresentavam ao mesmo tempo: um, dificuldade à micção e outro, hematúria.

Como sintoma tardio um dos doentes apresentou dor ciática à direita. Tratava-se de caso adiantado e com provável comprometimento dos nervos pélvicos.

Diagnóstico

O exame dos pacientes constou, além do exame clínico comum, em que o toque retal e o toque ginecológico foram de grande valia, da uretrocistoscopia com a respectiva biopsia e da cistografia.

Em 4 casos, o tumor vesical pode ser sentido pelo toque retal e em 3 outros pelo toque vaginal.

A cistoscopia foi talvez o meio de diagnóstico mais eficiente: por ela pudemos visualizar o tumor em 15 pacientes. Em alguns, o exame foi dificultado, quer pela diminuição da capacidade vesical, quer pela constante hemorragia do tumor. Uma única vez, devido à intensidade desta, não foi possível visualizar a lesão. Esta última se apresentou quasi sempre como massa tumerosa avermelhada, sangrando facilmente e parcialmente coberta por tecido mortificado, de cor esbranquiçada.

A biopsia endoscópica pode ser praticada em 11 casos, sendo que em 3, apesar de repetidas tentativas, o material colhido revelou somente presença de tecido mortificado. Depois que passamos a fazer as biopsias com o res-

sectoscópio temos tido melhor resultado, devido à maior abundância de material colhido.

A cistografia constituiu outro exame de real valor, notadamente como complemento do exame endoscópico. Empregamos como meio de contraste o ar ou uma solução de brometo de sódio à 10%. As vezes associamos os dois num mesmo exame.

A radiografia dos ossos da bacia e da coluna lombar constituiu sempre exame de rotina, o mesmo acontecendo ao exame radiológico dos pulmões.

Um dos nossos casos apresentava extensas lesões metastáticas no iliaco. Dos 16 doentes portadores de tumor da bexiga, só não obtivemos comprovação histológica em 3. Estes, todavia, clinicamente não deixaram dúvidas quanto ao diagnóstico. Dos tumores restantes, 12 eram carcinomas e 1 papiloma em cancerização. Dos carcinomas, 8 eram epidermóides, 2 do tipo transicional, 2 carcinomas do tipo não determinado e 1 papilífero.

Tratamento

O tratamento dos nossos casos, poderá ser dividido em 2 períodos: um de 1938 a 1947 e outro de 1948 até o presente (1950). No primeiro período, em que a terapêutica efetuada poderia ser chamada de conservadora, tratamos 11 doentes. Três deles, aliás, não chegaram mesmo a ser tratados, tendo tido alta à pedido. Um foi submetido simplesmente a laparotomia exploradora devido ao estado adiantado da doença, falecendo alguns dias depois. Três outros foram submetidos à talha hipogástrica, com electro-coagulação do tumor em dois, e implantação de agulhas de radium em um: tiveram alta à pedido em condições gerais sofríveis, e deles não tivemos mais notícias. Três doentes foram submetidos a

cistectomia parcial: um apresentou recidiva 1 ano após; o segundo, portador de polipo em cancerização 2 anos depois, sofreu extirpação electro-térmica de 6 novos polipos; o terceiro paciente (caso 11) cuja observação se acha resumida adiante apresenta-se em ótimas condições há 3 anos.

Finalmente o último, portador de extenso tumor vesical, já com invasão da parede anterior do ventre e achando-se em péssimas condições gerais, foi submetido a uma ureterostomia cutânea bi-lateral, à título paliativo, vindo a falecer 5 meses depois.

QUADRO III

Tratamento (conservador) efetuado em doentes no período de 1938 à 1947.

Tipo de tratamento	Número de casos
Radium intersticial	1
Laparotomia exploradora.....	1
Electro-coagulação (talha)	2
Ureterostomia cutânea	1
Cistectomia parcial	3
	—
	8

No segundo período, a partir de 1948, resolvemos modificar nossa conduta terapêutica, empreendendo um tratamento mais radical, procedendo à cistectomia total com exérese de gânglios linfáticos pélvicos. Foram tratados até o presente 5 casos. A derivação da urina constou da implantação dos ureteres na pele em um caso e da implantação na sigmoide em 4 casos.

A intervenção cirurgica foi efetuada num só tempo em 2 casos, sendo que no primeiro com ureterostomia cutânea e no segundo com uretero-sigmoidostomia. Nos 3 casos restantes, a operação foi feita em 2 tempos. O primeiro tempo constou sempre da exérese

de gânglios linfáticos ilíacos do lado direito e da implantação do ureter desse lado no réto-sigmoide. No segundo tempo, efetuado várias semanas depois, praticamos a exérese de gânglios linfáticos ilíacos à esquerda, implantação do ureter deste lado na sigmoide, cistectomia total com prostatectomia total (2 casos) ou pan-histerectomia total. (1 caso).

Os resultados obtidos até o presente com o tratamento radical foi o seguinte: 1 paciente submetido a cistectomia com ureterostomia cutânea acha-se vivo e sem sinais de recidiva há 21 meses; um faleceu 2 meses após a operação com metástases generalizadas; um faleceu no décimo terceiro dia devido a atelectasia pulmonar pos-operatória; um faleceu de uremia, 3 meses após a operação e finalmente o último está vivo sem sinais de recidiva há somente 3 meses.

QUADRO IV

Tratamento "radical" efetuado em doentes durante o período de 1948 à 1950.

Tratamento	Número de casos
Cistectomia total com exérese ganglionar:	
a) com ureterostomia cutânea	1
b) com uretero-sigmoidostomia	4
	—
	5

Pré-operatório — Todos os doentes sofreram preparo prévio com repetidas transfusões de sangue a fim de combater a anemia e foram submetidos a administração oral de sulfasuxidina, começando no mínimo 5 dias antes da operação. Alguns tomaram também penicilina e dihidro-estreptomicina.

Técnica — Tanto nos casos de cistectomia parcial como nos casos de cis-

tectomia total, temos abordado a bexiga extra-peritonealmente, usando para isso a via de acesso de Cherney.

Na cistectomia total, a incisão é prolongada para cima até a uns 6 cms. acima das espinhas ilíacas antero-superiores, a fim de serem atingidos os ureteres e as cadeias ganglionares situadas sobre os vasos ilíacos.

No homem começamos a cistectomia total pelo perineo, abordando primeiramente a próstata. Para isso o paciente é colocado em posição de talha forçada, com os joelhos quasi em contato com a parede anterior do tórax. Um coxim em forma de cunha é colocado sob a região sacra, de maneira a manter o perineo quasi horizontal. Introduce-se na uretra um bôniquê curvo, para melhor reparo do bulbo e traça-se no perineo uma incisão cutânea em ferradura, que vai da borda interna de um isquion ao outro, passando a 1 cm. atrás do bulbo uretral (fig. 1).

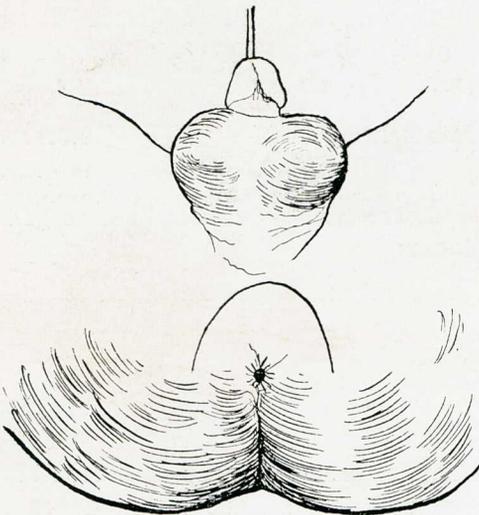


Fig. 1 — Incisão perineal em ferradura. (Imit. de Dodson)

Afastadas as bordas da incisão cutânea, secciona-se o tendão central do perineo (fig. 2). Com o afastador de Proust afasta-se o musculo transversal do pe-

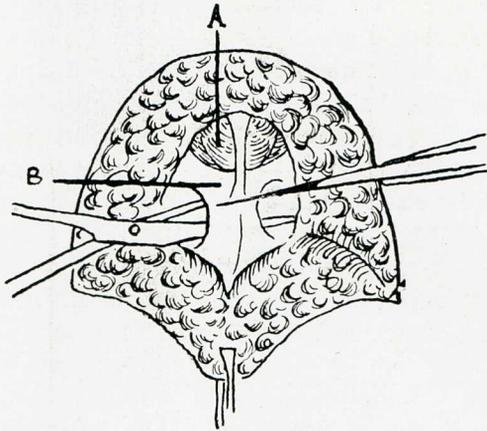


Fig. 2 — Incisão do tendão (nó) central do perineo

rineo para diante e com os dedos indicador e médio da mão esquerda ou com uma valva curta pressiona-se sobre o réto (fig. 3). O musculo réto-uretral

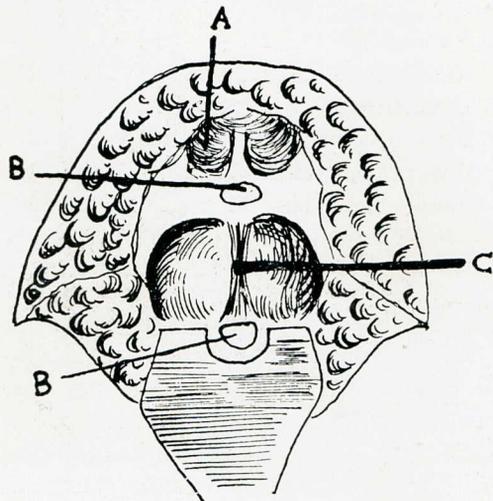


Fig. 3 — A — Bulbo uretral. B — Tendão central do perineo seccionado. C — Musculo réto-retral

é assim posto em evidência e seccionado. As bordas dos musculos elevadores do anus são a seguir afastadas lateralmente e a superficie posterior da próstata (recoberta pela aponevrose de Denonvilliers) exposta (fig. 4). Seccionada transversalmente a aponevrose de

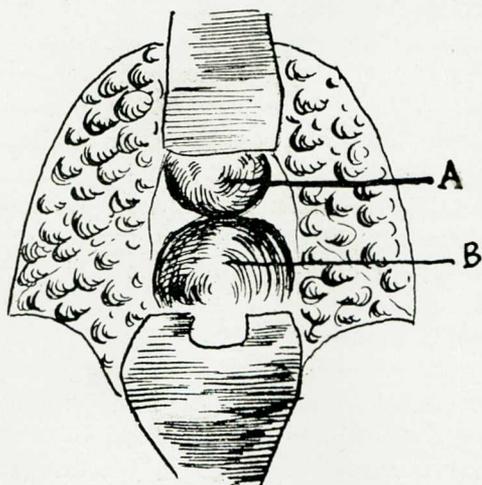


Fig. 4 — A — Próstata. B — Réto

Denonvilliers a bisturi, prossegue-se na dissecação da superfície inferior e posterior da próstata, descolando o reto desta e das vesículas seminais. Retirado o bêniquê, diseca-se e secciona-se a uretra transversalmente, ao nível do bico da próstata. Esta é depois pinçada com pinça de Museux e tracionada ligeiramente para baixo e para traz enquanto sua superfície anterior é parcialmente descolada do pubis. O tempo perineal fica assim terminado. Deixa-se um fragmento de luva de borracha na ferida operatória para drenagem e fecha-se a mesma, suturando-se em diferentes planos os musculos elevadores do anus, o tendão central do perineo e a pele. A ferida cutânea é depois isolada do anus por um curativo com gase e esparadrapo.

Desfeita a posição de talha, coloca-se o paciente em ligeiro Trendelenburg e procede-se então ao tempo abdominal:

Sobre os quadrantes inferiores do ventre pratica-se uma incisão curvilínea (fig. 5), de concavidade superior, partindo de cerca de 6 cms. acima da espinha iliaca antero-superior direita, passando a uns 4 cms. acima do pubis e terminando do outro lado a uns 6 cms.

acima da espinha iliaca antero-superior esquerda. Esta incisão compreende pele e tecido celular sub-cutâneo. Após as ligaduras necessárias, secciona-se o plano aponevrótico formado pelas aponevroses dos musculos grande oblíquo de cada lado e do folheto anterior

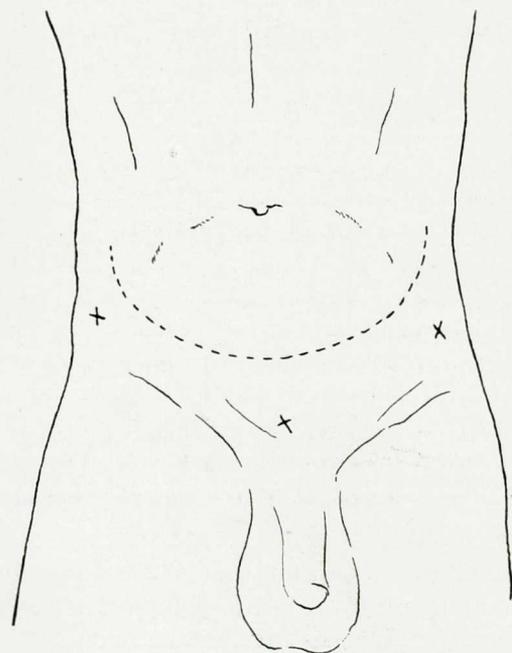


Fig. 5 — Incisão de Cherney. Os 3 sinais em X correspondem às espinhas ilíacas antero-superiores e à borda superior do púbis

da bainha de cada musculo réto-abdominal (fig. 6). Este plano aponevrótico é descolado para cima e para baixo, notadamente ao nível da linha media-

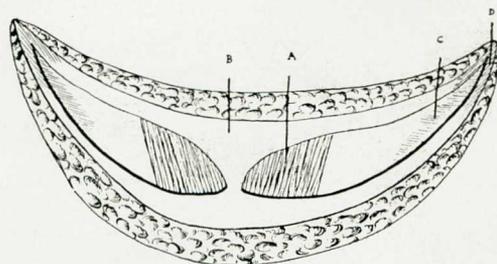


Fig. 6 — Secção do plano aponevrótico. (Adapt. de Peham-Amreich). A — Musculo réto-abdominal. B — Plano aponevrótico (aponevroses dos musculos grandes oblíquos e folhetos anteriores das bainhas dos musculos réto-abdominais). C — Musculo pequeno oblíquo. D — Musculo grande oblíquo

na (fig. 7), expondo assim as extremidades inferiores dos músculos rétos. As inserções tendinosas dos referidos músculos são seccionadas rente ao pla-

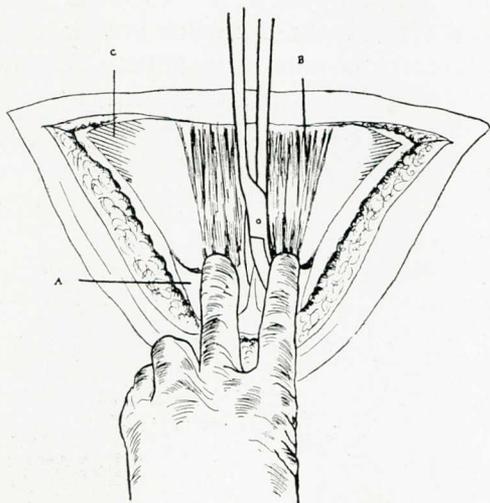


Fig. 7 — Descolamento dos lábios da incisão do plano aponevrotico. (Adat. de Peham-Amreich). A — Plano aponevrotico. B — Musculo réto-abdominal. C — Musculo pequeno oblíquo

no osso e o plano muscular formado de cada lado pelo pequeno oblíquo e transverso é também seccionado segundo a incisão dos planos superficiais (fig. 8). O afastamento das bordas da ferida operatória faz-se então facilmente criando uma ampla via de acesso à bacia. Secciona-se a fascia transversalis e aborda-se primeiramente a fossa ilíaca

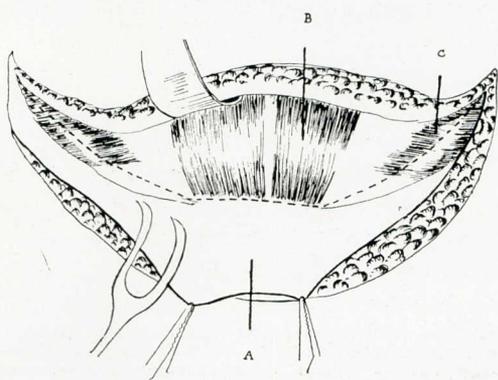


Fig. 8 — Desinserção dos músculos réto-abdominais (B) e linha de secção dos músculos pequenos oblíquos (C) — (Adapt. de Smith)

direita. Descola-se largamente e afasta-se para dentro e para cima o fundo de saco peritonial por meio de valvas vaginais (fig. 9), expondo-se a metade inferior do ureter, os vasos ilíacos (desde a bifurcação da aorta até a arcada crural) e as cadeias linfáticas e ilíaca obturadora. Verifica-se as condições do ureter, procede-se à exérese dos gânglios linfáticos e, a seguir, liga-se a artéria hipogástrica. Esta ligadura não é indispensável, todavia, facilita a hemostasia do tempo vesical, notadamente quando a operação fôr feita num só tempo. A seguir, isola-se a porção terminal do ureter, tomando o cuidado de desnutri-lo o menos possível e secciona-se o mesmo próximo à sua implantação na bexiga. Pratica-se, então, pequena botoeira no fundo de saco pe-

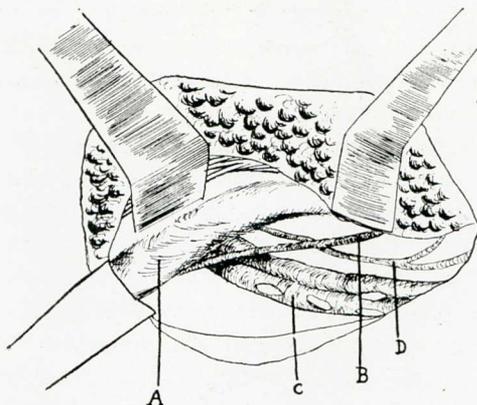


Fig. 9 — Via de acesso à fossa ilíaca direita. A — Fundo de saco peritonial. B — Ureter. C — Vasos ilíacos e gânglios linfáticos. D — Arteria umbelical obliterada com seu ramo vesical superior

ritonial, através da qual se exteriorisa parcialmente uma porção da parede da sigmoide ou melhor do réto-sigmoide, que é fixada às bordas da abertura peritonial com pontos separados de catgut 00 em agulha sertix (fig. 10 a). Isto feito, pratica-se a implantação uretéro-cólica pelo processo de Coffey (fig. 10 b).

Terminado esse tempo da operação, procede-se da mesma maneira do

lado esquerdo, extirpando gânglios linfáticos, ligando-se a arteria hipogástrica e implantando o ureter na sigmoide num nível mais alto do que foi feito do lado direito.

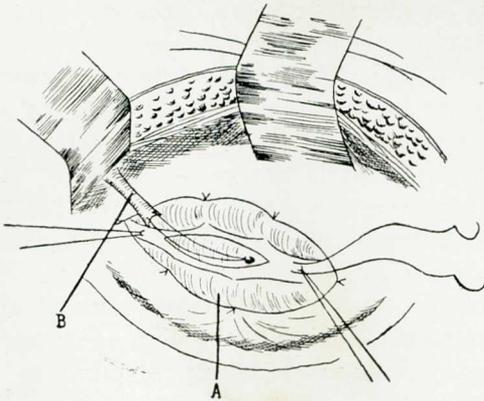
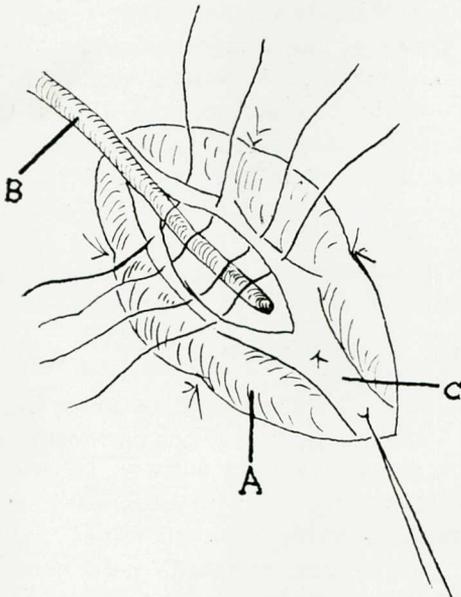


Fig. 10-a e 10-b: Exteriorização da sigmoide e fixação da mesma à botoeira feita no peritônio. Implantação do ureter na sigmoide pelo processo de Coffey I. A — Sigmoide. B — Ureter. C — Faixa longitudinal da sigmoide



O tempo final é a retirada total da bexiga: descolam-se largamente as paredes laterais deste órgão e depois suas paredes superior e posterior (fig. 11). Nos casos em que não fôr possível o descolamento completo da parede su-

perior da bexiga do peritônio, secciona-se este último ao redor da porção aderente à bexiga e sutura-se a abertura deixada com chuleio de catgut. Procedendo-se assim, continua-se a operação por via extra-peritonal.

De cada lado da bexiga seccionam-se os vasos umbelicais obliterados (com os ramos vesicais superiores) e a arteria vesical inferior. Secciona-se também o canal deferente, e depois os ligamentos anteriores da próstata. Termina-se o descolamento da bexiga, retirando-se finalmente esta última num

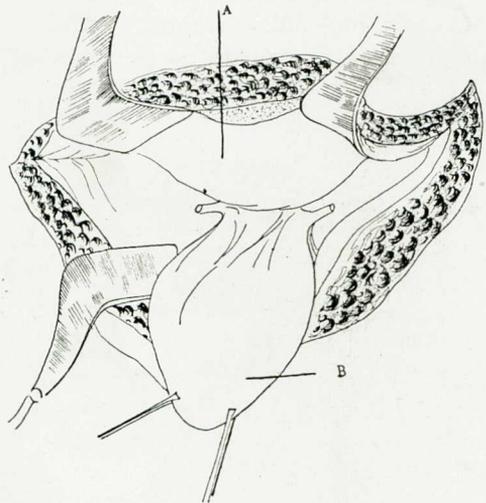


Fig. 11 — Descolamento da bexiga (Adapt. de Smith, D. R. — S. G. O., 83:364). A — Fundo de saco peritonal. B — Bexiga

só blóco com a próstata e vesículas seminais.

Na mulher, nos casos em que houver necessidade de se praticar concomitantemente uma histerectomia, devido a extensão do processo blastomatoso, secciona-se transversalmente o peritônio próximo a bexiga afim de abordarmos o útero. Nestes casos a operação torna-se também intra-peritonal.

Uma vez praticada a cistectomia, refaz-se a parede abdominal, re-implantando-se os musculos rétos no pubis com pontos de sêda n.º 1 (fig. 12).

A incisão dos músculos largos do ventre é também suturada com pontos separados de sêda, o mesmo se fazendo com o plano aponevrótico e depois com a pele. O fundo da ferida operatória é drenado igualmente por via abdominal com dois fragmentos de luva de borracha que são exteriorizados junto à borda de cada músculo réto.

Para evitar que a pressão de gases no réto possa comprometer a sutura da anastomose uretéro-cólica, fixa-se no réto uma sonda grossa de borracha que ficará de demora uns 5 dias.

Nos casos em que a operação fôr efetuada em dois tempos, pratica-se no primeiro a exêrese de gânglios pél-

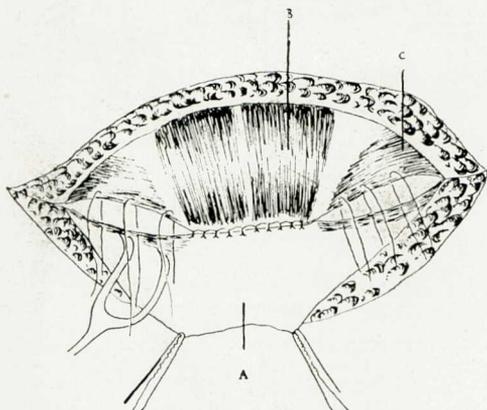


Fig. 12 — Reconstrução da parede abdominal.
A — Plano aponevrótico. B — Músculo réto.
C — Músculo pequeno oblíquo

vicos à direita e a anastomose uretéro-cólica deste lado. Duas ou três semanas depois, pratica-se a via de acesso à próstata, a anastomose do ureter esquerdo, a exêrese de gânglios deste lado e a cistectomia.

Quando, em vez da anastomose uretéro-cólica, fôr indicada a ureterostomia cutânea, a operação torna-se mais fácil, podendo quase sempre ser executada num só tempo.

Pós-operatório — O paciente não deverá tomar alimentação alguma por via oral enquanto não se perceberem ruidos de peristaltismo intestinal, o que

geralmente se faz 24 à 48 horas após a operação. Procedendo-se desta maneira diminuímos as possibilidades do ileus paralítico. Atualmente, administramos logo no dia da operação uma injeção de prostigmina de 3 em 3 horas, não tendo isso acarretado nenhum prejuízo à anastomose uretéro-cólica.

A transfusão do sangue que deverá ter sido feita largamente durante o ato operatório, poderá vir a ser também necessária no posoperatório.

A administração de líquidos nas 24 à 48 horas primeiras horas será feita por via parenteral, numa quantidade mínima de 3.000 c.c. nas 24 horas, controlando-se o equilíbrio líquido da melhor maneira possível, medindo-se a quantidade de líquido eliminada pela sonda retal.

O emprêgo da penicilina e da estreptomocina é de grande valia. Esta última poderá ser substituída depois pela Sulfasuxidina, assim que o paciente possa de novo ingerir líquidos. Desta maneira, continuando diminuída a virulência dos germes intestinais, diminui-se também a possibilidade de uma pielonefrite por via ureteral.

★

Relataremos a seguir, resumidamente, 6 dos nossos últimos casos:

Obs. 11

J. C. sexo feminino, 67 anos, casada, foi examinada por nós em nossa clínica particular em 7-9-1947.

História — Queixava-se de hematuria intermitente há 10 meses, tendo se tratado sem resultado pela homeopatia. Foi finalmente vista e encaminhada a nós pelo dr. Vieira Lima.

Exame local — Pelo toque vaginal combinado sentia-se através o fundo de saco anterior da vagina, à direita da linha mediana, a presença de uma tumoração dura, indolor e fixa ao que nos

pareceu ser o assoalho da bexiga. O cateterismo vesical deu saída à urina sanguinolenta.

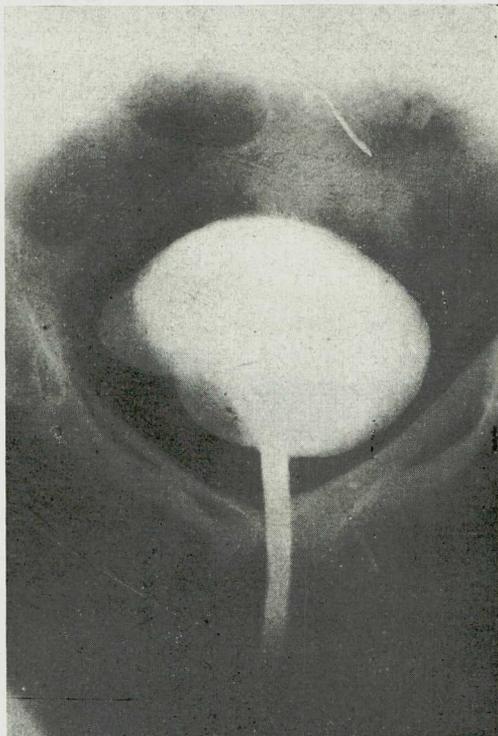


Fig. 13-A (Caso 11) — Cistografia.



Fig. 13-B (Caso 11) — Peça operatória

A cistoscopia revelou bexiga de capacidade normal, ureteres situados às

5 e 7 horas e ejaculando normalmente. Na parede direita observava-se uma elevação mal definida, formada por tecido de aspecto granuloso que sangrava abundantemente e se estendia para baixo por deante do meato ureteral direito. A biopsia revelou: "Processo inflamatório inespecífico" (B. 4 085 F. Fialho).

A cistografia (fig. 13-A) feita após injetarmos na bexiga solução de brometo de sódio à 10% revelou a presença de formação tumerosa na parede direita.

Em 15-9-1947 nova biopsia endoscópica revelou ainda processo inflamatório inespecífico.

Apesar das duas biopsias feitas não terem revelado tecido de natureza maligna, fizemos o diagnóstico de câncer da bexiga, baseados na cistoscopia e na cistografia. Por esse motivo, internamos a paciente na Casa de Saúde N. S. de Lourdes e operamô-la em 24-10-47. Fomos auxiliados pelos drs. T. Braz e J. Marsillac.

Ato operatório: Após incisão de Cherney, dissecamos largamente a parede direita da bexiga, onde sentimos a presença de extenso tumor. Descolamos o peritoneo das paredes superior e posterior do órgão e, na porção onde o mesmo aderira intimamente a este, seccionamô-lo transversalmente em

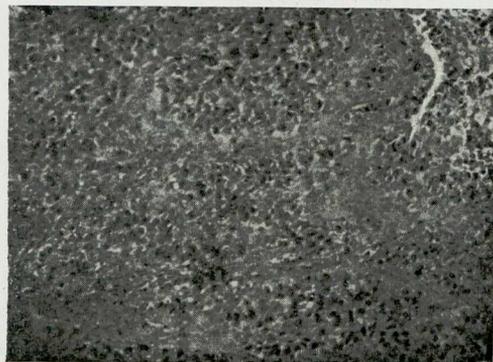


Fig. 13-C (Caso 11) — Micro-fotografia

elipse, fechando a abertura com chuleio de catgut.

Aberta a parede anterior da bexiga, verificamos a existência de extensa massa tumerosa arredondada, localizada na parede direita e que se dirigia para baixo, por deante do meato ureteral direito. Depois de bem reparado o referido meato, ressecamos a parede vesical onde se implantava o tumor, distando a secção no mínimo 1 1/2 cms. dos limites da infiltração. Extirpado o tumor (fig. 13b) suturamos a abertura deixada na bexiga com 2 planos de pontos separados de catgut 00. Recompota a parede abdominal, drenamos o espaço de Retzius com fragmento de luva de borracha e a bexiga com sonda hipogástrica. Deixamos também sonda de demora através da uretra.

Posoperatório: Este, foi sem novidade, tendo a paciente alta da Casa de Saúde em 11-11-47 ou sejam 17 dias após a operação. O exame histopatológico da peça operatória feita pelo dr. F. Fialho revelou: "Carcinoma do tipo transicional" (fig. 13 c).

Em 5-12-47 enviamos a paciente aos drs. Osolando Machado e Antonio Pinto Vieira para roentgenterapia posoperatória. A paciente, todavia, por sua alta recreação interrompeu depois esse tratamento, não chegando a completar a dose que fôra planejada. Tomou 4.000r (dose tumor), 350 K. V. filtro 1 mm Cu, camada hemi-redutora equivalente a 3,0 mm. de Cu.

A paciente de então para cá (3 anos) tem passado relativamente bem de saúde, não tendo mais hematúria e não se queixando de anormalidade para o lado do aparelho urinário.

Obs. 12

M. F. V. — sexo feminino, de 35 anos, preta, casada, matriculou-se no Serviço Nacional de Câncer em 20-9-1948.

História — Há 8 meses vinha so-

frendo de hematúria intermitente, associada a ardor à micção e, às vezes, a polaquiúria.

Exame — A palpação do ventre e o exame ginecológico nada de anormal revelaram.

O sedimento da urina colhida por cateterismo mostrou a presença de alguns piócitos.

A cistoscopia revelou formações tumorosas sésseis ocupando a porção superior do trigono e mascarando completamente os meatos ureterais que não puderam ser visualizados. A biopsia endoscópica evidenciou somente a presença do tecido necrosado. Nova biopsia praticada em 19-10-48 deu idêntico resultado.

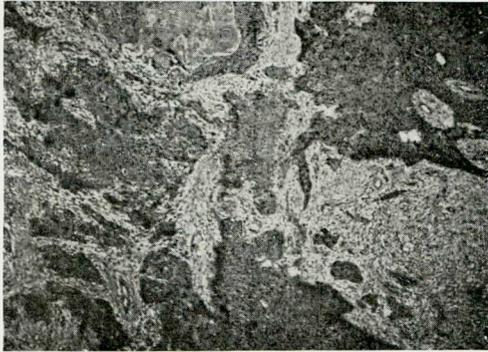
A primeira cistografia nada esclareceu, todavia, a segunda, feita logo após termos esvaziado parcialmente o contraste líquido da bexiga, revelou a presença de formações tumorosas ao nível do trigono.

Em vista dos resultados dos exames acima, praticamos, em 25-11-48 uma talha hipogástrica, verificando a presença de formação tumerosa sésseil de cerca de 2 cms. de diâmetro, implantada nas bordas do meato ureteral direito. Era de aspecto mais caseoso do que lardaceo e microscópicamente não nos deu a impressão do tecido blastomatoso. Formação idêntica existia no meato ureteral esquerdo. Extirpamos as referidas formações e enviamô-las a exame histológico, que, infelizmente, não pode ser feito durante o ato cirurgico. Cinco dias depois recebemos o resultado histológico: "Carcinoma epidermoide grau 3" a. F. Fialho, (fig. 14 a).

Em vista deste último resultado reoperamos a paciente em 7-12-48 sob a anestesia raquiana suplementada com ciclopropano.

Através incisão de Cherney, extirpamos a bexiga, gânglios linfáticos pél-

vicos (fig. 14 b) de cada lado e implantamos os ureteres na pele. Em cada um



A



B

Fig. 14 (caso 12). A — Micro-fotografia. B — Peça operatória, mostrando a bexiga (aberta) e os gânglios linfáticos ilíacos

destes deixamos de demora uma sonda de borracha n.º 12.

A paciente teve alta da enfermaria em 30-12-48 e de então para cá tem comparecido semanalmente ao nosso ambulatório para controle e limpeza das sondas. Estas escoam para dentro de vidros que a paciente mantém presos a uma cinta de pano. Apesar de vazar às vezes um pouco de urina entre as sondas e as paredes dos ureteres, a paciente consegue manter uma vida mais ou menos ativa e até o presente, 21 meses após a operação, não apresenta sinais de recidiva.

Vem fazendo, intermitentemente, uso de antissépticos urinários o que não

tem impedido, entretanto, a infecção da urina que apresenta atualmente 120 piócitos por campo microscópico para o rim direito e 50 piócitos para o rim esquerdo.

Pielografia endovenosa recente revela franca dilatação de ambos os ureteres e respectivos calices, o que não se verificava pelo exame radiológico feito antes da operação.

Obs. 13

E. C. M. — sexo feminino, branca, 58 anos, matriculada no S. N. C. em 19-9-49.

História — Hematúria intermitente há 6 meses que se acentuou 3 meses depois. Procurou então o Serviço do Prof. Pinheiro Machado de onde nos foi enviada.

Quando internada queixava-se, além da hematúria, de dores e “puxos” à micção.

Exame — Meato uretral congestionado. O cateterismo deu saída a urina purulenta, fétida. O toque vaginal simples revelou a presença de dois nódulos endurecidos próximo ao introito vaginal, um na parede lateral direita e outro na parede anterior da vagina. Mediam cerca de 1 cm. de diâmetro e eram fixos. A metade posterior da parede vaginal anterior apresentava extensa infiltração que mascarava completamente o fundo de saco anterior e apagava o colo uterino que por sua vez apresentava pouca mobilidade. Pelo toque ginecológico combinado palpava-se um tumor doloroso entre a parede anterior do ventre (hipogástrio) e a parede anterior da vagina. O corpo uterino achava-se em posição intermediária e era de tamanho normal. Os anexos eram impalpáveis. O toque retal mostrava parametrios laterais livres.

A cistoscopia foi grandemente prejudicada pela constante turvação do meio líquido, apesar da irrigação con-

tínua; pudemos, todavia, observar a existência de extensa formação tumerosa em "couve-flôr", ocupando quasi todo o assoalho da bexiga. Esse tumor sangrava bastante e achava-se parcialmente recoberto por tecido mortificado. Não conseguimos visualizar os ureteres. O cólo vesical estava livre. A biopsia endoscópica deu como resultado: "Granuloma inflamatório" (a. F. Fialho).

A cistografia (fig. 15 a) mostrou extensa formação tumerosa da metade esquerda da bexiga com desaparecimento do contórno inferior esquerdo.

A pielografia endovenosa revelava discreta hidronefrose esquerda.

O exame radiológico do tórax não revelou existência de imagens características de metástases (a. E. Machado Netto).

A urina apresentava grande quantidade de piócitos no sedimento e a dosagem de uréia no sangue foi de 40mg.%.

A hematimetria deu 2.800.000 hemátias por mm³.

Apesar do resultado da biopsia consideramos o tumor como sendo um blastoma maligno.

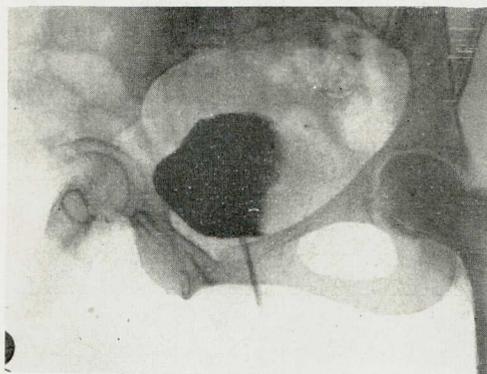
Após várias transfusões de sangue conseguimos elevar o número de hemátias para 3.430.000 por mm³. e, em condições ainda precárias, a paciente foi operada em 24-9-49 sob narcose gasosa.

Operador: João B. Vianna; auxiliares: Amador Campos e Elisa Roffé.

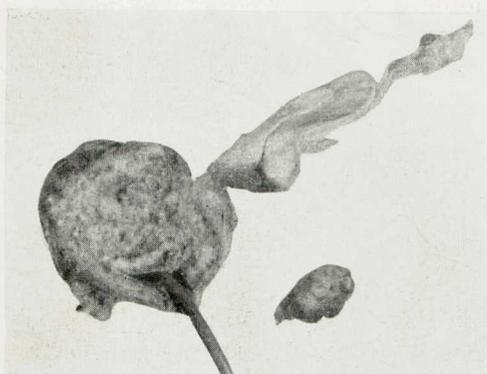
Foi feita como 1º tempo operatório a implantação do ureter direito na sigmoide, segundo a técnica de Coffey I, usando-se entretanto, a via de acesso extra-peritonial. Temendo a possibilidade de uma obstrução temporária da anastomose uretero-cólica direita (o que às vezes sucede até o 4º ou 5º dia posoperatório) devido ao edema, e como o rim esquerdo já apresentasse sinais radiológicos de obstrução, praticamos logo a seguir uma pielotomia esquerda. O ba-

cinete desse lado apresmentava-se dilatado, contendo urina sob tensão.

A paciente tolerou relativamente bem a operação, começando a eliminar



A



B



C

Fig. 15 (caso 13). A — Cistografia. B — Peça operatória, mostrando bexiga, útero e anexos. C — A mesma peça operatória após secção frontal passando no meio da bexiga e do útero. Observa-se bem o tamanho do tumor vesical que se estende ao cólo uterino. Mais em baixo e isolado acha-se um dos gânglios linfáticos pélvicos

urina pela sonda retal 5 dias após a operação.

O 2º tempo operatório foi efetuado em 10-10-49, ou sejam 16 dias após o 1º. Constou da cistectomia total associada a pan-histerectomia (fig. 15 b) devido à fixação do tumor vesical (que ocupava os 2/3 inferiores e posteriores do órgão) ao cólo uterino (fig. 15 c).

A paciente deixou a sala de operações grandemente chocada, vindo a melhorar somente 4 hs. após estar na tenda de oxigênio. Durante o ato operatório e logo a seguir ao mesmo, tomou 2.000 c.c. de sangue total conservado, além de plasma e soro glicosado.

Em 15-10-49 retiramos a sonda da pielotomia esquerda e já no dia seguinte o escoamento da urina se fazia somente pela sonda retal.

Em 21-10-49, sob anestesia local, praticamos o 3º tempo operatório que constou da extirpação das paredes vaginais anterior e lateral direita onde se achavam os 2 nódulos metastáticos.

Três dias depois, o estado geral da paciente agravou-se rapidamente, apresentando a mesma grande sonolência. A dosagem de uréia então feita revelou 133 mg. %.

Em 25-10-49 a paciente faleceu e a autópsia praticada pelo dr. Francisco Fialho revelou numerosas metástases disseminadas pelo fígado, pulmões e coração.

O exame histológico da peça operatória deu como resultado: Carcinoma epidermoide, grau 3. (a. F. Fialho).

Neste caso devido às más condições gerais da paciente que ficou muito chocada no 2º tempo operatório, não nos foi possível extirpar as paredes vaginais juntamente com a bexiga e o útero, o que veio requerer mais uma operação. Isto não deixa de ter sido uma desvantagem, em se tratando de um

caso de câncer. Não acreditamos, todavia, que isto tenha acarretado a larga disseminação do tumor que verificamos 15 dias depois durante a autópsia.

Obs. 14

A. P., sexo masculino, branco 62 anos de idade, casado. Procurou nosso consultório particular em 15-12-49.

História — Hematúria intermitente há 2 anos. Foi submetido a electrocoagulação endoscópica de vários polipos da bexiga. Pouco tempo depois, devido a recidiva sofreu nova electrocoagulação de tumor vesical, desta vez através talha hipogástrica, sendo feita também implantação de agulhas de radium, por ter o exame histológico, então realizado, revelado tratar-se de tumor maligno.

Passou relativamente bem durante algum tempo quando voltou a ter hematúria. Fez em Julho de 49 uma série de roentgenterapia profunda com o dr. Osolando Machado. Em Novembro de 1949, como persistisse a hematúria, foi submetido a ressecção endoscópica do tumor vesical, à título paliativo. O exame histológico revelou carcinoma escamoso da bexiga (dr. Cândido de Oliveira).

Apesar dos vários tratamentos feitos, o paciente se enfraqueceu bastante, sendo então encaminhado a nós pelo dr. Osolando Machado.

Exame — Suas condições gerais eram mediocres. Apresentava 3.430.000 hemátias por mm.³, 4.400 leucócitos por mm.³, 70 % de hemoglobina e 30mg. % de uréia no sangue.

O exame local revelava cicatriz operatória de talha hipogástrica e intensa pigmentação pardacenta da pele nos quadrantes superiores do ventre (efeito dos raios X). Havia ainda certo endurecimento dos tecidos ao redor da cicatriz operatória e dôr à pressão

sobre a bexiga. O toque retal revelou próstata normal, não se palpando tumoração alguma ao nível do assoalho vesical. A urina era uniformemente hemorrágica.

A urografia endovenosa (dr. Nicola Caminha) mostrou rim direito de dimensões ligeiramente acima do habitual (fig. 16 a). O rim esquerdo não mostrou imagem. A bexiga distendia-se de maneira muito irregular e apresentava extensa imagem lacunar, especialmente visível em correspondência com a sua borda esquerda, junto ao meato ureteral desse lado. Existiam também sinais de invasão do assoalho vesical.

Após o devido preparo pré-operatório, o paciente foi internado na Casa de Saúde N. S. de Lourdes e operado por nós em 24-12-49. Auxiliares: J. Marsillac e Int.^a Maria Gama.

Praticamos num só tempo a próstata-cistectomia total por via combinada perineo-abdominal, com exérese de gânglios linfáticos das cadeias ilíacas e implantação dos ureteres na sigmoide. Retiramos assim num só bloco a próstata, as vesículas seminais e a bexiga.

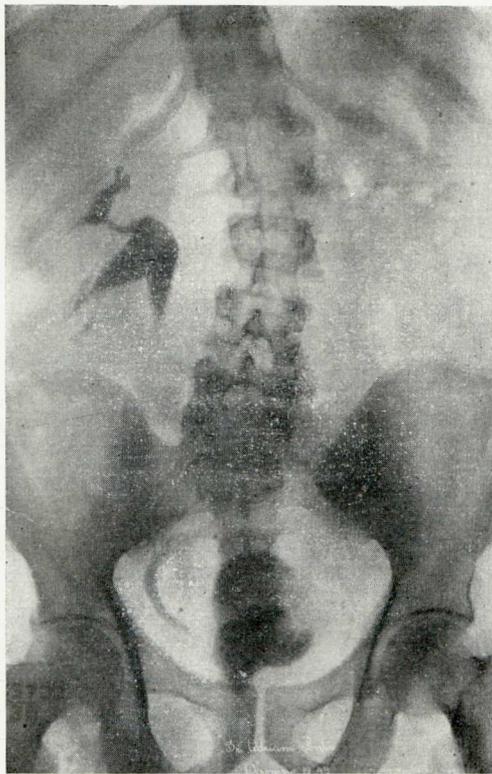
O tempo abdominal foi grandemente dificultado pela intensa fibrose dos tecidos pélvicos, notadamente sobre os vasos ilíacos, achando-se os gânglios linfáticos muito endurecidos.

Apesar da operação ter sido trabalhosa e demorada, o paciente deixou a sala em boas condições, com pulso radial apresentando 100 batimentos por minuto e pressão arterial máxima de 13 e mínima 8.

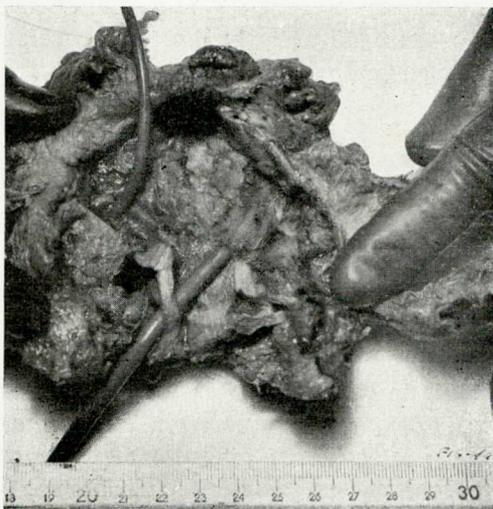
Durante o ato operatório o doente tomou 3.200 c.c. de sangue total conservado.

O tratamento posoperatório consistiu de 50.000 unidades de penicilina de 3 em 3 hs., hidratação com soro, e drenagem duodenal por meio de sonda

para combater o ileus paraltico que persistiu durante 3 dias. A saída de



A



B

Fig. 16 — A — Urografia endovenosa. B — Peça operatória. A sonda superior acha-se introduzida no meato ureteral direito e a inferior na uretra prostática

urina pela sonda retal começou a se fazer regularmente no dia da operação. Levantamos o doente no 6º dia. O ventre achava-se flácido e indolor e a urina eliminava-se bem pelo réto. No 9º dia seu estado se agravou repentinamente com elevação de temperatura, tendo sido encontrado pelo dr. Grana-deiro Neto extensa área de hepatização na base do pulmão direito. Apesar do tratamento médico instituído, o paciente veio a falecer em 6-1-50 ou sejam 13 dias após a operação.

A peça operatória (fig. 16 b) apresentava extensa formação tumerosa, ocupando a parede lateral esquerda, o fundo e a metade esquerda do trigono vesical. O meato ureteral direito achava-se livre e o esquerdo completamente recoberto pelo tumor.

Obs. 15

A. G. A., sexo masculino, branco, casado, português, 64 anos, registrado no Serviço Médico da Caixa de Pensões e Aposentadorias dos Ferroviários (Hospital Gaffrée-Guinle) sob n.º 38.260 em 7-11-49.

História — Em 1945, devido a fleimão urinoso do perineo e retenção aguda de urina, foi submetido pelo dr. José Vilhena a uma talha hipogástrica. Nesta ocasião foi encontrado volumoso tumor pediculado que obstruía o cólo vesical. O referido tumor foi extirpado, sua base electro-coagulada e o paciente submetido depois a roentgenterapia.

Passou relativamente bem até há cerca de 3 meses, quando surgiu-lhe uma fistula ao nível da cicatriz da talha hipogástrica, dando saída a urina sanguinolenta.

Exame — O estado geral do paciente era satisfatório. O exame local revelava ao nível do hipogástrio uma cicatriz linear de talha, com pequeno orifício no centro que dava saída a urina. A pele ao redor apresentava pigmenta-

ção pardacenta e uma área de telangiectasia (efeitos da roentgenterapia). A palpação revelava endurecimento da pele num raio de 5 cms. ao redor da fistula. Pelo toque retal a próstata era de tamanho e consistência normais, não se palpando endurecimento algum do assoalho vesical.

A pielografia descendente revelou ausência de imagens do rim esquerdo. O direito mostrava-se normal.

A cistoscopia praticada com certa dificuldade, devido ao escoamento do líquido através da fistula hipogástrica mostrou a existência de volumosa massa tumerosa, mascarando a metade esquerda do trigono e impedindo a visualização do meato ureteral deste lado. A biopsia endoscópica revelou "carcinoma em fase inicial, com várias figuras de mitose (a. Cândido de Oliveira).

A dosagem de uréia no sangue revelou 38mg.‰.

Em 23-12-49 auxiliados pelo dr. Vilhena praticamos o 1º tempo operatório que constou da uretero-sigmoidostomia à direita e exérese dos gânglios ilíacos deste lado.

O posoperatório foi sem anormalidade, a não ser pela saída de urina através da ferida operatória durante alguns dias.

Em 16-1-50 efetuamos o 2º tempo operatório, sendo auxiliados pelos drs. Decusati e Vilhena. Praticamos então a retirada num só blóco da próstata, vesículas seminais e bexiga (fig. 17), extirpando gânglios linfáticos ilíacos do lado esquerdo e implantando o ureter deste lado na sigmoide.

Nesta operação fomos obrigados a ressecar uma certa porção da parede anterior do ventre, ao redor da fistula urinária. Isto provavelmente contribuiu para a deiscência parcial da ferida no 5º dia posoperatório. O peritônio, todavia manteve sua integridade e a ferida granulando rapidamente permitiu ao

paciente levantar-se no 15º dia.

O contróle da micção através do anus fazia-se satisfatoriamente com intervalos que variavam de meia a uma hora.

Em 13-5-50 foi necessário incisar e drenar extenso fleimão supurado e difuso do perineo. O estado geral do paciente começou a se agravar rapidamente, com sinais de pielonefrite. A pielografia endovenosa revelou dilatação de calices, bacinetes e ureteres.

O paciente faleceu em 27-5-50 com sinais de insuficiência renal.

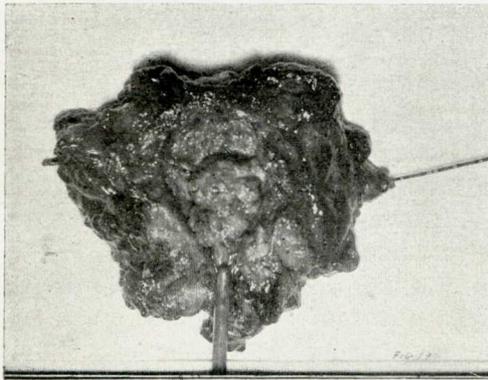


Fig. 17 (caso 15) Peça operatória: A sonda ureteral introduzida de fóra para dentro mostra o meato ureteral esquerdo situado bem no meio da massa tumoral. A sonda de Nelaton acha-se na uretra prostática

Obs. 16

F. de O., sexo masculino, branco de 62 anos, casado, brasileiro. Internado no Serviço de Urologia da Caixa de Pensões e Aposentadorias dos Ferroviários (Hospital Gaffrée-Guinle) em 22-3-50.

História — Há 3 meses vinha sentindo dores de pequena intensidade ao urinar e micções frequentes. Há 15 dias sua urina tornou-se sanguinolenta.

Exame — Condições gerais satisfatórias.

O toque retal revelou próstata de tamanho e consistência normais, não se sentindo endurecimento algum no

assoalho da bexiga. A micção fazia-se em jato normal, sendo a urina sanguinolenta.

A cistoscopia mostrou uma formação tumoral pouco nítida devido a constante hemorragia, ocupando a parede lateral esquerda e a metade esquerda do assoalho da bexiga. Fragmento de tecido colhido para exame histológico revelou "carcinoma epidermoide grau II de Broders" (a. Aloisio de Sá).

A pielografia endovenosa mostrou discreta concentração do rim direito com dilatação de calices, bacinete e ureter. O rim esquerdo não apareceu. A cistografia apresentou bexiga pequena, muito irregular com formação tumoral na parede esquerda e na metade esquerda do assoalho.

O exame radiológico dos pulmões não revelou imagens suspeitas de metástases. Os diferentes exames de laboratório deram o seguinte resultado:

Uréia no sangue..	50 mg. %
Creatinina.....	1,8 mg. %
Hematias	3.800.000 por mm ³
Hemoglobina . . .	80%

Após conveniente preparo pré-operatório em que conseguimos elevar um pouco a hematimetria (4 080 000) e a taxa de hemoglobina, submetemos o paciente ao 1º tempo operatório em 6-6-50.

Oporador: João B. Vianna. Auxiliares: José Decusati e Int. Siqueira.

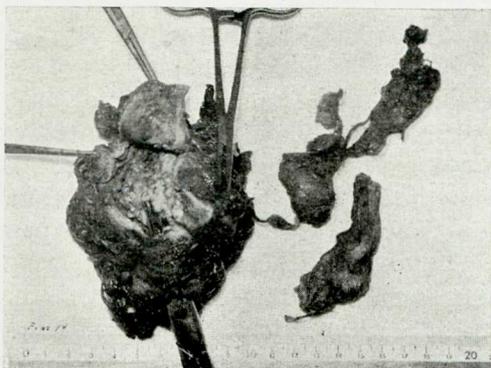
Praticamos então a exérese de gânglios ilíacos e implantamos o ureter direito no réto-sigmode.

O posoperatório não apresentou anormalidade. No segundo dia a micção fazia-se exclusivamente pela sonda retal e não mais pela uretra, o que revelava provavelmente uma obstrução do ureter esquerdo pelo tumor vesical.

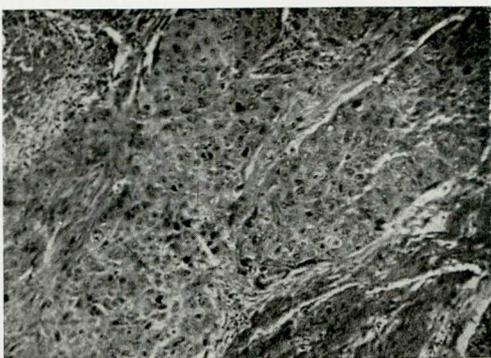
Em 30-6-50 praticamos o segundo tempo operatório que constou da pros-

tatectomia e cistectomia totais (fig. 18 a), exérese de gânglios ilíacos e da implantação do ureter esquerdo na sigmoide.

No 5º dia retiramos a sonda retal que drenava bem urina e permitimos ao paciente que se levantasse.



A



B

Fig. 18 (caso 16) A — Peça operatória, mostrando a bexiga depois de aberta e, lateralmente, os gânglios ilíacos esquerdos. B — Micro-fotografia Carcinoma epidermoide espino-celular (area pouco diferenciada)

Em 2-8-50 a pielografia endovenosa revelava boa concentração do rim direito com discreta dilatação de suas vias excretoras. O rim esquerdo não se evidenciou.

Em 5-8-50 o paciente teve alta da enfermaria. As micções eram bem controladas pelo esfíncter anal e faziam-se com o intervalo de cerca de 2 horas. As condições gerais do paciente eram bem satisfatórias. Teve alta para sua

residência no Interior do País, com ordem de comparecer ao Serviço mensalmente para controle. Em 1-9-50 achava-se em boas condições.

O exame histológico da peça operatória (fig. 18 b) revelou: "carcinoma epidermoide grau II de Broders, prostatite e linfadenite crônicas sem características histológicas de especificidade". (a. Aloisio de Sá).

Conclusões:

O número pequeno de casos não nos permite chegar a conclusões definitivas quanto ao tratamento do câncer da bexiga. A literatura mundial sobre o assunto parece também revelar uma certa indecisão em relação a essa terapêutica.

A cistectomia total, praticada primeiramente por Bardenheuer em 1887 foi depois praticamente abandonada devido aos péssimos resultados obtidos.

A razão do abandono inicial da cistectomia no tratamento do câncer parece ter residido na dificuldade da derivação do escoamento de urina. A mortalidade operatória chegava então a mais de 50% dos casos.

Coffey, praticando sua implantação uretero-intestinal, para a qual chegou a usar 3 processos diferentes, parece ter proporcionado à cistectomia o primeiro novo alento, enquanto que o aparecimento dos modernos antibióticos em 1942, diminuindo as possibilidades da pielonefrite ascendente e da peritonite, vieram definitivamente colocar a operação na ordem do dia.

De 10 anos para cá a cistectomia total voltou a figurar com frequência cada vez maior no tratamento do câncer da bexiga e, há 2 anos, passou a ser associada à exérese de gânglios pélvicos, obedecendo assim aos princípios gerais da cirurgia do câncer, isto é, larga exérese da lesão primitiva juntamente com a remoção dos gânglios linfáticos regionais, tal como já se fazia nas

operações do câncer da mama, do reto, do estômago, etc.

Kerr e Colby (5) baseados nesse princípio e no trabalho de Godard e Kaliopulis, iniciaram tal prática no Massachusetts General de Hospital em 1948, apresentando, em Maio de 1949, 10 casos assim tratados. 3 deles faleceram 24 ou mais dias após a operação, enquanto que os outros ainda se achavam bem de saúde. Em 8 pacientes a operação foi efetuada num só tempo.

Dos 10 casos, 4 apresentavam metástases nos gânglios pélvicos e, fato interessante, estes gânglios pela simples palpação, durante o ato operatório, aparentemente não se mostravam comprometidos. Daí, o pouco valor da palpação para julgar da malignidade dos gânglios, quando estes forem de tamanho normal.

Graves, Buddington e Thomson (4) apresentam as 4 seguintes principais indicações para a cistectomia total em casos de câncer da bexiga: 1º Carcinoma infiltrante da parede, de limites indeterminados, de mais de 4 cms. de diâmetro (representando este diâmetro a extensão da infiltração) e ainda quando a infiltração, comprometendo toda a espessura da parede vesical, puder ser sentida pelo toque retal ou vaginal. 2º Papilomatose múltipla, quer benigna quer maligna, em que a electrocoagulação ou a implantação de rádio em grande extensão na mucosa vesical possa acarretar extensa fibrose que viria provocar distúrbios funcionais. 3º Carcinoma do trigono (infiltrante), junto ou obstruindo ambos os meatos ureterais. 4º Câncer adjacente ou obstruindo o cólo vesical.

Essas indicações não são, todavia, absolutas, devendo-se levar em consideração cada caso de per si.

Leadbetter e Cooper (6) apresentaram 15 casos de cistectomia com exérese

de gânglios pélvicos. Sua mortalidade operatória é de 6,6%. 3 pacientes faleceram poucos meses após a operação, respectivamente de metástases pélvicas, metástases generalizadas e uremia. 26,6% dos gânglios extirpados apresentavam metástases verificadas histologicamente.

Shackman (14) apresenta 21 casos de câncer da bexiga submetidos a cistectomia total. Não declara, porém, si foi praticada concomitantemente ou não a exérese de gânglios pélvicos. 12 desses doentes faleceram durante um dos tempos operatórios, dando uma mortalidade operatória de 57%. Dos 9 sobreviventes, 1 faleceu um ano após a operação, não revelando a autópsia sinais de câncer; 3 faleceram 27 meses após a operação; um, operado recentemente está vivo, assim como outro, operado há 6 meses; 1 está vivo há 21 meses; 1, há 2 anos e finalmente 1 sobreviveu 4 anos. Neste último caso tratava-se de um tumor papilífero que sofrera anteriormente várias electrocoagulações e uma implantação de radon. O exame histológico da peça operatória revelou somente uma bexiga contraída, não tendo sido encontrado tecido maligno.

O "Registry of the American Urological Association" em abril de 1949 apresentava um número total de 5.199 blastomas da bexiga. O número de cistectomias totais praticadas até então era de 87. Destes pacientes, 14 faleceram antes de um mês após a operação; 32 sobreviveram de 0 a 3 anos; 1, de 3 a 5 anos; 2 de 5 a 10 anos e 1 mais de 10 anos. Nesta relação estão incluídos também cistectomias com ureterostomias cutâneas.

Um ponto que apresenta atualmente motivos para discussão na cistectomia total é o tipo de anastomose uretero-cólica a ser feito. A técnica de Cof-



feiy, criando um tunel na parede intestinal para implantação do ureter considerada até há pouco tempo como de grande vantagem para evitar a infecção ascendente, parece estar perdendo hoje em dia terreno para anastomose uretero-colica feita diretamente sem a criação do referido tunel (Cordonier, Nesbit, Colby, Ladbetter, etc.) Isto é ocasionado pelo fato da criação do referido tunel de Coffey dar lugar a maior fibrose cicatricial ao redor da extremidade distal do ureter, acarretando depois de algum tempo a dilatação deste e das vias urinárias superiores, com subsequente repercussão sobre a função renal, o que poderá requerer, como tratamento, mais uma operação (ureterostomia cutânea ou uma nefrostomia).

Na execução da cistectomia existem duas vias de acesso: a intraperitoneal e a extra-peritoneal. A primeira, é a mais comumente empregada, principalmente pelos americanos. Parece ser menos trabalhosa do que a extra-peritoneal e apresenta a vantagem de se poder explorar as vísceras abdominais, notadamente o fígado, em busca de metástases antes de se praticar a cistectomia.

A via extra-peritoneal, grandemente preconizada por Riches (12), é usada por alguns autores franceses, entre eles Nedelec (9), Michon (8) e outros, e entre nós por Jorge e Gustavo Gouvêa. Ela é de execução mais demorada, porém, apresenta como maior vantagem a de se trabalhar quasi todo o tempo fóra da cavidade peritoneal e de colocar fóra desta a anastomose ureterocolica.

E' bem verdade que a técnica intraperitoneal procura colocar a anastomose numa situação extra-peritoneal. Todavia, um possível vazamento através da sutura anastomótica far-se-á para dentro da cavidade peritoneal e não

para fóra da mesma, como sucedera na via extra-peritoneal. Poder-se-ia argumentar que neste caso a contaminação do tecido celular extra-peritoneal seria tão perigoso ou mais do que uma peritonite. Tal possibilidade, entretanto, acha-se diminuída pelas várias drenagens extra-peritoneais deixadas, tanto pela ferida abdominal como pela ferida perineal e que darão escoamento imediato à urina em caso de deiscência da sutura da anastomose, como ocorreu num dos nossos casos.

Pessoalmente não temos experiência com a cistectomia por via intraperitoneal. Temos operado nossos casos pela via extra-peritoneal por termos tido bons resultados imediatos com os casos iniciais e, portanto, continuamos a empregá-la nos outros para poder firmar melhor nossa técnica, pelo menos em mais alguns casos. Fato idêntico diremos também em relação a anastomose pela técnica de Coffey I.

Quanto ao fato de se efetuar a operação em um ou mais tempos, a tendência moderna é de fazê-la num só, reservando para dois ou mais, os casos de doentes em piores condições gerais. Nestes, procede-se primeiramente à anastomose uretero-cólica direita e, num segundo tempo, à anastomose ureterocolica esquerda e cistectomia.

Saur (13), devido ao edema que as referidas anastomoses acarretam nos primeiros dias, podendo causar certo bloqueio renal, é apologista da técnica de Coffey II ou da anastomose tipo Coffey I executada em dois tempos.

A implantação cutânea dos ureteres ardentemente preconizada por Beer é, na atualidade, pouco empregada, achando-se limitada quasi que aos casos de ureteres já muito dilatados e de paredes espessadas. Sua execução é mais simples do que a implantação no intestino e os perigos de infecção re-

trógada menores. Não deixa, porém, de ser mais incomoda para o paciente do que a anastomose uretero-colica.

A cistectomia parcial parece ter em Lowsley (7) um dos seus maiores pre-conisadores. Deverá ser usada, todavia, só em determinados casos de lesões mais ou menos limitadas, notadamente pediculadas, de baixa malignidade histológica e localizadas fóra do trígono.

Shackman (14) em 9 cistectomias parciais teve 5 recidivas e uma mortalidade operatória de 0%.

A electro-coagulação, quer por via endoscópica, quer através da talha hipogástrica, está reservada principalmente ao tratamento dos polipos. Todavia, O'Connor (10) apresenta notáveis resultados de mais de 3 anos de cura em lesões malignas mais ou menos extensas coaguladas a ceu aberto.

Frequentemente torna-se difícil resolver qual a melhor conduta operatória num determinado caso de câncer da bexiga. Tal se dá notadamente quando as várias biopsias endoscópicas revelarem somente a presença de tecido necrosado ou derem como resultado um simples papiloma. Nestes casos de dúvida preferimos seguir a orientação de Mario Kroeff, procedendo primeiramente a uma talha hipogástrica, não só para termos uma melhor visão do tumor vesical (às vezes mal interpretado pela cistoscopia) como também para praticar uma biopsia melhor, notadamente da base do tumor.

Os polipos, mesmo aqueles cuja natureza histológica benigna fôr confirmada após a extirpação, devem ser considerados como suspeitos de malignidade e os doentes mantidos sob observação para que se possa surpreender a tempo possíveis recidivas ou mesmo degeneração maligna. Daí alguns autores indicarem a cistectomia total em casos de extensa polipose.

Como fatores de prognóstico devemos considerar a invasão ou não da camada muscular da bexiga pelo processo blastomatoso assim como a presença ou ausência de metástases ganglionares histologicamente confirmadas.

RESUMO

16 casos de câncer vesical foram examinados pelo A. desde 1938. 4 eram doentes do sexo feminino e 12 do sexo masculino.

O sintoma mais frequente foi a hematuria intermitente.

Até 1948 o tratamento efetuado foi mais conservador, não indo além da cistectomia parcial. Uma paciente submetida a esta operação, devido a um tumor mais ou menos extenso da parede vesical, está livre de sintomas há 3 anos.

Depois de 1948 o tratamento efetuado passou a ser mais radical, procedendo-se à cistectomia total associada à exérese de gânglios linfáticos pélvicos. Foram operados 5 doentes. Um acha-se vivo há 21 meses, apresentando, todavia, hidronefrose bi-lateral. Um outro, operado recentemente (3 meses) acha-se em boas condições. Os demais faleceram: um 2 meses após a operação, com metástases generalizadas; um, 13 dias após cistectomia, devido a atelectasia pulmonar, e um outro, 4 meses após à intervenção, devido a insuficiência renal.

Tanto a cistectomia como a exérese ganglionar tem sido efetuadas por via extra-peritonal. Esta via é talvez mais trabalhosa do que a intra-peritonal mas é menos perigosa quanto à possível infecção peritonal.

SUMMARY

Sixteen cases of bladder cancer were seen by the author since 1938. Intermitent hematuria was the principal

symptom. Four patients were females and twelve were males.

Up to 1948 treatment was mostly conservative, partial cystectomy being the major operation. One of the patients submitted to partial cystectomy had a fairly large tumor of the right lateral wall of the bladder (transitional cell carcinoma) and is free of symptoms for 3 years.

After 1948 more radical operations were performed, 5 total cystectomies with pelvic gland dissection being done. One patient is living and free from recurrences for 21 months, although she has a bilateral hydronephrosis. One patient died two months after the operation from generalised metastases. One patient died 13 days after operation from lung atelectasis. One died 4 months after cystectomy, from renal insufficiency and another patient operated recently (3 months) is still free from recurrence.

The author has performed cystectomy and pelvic gland dissection both extraperitoneally. The operation is probably more tedious to do than the intraperitoneal one but is safer as regard to peritoneal infection.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Dean, A. L. e Ash, J. E. — The Journal of Urology, 1950, 63:618
- 2 — Dodson, A. I. — Urological Surgery, 1944
- 3 — Gouvêa, G. — Tése.
- 4 — Graves, R. C., Buddington, W. T. e Thomson, R. S. — The Journal of Urology 1950, 63:821
- 5 — Kerr, W. S. e Colby, F. H. — The Journal of Urology, 1950, 63:842
- 6 — Leadbetter, W. F. e Cooper, J. F. — The Journal of Urology, 1950, 65:242
- 7 — Lowsley, O. S. e Kirwin, F. J. — Clinical Urology, 1940
- 8 — Michon, L. e Chatam, Y. — Journ. D'Urol. Med. et Chir, 1949, 55:242
- 9 — Nédélec, M. — Journ. D'Urology Med. et Chir, 1949, 55:520
- 10 — O'Connor, V. J. — Surg. Cl. N. A., 1950, 30:71
- 11 — Peham, H. v. e Amreich, J. — Operative Gynecology
- 12 — Riches, E. — Brit. Journ. of Urol., 1949, 21, n.º 1
- 13 — Saur, H. S., Blick, M. S., Blick, M. S. e Buchwald, K. W. — Surg. Gyn. e Obs. 1949, 89:299
- 14 — Shakman, R. — Brit. Journ. of Surg., 1947, 35:140
- 15 — Smith, D. R. — Surg. Gyn. e Obs. 1946, 83:364.

