

CANCERUL VEZICEI

TEZĂ

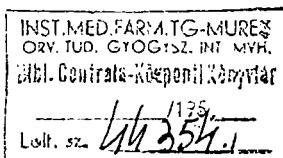
PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI
CHIRURGIE, PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ
ÎN ZIUA DE 31 MARTIE 1938

DE

ION CUȚU

Intern la Salvarea

24 MAY 2005



Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAIL

Profesori:

Clinica stomatologică	---	---	Dl. Prof. Dr.	Aleman I.
Fizica Medicală	---	---	Conferențiar	Barbulescu N.
Microbiologia	---	---	Dl. Prof. Dr.	Baroni V.
Fiziologia umană	---	---	"	Benetato Gr.
Istoria medicinei	---	---	"	Bologa V.
Patologia gen. și experimentală	---	---	"	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	---	---	"	Buzoianu G.
Istologia și embriologia umană	---	---	"	Drăgoiu I.
Semiologie medicală	---	---	"	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetr.	---	---	"	Grigoriu Cr.
Clinica medicală	---	---	"	Hațieganu I.
Medicina legală	---	---	"	Kernbach M.
Clinica Oftalmologică	---	---	"	Michail D.
Clinica neurologică	---	---	"	Minea I.
Igienă și igienă socială	---	---	"	Moldovan I.
Radiologia medicală	---	---	"	Negru D.
Anatomia descriptivă și topogr.	---	---	"	Papilian V.
Clinica chirurgicală	}	---	"	Pop A.
Medicina operatoare				
Clinica infantilă	---	---	"	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (Supl.)	---	---	"	Popoviciu Gh.
Chimie	---	---	Dl.	Secăreanu S.
Balneologie	---	---	"	Sturza M.
Clinica dermato-venerică	---	---	"	Tătaru C.
Clinica urologică	---	---	"	Țeposu E.
Chimia biologică	---	---	"	Manta I.
Clinica psihiatrică	---	---	"	Urechia C.
Anatomia patologică	---	---	"	Vasilii T.

JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte: Dl Prof. Dr. E. ȚEPOSU

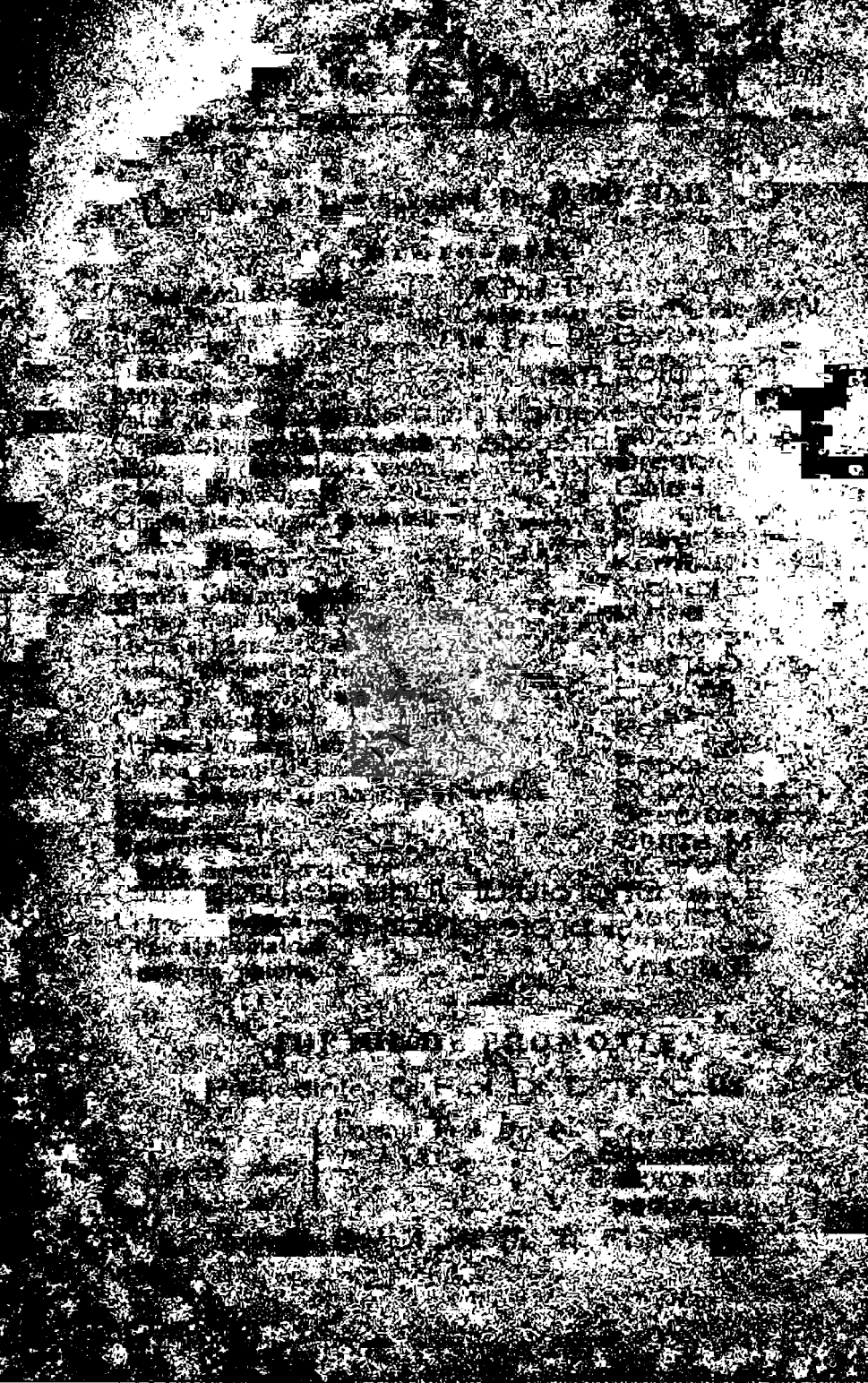
Membrii { Domnul Prof. Dr. Al. Pop
 " " " Gr. Benetato
 " " " V. Bologa
 " " " V. Papilian

Supleant: Domnul Doc. Dr. Tr. Popovici

Părinților mei,
exemplu de dragoste și
abnegație, toată recunoștința.



Onoratului Juriu de promoție
și profesorilor mei, respect.



Cancerul vezicei

Considerațiuni generale

Tumorile maligne ale vezicei, sunt mai frecvente ca cele benigne după cum a observat Guyon, Dittel și Englisch. În ceea ce privește sexul Ulzmann, a observat că femeia este mult mai puțin atinsă ca bărbatul și anume în proporția de 33%, sau după Tuffier 20%.

În Clinica Urologică din Cluj pe ultimii 10 ani din 1937 până la 1 Ianuarie 1938 s'au prezentat 77 cazuri cu cancer al vezicei, dintre cari 67 au fost bărbați, iar restul de 10 femei, adică 13%. Raritatea relativă a cancerului vezicei la femei, ia făcut pe unii autori (Klebs și Kuster) să-și pună întrebarea dacă acest cancer nu rezultă adesea din propagarea unui cancer al prostatei.

Maximul de frecvență se observă între 40 și 60 ani. După statistica lui Cathelin pe 22 cazuri, vârsta variază între 19—75 ani, cele mai frecvente fiind între 60—75 ani.

Cercetările lui Motz pe 83 piese ale Muzeului Guyon, au arătat că unele din tumorile infiltrative nu este un cancer primitiv al vezicei, apoi Montfort în teza sa asupra „Rolul prostatei în producerea tumorilor epiteliale infiltrative ale vezicei”, găsește prostata prinsă în 27 cazuri din 78 piese examinate, deci 35%.

Etiologia

Noțiunile etiologice pe cari le avem cu privire la cancerul vezicii, ca și asupra tumorilor maligne în general, sunt încă în domeniul de nesiguranță; diversele cauze invocate până în prezent nu sunt destul de concludente. Cât despre cauza directă a acestor tumori, noi nu putem nimic afirma. Raportul tumorilor vezicii cu Bilharzioza, frecvența acestor tumori observate de Goebel la Alexandria, la bolnavi în vezica cărora se găsesc ouăle acestor paraziți, întărește teoria iritativă a epitelioamei vezicale. La a 19-a sesiune anuală a Asociației franceze de Urologie, care s'a ținut la Strasbourg la 3—5 Oct. 1921, Pasteau, a făcut o comunicare demonstrând un cancer dezvoltat pe o vezică în cursul unei cistite tuberculoase prelungite, și a căutat să stabilească relația dintre inflamație și dezvoltarea ulterioară a neoplasmelor vezicale.

Rehn, a insistat asupra frecvenței tumorilor vezicii la muncitorii cari lucrează cu culori de anilină.

Lehmann, în tratatul său asupra maladiilor industriale, scrie că pe 63 observațiuni culese de Bachfeld, există 16 cazuri unde vezica este interesată.

În 1904 o anchetă făcută în Germania în 18 ateliere, unde se lucrează cu culori de anilină, descoperă 38 cazuri de tumori vezicale, dintre care 18 se termină prin moarte. Aceste tumori sunt localizate în trigonul vezical, aproape de deschiderea ureterelor, pentru că la acest punct substanța iritantă (acidul paramidol-sulfuric) se varsă în vizică.

Infecțiile microbiene figurează în etiologia cancerului vezicii astfel: cistitele, infecțiunile gonococice. Calculii ar fi bănuși până la un punct ca factori predispozanți în producerea neoplasmelor. Tumoriile metastatice în vezică sunt foarte rare.

Anatomia patologică

Vezica urinară poate să prezinte două clase de tumori: tumori benigne și tumori maligne. Noi ne vom ocupa aici numai de tumorile maligne spre a nu eși din subiectul tezei.

A) **Caractere macroscopice.** Contrar de ceea ce se observă la polipi, cancerul vezicii este în general unic, Localizarea cea mai frecventă este în trigon, bas-fond și vecinătatea orificiilor ureterale. Cancerul vezicii poate lua mai multe forme macroscopice: pediculate, sesile, infiltrative și ulcerative.

a) *Forma pediculată* se prezintă cu toate aspectele unui papilom și la prima vedere e foarte greu să-l diferențiem.

b) *Forma sesilă* se prezintă ca o tumoră implantată larg pe peretele vezicii, mai mult sau mai puțin voluminoasă. Suprafața sa are aspectul unei conopide, adesea este mamelonată neregulat, de culori foarte diferite: roză, roșu închis, neagră, albă. Această din urmă fiind dată de sfacelarea tumerei sau încrustărei fosfatice.

c) *Forma infiltrativă* proemină puțin în cavitatea vezicii, se prezintă ca o îngroșare a peretelui vezicii, care poate rămâne limitată sau poate invada toată vezic, când peretele vezical devin gros de câțiva cm.

d) *Forma ulceroasă* se prezintă ca o ulcerăție mai mult sau puțin profundă, neregulată, a cărei fund este acoperit de muguri sau resturi sfacelate, de culoare albă sau neagră. Marginile sunt îngroșate și prevăzute cu muguri neoplazici.

B) **Caractere microscopice.** Aceste neoplasme sunt reprezentate prin epiteliul pavimentos, epiteliul cilindric și carcinomul alveolar.

În ceea ce privește natura acestor cancere ale vezicii ele sunt de natură epitelială și conjunctivă. Clado le-a clasat în:

1. Epiteliomul vezicii.
2. Carcinomul sau epiteliomul alveolar.
3. Sarcome.

Din punct de vedere histologic epiteliomul vezicii ia două forme: pavimentos și cilindric.

Epiteliomul pavimentos este frecvent constituit din cordeane neregulate și anastomozate de celule neoplazice, cari produc muguri epiteliomatoși, cari pătrund în stratul muscular — aceasta este forma lobulată. Se poate clasa în această categorie epiteliomul cornos sau cancroidul, care provine adesea din transformarea unei plăci de leucoplazie. În filtrarea pereților vezicii este foarte rapidă.

Epiteliomul cilindric sau adenomul malign, se prezintă la secțiune sub forma unei cavități circulare tapetate prin 1—2 straturi de celule cilindrice. Stroma proliferază abundant, fiind formată din celule embrionare și prevăzute cu numeroase vase sanghine.

Carcinomul sau epiteliomul alveolar este caracterizat histologic prin travee conjunctive numeroase, cari circumscriu alveole sferice, umplute cu celule canceroase polimorfe. Straturile subjacente ale vezicii sunt adesea invadate.

Afară de aceste tumori maligne epiteliale, cele mai frecvente, trebuie să amintim încă două feluri de tumori conjunctive reprezentate prin myxome și sarcome și a căror caractere particulare au fost bine studiate de Legueu. Myxomele de obicei sunt pediculate, cu suprafața lobulată de culoare gris-roșată, de consistență, moale, ele se plantează pe mucoasă fără a o depăși și sunt formate din

celule rotunde embrionare, sau din celule zise myxomatoase, cu prelungire anastomozate. Substanța fundamentală este fibrilară și conține adesea fibre elastice. Vasele sunt foarte numeroase și tumorile recidivează după ablație.

Sarcomul este mai frecvent la femei, se observă mai adesea la vârsta matură și în prima copilărie. Volumul este cât al unei nuci sau mai mari. Suprafața este netedă și rareori viloasă, culoare rozată, consistență dură — cartilaginoasă. Locul de predilecție este în trigon sau în vecinătatea ureterelor. În unele cazuri s'a văzut că tumora infiltra peretele vezicii în jurul locului de împlântare și perfora peretele pentru a se întinde către bazin. Propagarea se face la pereți osoși ai bazinului, la prostată sau vasele iliace. Focare secundare se produc în plămân, ficat, splină, etc.

Modul de propagare a tumorilor vezicii

Albarran, distinge 4 moduri:

1) Propagarea prin contact. Tumorile vezicii se propagă frecvent prin grefe veritabile pe diferitele puncte ale mucoasei, acest mod se observă mai mult la tumorile pediculate.

2) Propagarea prin continuitate. Uneori tumorile sesile sunt mult mai extinse de cât putem observa macroscopic. În cazuri rare s'a observat invadarea ureterului, rinichiului, însă frecvent se întinde la organele vecine: prostată, vagin, rect, veziculele seminale, intestin, osul sacru, osul iliac, etc.

3), 4) Propagarea ganglionară și generalizarea. Adenopatia canceroasă (dupe Pasteau) se face în 79% din cazuri dealungul arterelor iliace și în 26% a cazurilor în regiunea lombară. La distanță cancerul vezicii poate să de-a metastaze în: pleură, ficat, splină, creier (Maisonnet).

Leziunile aparatului urinar. Cancerul regiunilor ureterale se întinde rapid, provocând hidronefroză sau hidropionefroză, prin obstruarea ureterului.

Simptomatologia

Debutul tumorilor maligne ale vezicii în general este insidios, ele se anunță de obicei prin nevoia de a urina des, prin ușoare dureri în hipogastru ce iradiază dealungul uretrei și cu hematuria terminală. Semnul revelator prin excelență este hematuria, care ușor ne conduce la diagnostic. Aceasta este o hematurie spontană, terminală, capricioasă, survenind fără o cauză apreciabilă, la fel ziua cât și noaptea. La început mică mergând progresiv pânăce cantitatea este așa de mare în cât colorează urina în negru închis. Explorarea vezicii provoacă hemoragia, în cât cystoscopia de multe ori e imposibilă. Frecvența și durerea micțiunilor se asociază hematurei și traduc o stare de cistită concomitentă, contra căroră medicațiunea obișnuită nu dă nici un rezultat. Micțiunile se repetă tot mai des la început tot la 2 ore apoi tot mai des, în cât nu lasă bolnavului timpul de odihnă. Durerile cresc în intensitate cu progresiunea boalei și mai cu seamă prin prinderea organelor din vecinătate. În unele cazuri palparea unui ganglion a putut conduce la diagnostic. Când ganglionii sunt prinși, durerea iradiază dealungul nervului crural, sciatic sau obturator.

Epiteliomele primitive se manifestă dintr'o cistită, a cărui proveniență aproape n'o pot explica întretăiată de mici hemoragii. Această cistită se agravează repede și prezintă 3 caractere speciale :

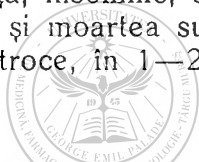
- a) Sunt foarte dureroase
- b) Emisiuni de urină gris-murdară-brună (din cauza sângelui hemolizat) amoniacale, gleroase cu miros de carne putridă (Jeanbreaux), absolut patognomonică.

c) Cistită foarte rebelă la tratamentul obișnuit.

Simptomele obiective le depistăm prin semne fizice cari ne confirmă boala relevată prin simptomele subiective.

Tușeul rectal sau vaginal e foarte valoros, căci putem palpa în bas fond sau pe fața posterioară a vezicii diferite neregularități izolate sau difuze, sau împăstări mai mult sau mai puțin regulate, rezistente, cari ne duc la concluzia unei infiltrații a peretelui vezical. Examenul urinei e foarte valoros, căci conține fragmente de neoplasm, care e un semn patognomic și e de ajuns un examen microscopic a acestor urine ca să precizăm natura canceroasă.

Din punct de vedere al stărei generale, bolnavul este ca în majoritatea neoplasmelor: o paloare caracteristică, inapetență, insomnie, slăbire rapidă, forța musculară redusă și moartea survine într'o cașecisie extremă, dureri atroce, în 1—2 ani, dela debutul boalei.



Diagnostic

Tumorile maligne ale vezicii prezintă adeseaie, dificultăți de diagnostic. Uneori au o evoluție latentă, încât nu sunt recunoscute de cât la autopsieai, alteori se manifestă prin hemoragii așa de abundente și frecvente în cât moartea nu ne lasă timpul să precizăm cauza.

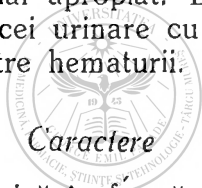
În cancerul vezicii — cu toate caracterele proprii, — pentru a ajunge la un diagnostic exact, trebuie ca pe lângă analiza minuțioasă a diferitelor simptome, să se facă și un examen cistoscopic, microscopic sau radio-grafic.

Primul semn prin care se trădează un cancer vezical este hematuria, spontană, capricioasă și nu se influențiază prin repaos. Dacă tumora se manifestă prin cistită putem să ne gândim la o cistită

banală, calculoasă, tuberculoasă, cistita la prostatici, cistita bilharziană sau la cancer. Uneori tușeul rectal ne pune în evidență un neoplasm al prostatei și vom putea imediat afirma că acesta a invadat vezica. Tușeul anal combinat cu palpeul abdominal sau la femei tușeul vaginal permite adesea depistarea unei infiltrații pelvi-viscerală. Examenul microscopic al urinelor, prin care se elimină porțiuni din tumoră, arată existența unei tumori maligne.

Explorarea intravezicală

Cystoscopia, este metoda sigură prin care se recunoaște și se diferențiază tumorile vezicale, natura lor, sediul, întinderea și pentru a determina modul de tratament cel mai apropiat. Examenul se face prin umplerea vezicii urinare cu un lichid incolor și în intervalul dintre hematurii.



1) O tumoră mică în formă de conopidă frangată sau mamelonată asemănătoare unor polipi.

2) Tumoră voluminoasă neregulată, boselată de colorație foarte variată, care se continuă cu pereții vezicali fără o limită precisă, fiind înconjurat uneori de un edem bulos. Diagnosticul este evident pentru un ochiu exersat.

3) Tumori albe sau brune sfacelate și cu încrustațiuni.

4) Plăci neregulate acoperite de un strat filamentos.

5) Ulcerațiile se prezintă mai mult sau mai puțin adânci, fondul neregulat, vegetant, uneori acoperit de resturi sfacelate. Marginile sunt în general regulate și îngroșate. Vezica în jurul acestor

ulcerații este edematoasă, dar nu prezintă de loc roșeața, caracteristică cistitei.

6) Infiltrația mucoasei, care simulează infiltrația inflamatorie în caz de cistită acută cu aspect cerebriform.

Există cazuri unde cistoscopia devine imposibilă din cauza hemoragiei, atunci se prepară vezica prin sonda „à demeure”, prin instilații, spălături și supozitorii calmante. Uneori tumorile fiind de un volum foarte mare, nu se văd bine la cistoscopie, în aceste cazuri putem observa „semnul robinetului” (lichiduri injectate în vezică se scurge cu intermitență, când învârtim cystoscopul la dreapta sau la stânga).

Cystoscopia deasemenea este împiedecată în cazuri de stricturi congenitale sau câștigate ale uretrei, hipertrofia prostatei, cistita sau contractura vazicei. În toate aceste cazuri se recurge la explorarea radiologică. La al doilea Congres de Urologie din 30 Mai 1927 la Leningrad, Gottleib și Strokoff au descris două metode fundamentale: radiografia și radioscopia. După ce au întrebuințat paralel ca medii de contrast, bromura de sodiu în soluții 10% și aer, Gottleib și Strokoff au stabilit prin comparație, superioritatea metodei cu aer, adică pneumocystoradiografia, prin care au obținut imaginea tumorii mai clară și mai precisă. Majoritatea urologilor au abandonat metoda cu aer pe motivul că ar da embolii (Marion și Nicolich). Gunsett și Boeckel utilizează o soluție de colargol 5—10%.

În Clinica Urologică din Cluj substanța de contrast întrebuințată este lipiodolul 40%.

Diagnostic diferențial se pune în discuție mai ales atunci când n'am făcut examenul cistoscopic, fie din lipsa posibilităților, fie din cauze ce împiedică introducerea cystoscopului. Astfel în hipertrofia de prostată se produce o hematurie spontană și terminală, dar de obicei găsim fenomenele de reten-

ție. În tumorile benigne ale vezicii (papilome), simptomatologia e mult mai capricioasă. Calculoza vezicală are simptome asociate multiple, iar cistoscopia și radiografia ne lămuresc imediat, scutindu-ne de erori regretabile, cu condiția esențială de a fi executate de persoane absolut competente.

Prognostic

Prognosticul tumorilor maligne ale vezicii e foarte grav și intervenția nu face altceva de cât să prelungească viața bolnavului. În general diagnosticul se face tardiv când cancerul a cuprins deja organele vecine. Cancerul localizat în trigon și colul vezicii îndepărtează toate posibilitățile intervenției. Cancerul vezicii duce la moarte în 18 luni până la 2 ani.



Tratamentul tumorilor vezicale continuă să rămână încă una din marile preocupări ale urologiei. Numeroase metode au fost preconizate și aplicate, dar rezultatele au fost mai mult sau mai puțin satisfăcătoare. Voi schița diferitele metode de tratament:

- 1) Tratament pur medical.
- 2) Metode chirurgicale.
- 3) Metode fizice.

Tratamentul medical. Acesta se aplică când bolnavul vine să ne consulte prea târziu sau când boala progresează rapid, ca și în cazurile cu hematurii abundente. Spălături cu ser fiziologic foarte cald (38—45°C.) 2—3 ori pe zi, sau cu soluții de anti-pirină 10%, sau adrenalină 1‰. Contra hemoragiilor, Janet recomandă instilații foarte concentrate de

rezorcină 50%. Praetorius în 1929 a preconizat infecții la 3—4 zile interval cu colargol 20%. Urotropina poate fi întrebuințată contra infecției urinare și pielitei consecutive. Nitratul de argint 0,50 la ‰ în spălături. În hematurii grave se aplică sonda „à demeure”. Morfina și pantoponul calmează durerile.

Metode chirurgicale

- a) Operații paleative.
- b) Ablația simplă a tumorei.
- c) Cystectomia parțială.
- d) Cystectomia totală.

Operațiile paliative. Consistă în cystostomie, care este urmată fie de un curetaj, fie de cauterizarea tumorei. Ele sunt indicate în tumorile inoperabile, cari dă hemoragii abundente sau o cistită dureroasă. Este un „anus contra naturi” al chirurgiei urinare. Rezultatele sunt aproape nule. Ceeace se urmărește prin această operație este atenuarea simptomelor și ameliorarea stărei generale. Legueu a observat că după asemenea intervenții tumora ia o rapiditate mai mare. Albarran consideră cystostomia ca foarte gravă dând rezultate rele, rămânând ca indicație numai în hemoragii mari, dureri și infecția urinară.

Abiația simplă a tumorei. Această operație se aplică asupra tumorilor sesile și rezultatele sunt de parte de a fi încurajatoare. Statistica diversilor autori o dovedește cu prisosință: Albarran din 97 cazuri observate a avut: 23 bolnavi cari sau vindecat, 31 au recidivat 43 au sucombat, ceea ce dă o mortalitate de 44% și recidiva 57%. Rafin pe 57 cazuri observate dă următorul rezultat: 8 au murit deci 14%, din ceilalți 49, 38 au fost urmăriți; cea mai mare parte au recidivat sau au murit în anul următor operației.

Cystectomy parțială. Practicată pentru prima oară în 1880 de către Sonnenburg, este indicată în cazurile de neoplasme puțin dezvoltate și necircumscrise. Rezecția interesează toată grosimea peretelui vezical și trebuie să depășească cu mult limitele infiltrației. Peretele vezical este apoi suturat cu fire de catgut și cavitatea drenată câtva timp. Principiul e foarte simplu, însă practic întâmpină dificultăți, în primul rând că tumora poate cuprinde acea parte din vezică care este acoperită de peritoneu și în al doilea rând poate prinde orificiile ureterale. În primul caz peritoneul nu se poate decola, deci trebuie să fim foarte atenți spre a nu deschide vezica în peritoneu care ar cauza o peritonită mortală. În cazul când invadează ureterul, chirurgul este obligat să sectioneze și să efectueze reimplantarea.

După profesorul Rochet, dacă diagnosticul s'a stabilit de timpuriu, când cancerul este localizat la o porțiune limitată din vezică, cistectomia parțială făcută larg poate da rezultate bune. Ea va fi deficiente dacă zona de invadare este pe o regiune anterolaterală a vezicii sau pe domul vezical. Va fi cu mult mai complicată dacă tumora cuprinde fața posterioară a rezervorului sau unul din orificiile ureterovezicale. Reimplantarea ureterului se va face în peretele vezical rămas sănătos, însă dacă operația este lungă și laborioasă se poate deschide provizoriu la tegumente. La început după operație vezica este redusă de volum la dimensiunea unei nuci, însă poate deveni din ce în ce mai mare la câteva luni dela operație, în cât își restabilește funcția de rezervor. Zuckerkandl a putut reconstitui o vezică într'un caz unde nu rămăsese decât trigonul. Cistectomiile parțiale astfel practicate au dat în mâinile multor chirurghi rezultate încurajatoare. Bolnavul este scăpat de hematurii de durerile grozave precum și de infiltrația urinară cronică. Acest procedeu dacă nu dă vindecare (foarte des dă recidive) are totuși meritul de a prelungi viața bolnavului și a atenua

simptomele. Rezultatul după Rochet pe 6 cazuri: 5 au supraviețuit dela 6 luni la 3 ani, iar 1 a murit prin embolie, a 2-a zi după intervenție. După Watson, această metodă aplicată pe 104 cazuri a dat 24% mortalitate operatorie, 68% recidive și nici o vindecare. Pe o altă serie de 96 carcinome mortalitatea operatorie a fost de 21,8%, recidive 56% și vindecări 5%.

Cystectomy totală. În formele avansate ale cancerului sau în neoplasmelor rău plasate, unde cystectomia parțială nu se poate aplica, se face ablația vezicii. Extirparea totală a vezicii cere transplantarea ureterelor și aceasta se face cu mare greutate. Prima cystectomie totală a fost practică de Bardenheiner în 1887, apoi de Pavvlick în 1889 și care a dat rezultate puțin încurajatoare, căci pielonefritele ascendente erau foarte frecvente la operați. Această operație nu este așa de vătămătoare dacă se operează în doi timpi, adică mai întâi derivarea urinei și în al doilea rând, la un interval de 2—3 săptămâni ablația vezicii. În 7 cazuri operate de Fedoroff, nu are nici o moarte imediată. Punctul capital în extirparea totală a vezicii este tratamentul ureterelor. Derivarea urinei se poate face prin mai multe procedee:

a) Uretero-stomia externă (tegumentară). Avantajul ei este că urina se poate colecta în dispozitive speciale. Dezavantajii: macerația tegumentelor și infecția ascendentă.

b) Pielostomia. Pentru a evita infecția renală Watson, a propus derivarea cursului urinelor printr'o nefrostomie dublă stabilind un dublu drenaj lombar ca primul timp operator.

c) Uretero-entero-stomia consistă în derivația urinei în lumenul intestinului. Dintre multiplele procedee recomandate astăzi, se practică cu preferință procedeul Coffey 3, care constă în: anastomoză

tunelizată a ureterului cu intestinul gros, de preferință cu sigma. Avantajii: continența urinei este asigurată printr'un rezervor natural.

Dezavantajul acestor procedee consistă în complicațiile ulterioare și s'au observat, că aproape toate implantațiile ureterului în intestin, rect, colon, cec, sigmoidă, conduc mai de vreme sau mai târziu la moarte prin infecție (pielonefrite ascendente). Abușarea în vagin a dat rezultate bune 51% vindecări și eclatant este cazul lui Pawlick, unde bolnava a trăit 16 ani după operație, însă are neajunsul că scurgerea de urină e continuă.

Cystectomia totală pentru cancer dă o mortalitate care variază între 40—60%. Cauzele morții sunt: șocul operator, uremia consecutivă insuficienței renale, infecția renală acută, infecția țesutului conjunctiv și a peritoneului. Peritonita se poate evita prin procedeul operator extaperitoneal preconizat de Mikulicz. Cystectomia se poate face, lăsând în urmă o dublă uretero-stomie cutanată iliacă sau intestinală sau o dublă nefrostomie, care duce bolnavul la o infirmitate aproape imposibilă. E greu să convingi pe bolnav ca să primească infirmitatea unei fistule duble lombare.

Chirurgia tumorilor maligne ale vezicii, ca a tuturor cancerelor, trebuie să fie precoce pentru a da rezultate. Dubla ureterostomie iliacă (Papin) sau nefrostomia dublă constituiesc adesea singurul mijloc de a remonta pe bolnav, dar durata e preascurtă și în aceste cazuri.

Metode fizice. Când bolnavul vine târziu încât neoplasmul devine inoperabil, se aplică metodele fizice de tratament. Cele mai uzitate sunt:

- a) Radiumterapia.
- b) Radioterapia profundă.
- c) Curenți de înaltă frecvență.

Radiumterapia numită încă curieterapia, con-

sistă în a utiliza radiațiunile emise de radium ca mijloc de tratament. Acțiunea acestor radiațiuni în tratamentul tumorilor este bazată pe diferența de radiosensibilitate, care există între celulele cari constituiesc aceste tumori și celulele normale ale țesuturilor. Celulele tumorale fiind mai sensibile ca celulele țesutului vecin, există posibilitatea de a le distruge fără a vătăma. Pentru distrugerea lor trebuie să aplicăm o doză suficientă de radiațiuni, cari dacă sunt imhitate numai temporar, ele pot lua apoi o evoluție rapidă (în cazul dozelor slabe administrate). Părțile modificate mor, cad în vezică și sunt expulzate prin urină. În Journal d'Urologie din Martie 1922 Marion a publicat 5 observațiuni, la cari hematuriile foarte abundente au fost oprite prin radiațiuni de radium. Acțiunea radium-ului este deci hemostatică, atrofiantă și distructivă. Se aplică endovezical și extravezical.

Aplicația endovezicală. Introducem radium în vezică fie pe cale oarbă fie sub controlul ochilor. Un tub fixat de extremitatea unei sonde se introduce în vezică, iar bolnavul se culcă de așa manieră ca tubul să vie în contact cu tumora. Inconveniența este că nu se poate iradia omogen. Introducerea sub controlul ochilor (Cystoscop) a adus progrese în evoluția radiumterapieii. Young în 1917 a construit un cystoscop port radium dupe principiul lui Nitze. Becul cystoscopului conține tubul cu radium și se lasă în poziția convenabilă timpul necesar. Cystoscopul lui Brown-Burger, care seamănă cu cel pentru cateterismul ureteral, permite pătrunderea unei tije lungi și suple a cărei extremitate este prevăzută cu un tub sau cu un ac ce conține radium. (5—10 mgr. radium). Acest ac se introduce în masa neoplazică și se lasă 8—10 ore. Se întrebuițează 1 ac pe 1 cmc. Marion introduce în vezică o sondă de gumă perforată pentru a se scurge urina și pune 50 mgr. radium timp de 24 ore la polipi și 48 ore

în caz de epiteliom, iar Proust pune 20 mgr. radium timp de 5 zile.

Indicații:

- 1) refuzul bolnavului la intervențiile chirurgicale.
- 2) Contra indicarea operației.
- 3) Tumori foarte mici ușor accesibile.

Aplicarea extravezicală. Procedul de aplicare se face fie prin aplicarea exterioară fie prin deschiderea vezicii. Cystostomia suprapubiană este metoda de ales. În tumoră se pun ace la 1 cm. depărtare, cari se fixează la piele prin fire. Inconvenientul este că nu totdeauna se ajunge la rezultatele dorite, după o serie de ședințe și în acest caz suntem obligați a lăsa vezica deschisă mai multe săptămâni, uneori luni dupe care rămâne o fistulă permanentă. Al doilea inconvenient nu se poate fixa o regulă precisă a dozelor și a timpului de întrebuințare.

Gerachty, a observat 30% recidive asupra cazurilor tratate cu radium, din contra Barringer este partizanul tratamentului cu radium. Din statistica lui reese că din 23 cazuri tratate prin radium 15 au fost vindecate, 6 rezultate incerte, iar 2 au sucombat.

A. Fryszmann din Varșovia prin comunicarea făcută la al III-lea Congres Internațional de Urologie din Bruxel 1927, din observarea a 17 cazuri dintre cari 8 femei și 9 bărbați, la cari a aplicat radium prin introducerea în vezică a tuburilor conținând agentul activ, nu sunt de loc favorabile. Tratamentul prin sonda „à demeure” cu tubul de radium atașat acestuia, nu e prea bun deoarece ținută prea mult dă iritațiuni ale uretrei și e foarte greu de suportat.

Tratamentul cu radium astăzi este foarte puțin întrebuințat.

Radioterapia profundă.

Radioterapia sau Roentgenterapia profundă este

tratamentul mai des întrebuințat astăzi. Acțiunea lor asupra țesuturilor în general și asupra cancerului în special este aceeași cu a radium-ului. Câteva zile după aplicarea razelor X se constată o alterare a substanței, care constituie nucleul celulei, o inhibiție a cariochinezei, o distrugere a cromatinei ducând la ceea ce se numește pycnoză nucleară. După nucleu protoplasma celulei începe a se altera, celulele se fragmentează și sfârșesc prin fagocitoză. Pentru tratament trebuie aplicată o cantitate suficientă de raze X căci contrar celulele cresc și se reproduc rapid. În Journal d'Urologie 1925, Martin publică o observație, în care consecința tratamentului radioterapeutic a fost fatală prin accelerarea considerabilă a mersului cancerului. Sarcomul este mult mai bine influențat ca epiteliomul și din cel din urmă epiteliul bazo-celular mai bine ca cel spino-celular. Razele se aplică prin metoda focurilor încrucișate și pentru a fi eficace trebuie să pătrundă în profunzime, filtrajul prin filtre de 12 mm. aluminiu sau $\frac{5}{10}$ mm. de zinc sau cupru au dat razele X de lungime de unde egală și au eliminat razele moi. În ceea ce privește doza întrebuințată este lăsată la aprecierea radiologiștilor și este în raport cu radium sensibilitatea tumorei. Inconveniente prin administrarea razelor X afară de radio-dermite, cari pot fi înlăturate prin o bună filtrare, mai putem avea efecte nocive cari se manifestă prin simptome acute, apărând la câteva ore după ședință și anume: dureri, hemoragii, tenesmele intestinului, altele se observă necroza peretelui vezicului.

Radioterapie profundă a dat rezultate variate dupe autorii cari au întrebuințat-o: Marion spune că ar fi dat rezultate bune în câteva cazuri pe cari le a aplicat, a produs o oprire momentană a leziunilor. Boeckel a constatat la cystoscopie dispariția a două epiteliome veziculare vegetante tratate prin radioterapie profundă. Barcelleau (teză Strasbourg, 1935) elevul lui Boeckel arată că din 22 tumori

tratate prin radioterapie a avut 50% vindecări. După rezultatele obținute de Maissonnet, nu recomandă această terapie riscând a produce accidente generale ca : uremie și nici nu evită metastazele. Jambrau, mai desiluzionat spune că în Franța radioterapia profundă e pe cale de a fi părăsită din cauza in-succeselor ce le-ar fi dat și accelerației ce o imprimă uneori evoluției neoplazice. Tot aiât de defavorabile rezultate am obținut și noi în clinica din Cluj.

Curenții de înaltă frecvență. Pentru primaoară au fost întrebuințați acești curenți în 1910 de către americanul Edwin Beer, în tratamentul tumorilor veziceii. Aplicarea acestor curenți se face fie prin curenți de intensitate mare și de tensiune joasă aplicați direct asupra tumorii, după metoda lui Doyen-Beer (electrocoagularea), fie întrebuințând intensitate mică și tensiune înaltă, cari penetrează dela distanță tumora prin scântei, după metoda lui Heitz-Boyer. Curenții de înaltă frecvență au fost aplicați fie pe cale cystoscopică (endovezicală), fie prin deschiderea prealabilă a veziceii.

Beer, pe 33 cazuri unde a aplicat acest procedeu a obținut rezultate excelente. Aplicarea înaltei frecvențe pe cale endovezicală este foarte simplă, căci scutește bolnavul de o intervenție sângerândă. Inconvenientul este că se lucrează într'un mediu umed, deoarece vezica trebuie să fie plină cu lichid și în acest caz trebuie să mărim tensiunea curentului și afară de aceasta puroiul și sângele ne îndreptățește să facem des lavajul vezical. Indicațiuni: în cazul tumorilor de volum mai mic ca al unei nuci și când înplantarea nu are o bază prea largă. Contraindicațiuni: în stările cașectice ale bolnavilor, când șocul le poate fi fatal.

În cazul cistalgiilor rebele, când durerile sunt de nesuportat și neoplasmul vezical a luat o extensiune prea mare s'a încercat operațiuni paleative de a suprima calea sensibilă și anume se face rezecția nervului presacrat (operațiunea lui Cott).

Observațiuni clinice

Obs. 1. Bolnavul A. G. 53 ani, plugar, vine în clinică în 1934 cu antecedente de 4 luni. Antecedente heredo-colaterale și personale fără importanță.

Boala actuală a debutat în mod lent cu dureri în hipogastru, urinări frecvente și hematurie, care avea următoarele caractere: capricioasă, spontană și abundentă. Starea generală alterată, a slăbit în greutate 15 kgr.

Starea prezentă. Hernie inghino-scrotală dreaptă ireductibilă.

Examenul obiectiv: tușeul rectal se constată prostata mărită de volum, suprafața neregulată, unele părți dure lemnoase, altele de consistență fibroasă. Conturul neregulat, invadează țesuturile din jur.

Cystoscopia nu se poate face, capacitatea vezicii fiind redusă la 10 cmc.

Examenul urinei: albumină neg.

puroi și sânge pozitiv.

Dgs. Cancer vezico-prostatic.

Se indică Roentgen-terapie profundă. Se fac 8 ședințe administrate din focare diferite: hipogastru, sacrat, fesier drept și fesier stâng. Starea bolnavului rămâne aceeași, doar durerile au mai cedat puțin. Pleacă acasă statu quo.

Obs. 2. Bolnavul C. C. 45 ani, căsătorit, vine în clinică în 1934 cu antecedente de 3 ani. Ante-

cedente personale: în 1931 a fost operat de neoplasm al vezicii urinare, când i s'a făcut electrocoagulare, după ce în prealabil i s'a deschis vezica. Tot atunci se administrează 5 ședințe Roentgen-terapie.

Boala actuală: De 2 luni se simte iar rău având dureri în hipogastru și în regiunea sacroiliacă stângă, urinări frecvente și hematurie.

Examenul obiectiv:

Cystoscopie: vezica redusă de volum, se pune în evidență pe peretele postero-superior al vezicii o formațiune tumorală.

Dgs. C. C. vezical recidivant.

Bolnavul prezintă metastaze în osul sacru, în osul iliac stâng, precum și metastaze ganglionare generalizate.

I se aplică 10 ședințe de radioterapie profundă din 6 focare diferite. După acest tratament bolnavul se simte mult mai bine, durerile au cedat aproape complet, micțiunile devin mai regulate.

Obs. 3. Bolnavul D. M. 49 ani, căsătorit, întră în clinică la 2. IV. 1936.

Antecedente heredo-colaterale și personale fără importanță.

Boala actuală: Datează din toamna anului 1935, când a început prin micțiuni frecvente și însoțite de dureri. Nu ia dat nici o importanță și prin Martie 1936 a observat că urinează sânge aproape pur. Precum și coaguli sanghinei. A doua zi urina iarăși devine clară și bolnavul își vede de ocupație. Peste două săptămâni durerile reapar în hipogastru și sunt mai intense, urinează incontinuu sânge în cantitate apreciabilă.

Starea generală: alterată, slăbește inapetent.

Examenul obiectiv:

Tușeul rectal: prostata topită, bas-fondul proemină, e păstos.

Cystocopia: nu se poate face deoarece vezica e redusă de volum.

Cysto-radiografia: $\frac{3}{4}$ din imaginea cystografică în stânga apare cu lacune neuniforme, conturul întrerupt. În dreapta, un sfert din cystografie, are conturul regulat.

Dgs. C. C. vezical inoperabil.

Se fac 3 ședințe de radioterapie, bolnavul este dus acasă de apărținători spre a continua acolo tratamentul.

Obs. a 4-a. Bolnavul S. S. 56 ani, căsătorit, intră în clinică la 20. V-a 1937.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale. La 20 ani blenoragie, la 39 ani, febră tifoidă.

Boala actuală: datează de aproximativ 2 ani, a debutat insidios cu dureri în hipogastru, tenesme vezicale. Din Decembrie 1936 prezintă hematurie capricioasă, spontană și abundentă. Micțiunile devin frecvente și sunt însoțite de arsuri pe traectul uretrei. Bolnavul slăbește în forță și greutate.

Examen obiectiv:

Tușeul rectal: prostata mărită de volum, dură lemnoasă și sensibilă.

Cystoscopie: conținutul vezicii: urina turbure hemoragică. Capacitatea vezicii 50 cmc. Mucoasa puternic congestionată și infiltrată. În bas-fond se observă o formațiune tumorală, orificiile mascate. Eliminarea colorantului bună de ambele părți.

Tratament. Se administrează supozitorii cu pantopon și se face zilnic lavajul vezical. Se transpune la Institutul de cancer pentru radioterapie.

Obs. 5. Bolnavul R. A. 55 ani, căsătorit. Intră în clinică la 12. Ian. 1937.

Antecedentele heredo-colaterale și personale fără importanță.

Boala actuală datează de aproximativ 2 ani. A debutat în mod lent cu micțiuni frecvente, atât ziua cât și noaptea. Urina era turbure și cu miros.

de carne stricată. Înainte cu 6 luni, bolnavul acuză și dureri în regiunea hipogastrică ce iradiau de-a lungul uretrei, la puțin timp după aceea prezintă hematurii foarte neregulate.

Starea generală. Scade în greutate, forța musculară diminuată.

Examen obiectiv:

Tușeul rectal: prostata mărită ușor de volum, suprafața neregulată, de consistență dură lemnoasă.

Cystoscopie: capacitatea vezicii de 85 cmc. Mucoasa puternic congestinată cu depozite de false membrane. În trigon o formațiune tumorală ulcerativă. Orificiile ureterale mascate.

Dgs. C. C. vezical inoperabil, părăsește clinica -statu quo.



CONCLUZIUNI

1. *Tumorile maligne ale vezicii urinare sunt destul de frecvente. În ultimii zece ani în Clinica Urologică din Cluj au fost observate 77 (șaptezeci și șapte) cazuri.*

2. *Sexul preferat e cel bărbătesc, care se întâlnește în proporție de 85%, iar vârsta de predilecție este între 40—65 ani.*

3. *În etiologia acestei afecțiuni, iritațiunile cronice îndelungate: cistite, infecțiuni gonococice, calculi vezicali, bilharzihoza, culorile de anilină, etc. se întâlnesc foarte frecvent.*

4. *Durata afecțiunii e de aproximativ 2—3 ani.*

5. *Diagnosticul de certitudine se face atât prin cistoscopie sau cistografie, cât și prin examenul microscopic amănunțit și repetat al sedimentului urinei.*

6. *Tratamentul tumorilor maligne ale vezicii urinare va fi în general atât cel chirurgical cât și cel Roentgen și Radiumterapic.*

7. *Chirurgia tumorilor maligne ale vezicii ca și a tuturor cancerelor în general, trebuie să fie precoce pentru a fi eficace; eșecurile nenorocite fiind atribuite întotdeauna unei prea mari întârzieri în diagnosticarea precisă a acestei afecțiuni.*

Văzută și bună de imprimat

Decan,

(ss) Prof. Dr. D. MIHAIL

Președintele tezei,

(ss) Prof. Dr. E. TEPOSU

BIBLIOGRAFIE

Albrann: Les tumeurs de la Vessie. Paris, Streiheit 1891.

Barcelot Paul-Heinri: Contribution au traitement du Cancer de la Vessie par la Radiotherapie profonde. Teze.

Bonnamour et Giraud: Cancer primitif de la Vessie avec généralisation multiples. Lyon Médicale 23 Dec. 1928 No. 52.

Cartault Adolphe: Traitement du Cancer de la Vessie par l'Electrocoagulation — étincelage à Vessie ouverte. Teză.

Darget (R.): Traitement actuele des tumeurs malignes de la Vessie. Journal Méd. Bordeaux 1928 No. 20.

Duval Pierre et J. Gatellier: Chirurgie de l'appereil urinaire.

Duening: Précis de cancérologie (1923).

Fey et Bompart: A propos de la Cystectomie totale pour caner de la Vessie. Paris-Médical 19. Oct. 1929 No. 42.

Forgue: Précis de pathologie externe.

Gheorghiu Teodora: Tumorile veziceii urinare. Teză, Cluj.

Gustave Roussy et Rogers Leroux: Diagnostique de thumeurs.

Hermann et C. Morel: Précis d'Anatomie pathologique.

Herescu: Tumoră vezicală (Spitalul 1930).

Herescu: De la cystectomie totale dans les neoplasmes multiples ou infiltrées de la vessie. Journal d'Urologie 1913. T. 2.

Iacobovici I.: Cancerul, Cluj. 1937.

Iacobovici I. și Teșosu E.: Azotemia în Chirurgie. Rev. St. Méd. 1926.

Jones (W.): Tumeurs de la vessie.

Legue F. et Papin: Précis d'Urologie.

Maurette Joseph: Contribution a l'étude des Métastases dans le cancer de la vessie. Teză.

Matache Ștefan: Curs de Urologie după prelegerile D-lui Prof. Țeposu, Cluj.

Marion: Traité d'Urologie. Vol. I. de l'ablation de certaines tumeurs vésicales par les voies naturelles (Présse Médecale 1910).

Marinescu G.: Tratatamentul tumorilor vezicale. Rev. St. Méd. 1925.

Marion: De l'action hemostatique du radium dans les tumeurs de la vessie et de l'uretère. Journal d'Urologie 1922 t. XIII p. 161.

Masson: Diagnostique de laboratoire des tumeurs. Vol. II.

Oraison: Tumeurs de la vessie et radium. Soc. Franc. d'Urologie leundi 11 Juin 1923 in Journ d'Urologie, 1923. t. XVI. p. 50.

Popescu: Două cazuri de tumori vezicale tratate prin electrocoagulare. Spitalul 1916 p. 241.

Remion Jean: Traitement du Cancer de la vessie par la curiethérapie. Teză.

Verne C, Hunt: Le traitement chirurgicale des tumeurs malignes de la vessie. Journal d'Urologie 1929.

