

Sessió del dia 5 de març de 1934

PRESIDENCIA DEL DR. PROUBASTA

## Terapèutica de la hipertròfia prostàtica diferent de la prostatectomia. Judici crític

pel Dr. VICENS COMPAN

Malgrat que la solució terapèutica del síndrome disúric produït per l'anomenada hipertròfia de la pròstata estigui definitivament trobada per mitjà de la intervenció quirúrgica, les condicions especials d'edat i d'insuficiències orgàniques en què es presenta ordinàriament la malaltia i per tant la indicació operatòria, que la fan considerar voltada de perills, han fet que successivament s'hagin proposat altres mitjans considerats com a menys perillosos, que si bé no sempre han pretès resoldre el problema amb totalitat, han tractat de modificar els trastorns dinàmics de la bufeta urinària de tal manera, que pràcticament es considerés com un guairiment, si bé no de la causa, almenys dels símptomes principals.

Sigui'ns permès abans donar un concepte del que signifiquen els mots *hipertròfia de la pròstata* i *prostatisme*.

La idea anatòmica d'hipertròfia no és exacta. Mercier, Civiale, Thompson i fins a Guyon en la seva primera època, no podien tenir altre nom per designar un estat patològic que trastornant l'expulsió de l'orina en el període senil de la vida, es manifestava com un augment del volum de la pròstata tant al tacte rectal com a l'intravesical, reconegut aquest en talles i necròpsies. Ells donaven diverses denominacions als components del que creien que era una hipertròfia i arribaven a anomenar *cossos esferoides* als adenomes, demostrant que apreciaven, objectivament, bé les coses.

Podríem dir que aquesta suposada hipertròfia és més aviat una *atròfia* de la pròstata, car la lesió consisteix en una *formació adenomatosa* a expenses de les glàndules del grup sub o periuretral i del grup subcervical, fet posat en evidència pels exàmens histològics d'Albarran, Motz i Perarnau, Papin i Verliac, i altres, i aquest adenoma, en el seu creixement, va comprimit el teixit prostàtic pròpiament dit contra les aponeurosis que el voltien, i l'atrofien.

Quant al síndrome de *prostatisme* creat per Guyon i que ell referia al trastorn produït per la lesió que acabem de descriure, comprèn una sèrie d'alteracions fisiològiques que, encara que Guyon les dividia esquemàticament en graus evolutius pels fins descriptius, no sempre es presenten de la mateixa manera en tots els malalts. Fonamentalment és la *polaquiúria* (sobretot nocturna), la *disúria* en totes les seves gradacions, amb la seva conseqüència la *retenció*, que igualment té una gamma quant a quantitat i a *persistència*, que va des del petit residu, variable segons els moments del període inicial, fins a les diferents retencions incompletes cròniques, arribant a la fallida completa de la dinàmica vesical, o sia la distensió. Aquests graus poden ésser progressius, però hi ha una manifestació de tipus episòdic que s'aparta de tota disciplina evolutiva, la *retenció aguda*, que és modificable fins a no deixar gairebé rastre, o pot ésser definitiva i immoificable.

I aquesta variabilitat simptomàtica demostra la variable influència fisiològica que té una modificació anatòmica de la regió cervical que pot ésser l'adenoma, però que no sempre ho és, i que, com diuen Fey i Dossot, cal considerar en la producció del propi síndrome, el prostatisme sense pròstata, la malaltia del coll (rigidesa congènita o adquirida), essent així que el límit entre aquests dos ordres de lesions és ben mal definit. On acaba la malaltia del coll? On comença l'adenoma? En efecte, com diuen els susdits autors, els que assistírem al Congrés últim de Londres ens poguérem convèncer que la divisió entre aquelles entitats anatomo-patològiques era ben poc respectada per la majoria dels autors que intervingueren en les ponències i en les discussions.

Quedarem, doncs, conservant per comoditat pràctica el mot *hipertrofia* de la *pròstata* perquè consagrat per l'ús des del començament del seu estudi, ens és més còmode i no ens obliga a etiquetar la lesió d'una manera més precisa.

En la pràctica anomenarem *hipertrofia de la pròstata* sempre que per al tacte rectal en un disúric o en un retencionista senil que no és *estenosat uretral* ni *tabètic*, trobem una pròstata augmentada de volum i aquesta no sigui un *càncer* ni una *prostatitis* (Fey i Dossot).

Els diferents mètodes d'acció terapèutica contra la hipertrofia prostàtica que han estat proposats són :

1. Mèdics.
2. Mitjans d'acció indirecta.
3. Roengenteràpia i curiteràpia.
4. Les reseccions endoscòpiques.

Tractarem de passar revista i fer l'apreciació crítica de cadascun d'aquests mètodes, però abans volem fixar el criteri del que cal considerar com a prova de *guariment* o de *millora* de la malaltia, o més ben dit, quines són les condicions que ha de satisfer el mètode per aconseguir els susdits resultats.

Ja sabem que en la malaltia prostàtica hi ha dues coses a tenir en compte: la *lesió anatòmica* i els *trastorns miccionals* que aquella produeix, essent ambdós factors d'una importància ben desigual.

Quant a la *lesió*, fixem-nos que en ella mateixa és poca cosa. Tots sabem bé que molts individus, en passar dels seixanta anys, són portadors d'adenomes bastant voluminosos sense que tinguin grans trastorns.

Per altra banda, el volum veritable d'una pròstata adenomatosa és difícil d'apreciar pel tacte rectal. Tot depèn de la direcció envers la qual s'hagi desenrotllat el tumor; si ho fa cap al recte la pròstata sembla molt grossa, si és en sentit vesical el desenrotllament, sembla petita al tacte. Aquestes dades són de comprovació corrent quan es practiquen enucleacions o quan es fan exàmens uretroscòpics. i Quantes vegades creiem emulear un gros adenoma perquè la pròstata era grossa al tacte rectal i el tumor resulta petit!

I és que, com diuen Fey i Dossot, el volum prostàtic està molt lluny d'ésser un element estable. La congestió, l'edema, la infecció, fan augmentar transitòriament el volum que, sota la influència d'un tractament palliatiu (sondatge, cistotomia etc.), minva ràpidament.

No podem, doncs, considerar aquestes variacions de volum com una prova de guariment valedora. La mesura amb l'instrument de Cathelin, i potser la ràdio-uretrografia, podrien tenir algun valor, però també estan subjectes a error d'apreciació i no són corrents. Així és que no podem fiar-nos molt en l'apreciació que ens sembla fer a voltes i que moltes vegades sentim afirmar amb referència a la minva del volum pel sol tacte rectal.

*Trastorns miccionals.* — Ja hem dit més amunt el que significa el mot prostatisme. Analitzem aquestes manifestacions fisiopatològiques per tal de deduir-ne la seva importància i les indicacions terapèutiques, com així mateix les condicions que envers ells ha de complir un tractament.

*Trastorns funcionals amb evacuació completa de la bufeta.* — El primer i més freqüent símptoma és la polaquiúria diürna i nocturna. La seva variabilitat és ben coneguda, puix que els pacients n'acusen uns jorns més i altres a penes en són molestats, i ja ens ensenyava el professor Guyon que amb una higiene acurada i un règim curós dietètic millora amb seguretat. La *polaquiúria*, doncs, no pot constituir per ella sola una indicació operatòria, perquè a més, fins i tot després de la intervenció, pot persistir en alguns casos.

*La disúria*, sobretot nocturna, que en molts pacients és un altre símptoma inicial de la malaltia (lentitud de l'iniciament de la micció i projecció del raig escassa o nulla), i de vegades, prou sovint, uns quants cateterismes la milloren notablement, no pot constituir un criteri de guariment perquè, per altra banda, essent un fenomen subjectiu, està exposat en la seva apreciació a la influència del caràcter dels malalts, cadascun dels quals l'aprecien d'una manera diferent.

*Retenció d'orina.* — Aquest és el símptoma cabdal del prostatisme, el qual constitueix la base simptomàtica objectiva que ens servirà per assentar el criteri de guariment o millora i contra el qual el metge s'adreçarà principalment. Ja n'hem parlat abans. Guyon les dividia en *agudes* i *cròniques*; aquesta distinció és fonamental perquè entre elles hi ha una diferència fisioclínica de principal importància.

*La retenció aguda* que, com hem dit, és un episodi brutal i alar-

mant, no pot, en la seva desaparició, ésser el *test* de l'eficàcia d'un mètode terapèutic. Diu Fey: «Si una circumstància existeix on el resultat d'una terapèutica és difícil de judicar, és ben bé aquesta, ja que en la major part dels casos la retenció es guareix tota sola després d'uns quants dies de cateterismes (8, 12, 15), el malalt orina espontàniament, amb més o menys dificultat al principi i ajudat d'algun cateterisme més tort.

La retenció aguda és la gran causa d'error en l'apreciació dels resultats, sobretot tenint en compte que si no es coneix clínicament el malalt abans de l'episodi, s'està privat de la dada de l'existència d'un residu vesical. Durant un cert temps l'evacuació vesical resta incompleta i la importància del residu no pot donar una idea de l'estat de contractilitat vesical, de tal manera, que després d'un cert període de temps hi haurà malalts que buidaran del tot el reservori vesical i altres tindran un residu igual o superior al d'abans.

Es per això que, quan veiem una retenció aguda, ens és impossible profetitzar l'esdevenidor del malalt, perquè al costat dels que veuen reparèixer la retenció amb intervals més o menys apropiats, n'hi ha d'altres que mai més no la tornen a tenir i poden viure fins a avançada edat sense cap altra crisi. Es per això, repetim, que no es pot judicar un mètode per l'evolució d'una retenció aguda, perquè, essent tan variable, totes poden, àdhuc, guarir espontàniament.

*Retencions cròniques.* — Poden ésser incompletes o completes. Per valorar-les s'han d'amidar en moments diferents, perquè poden tenir variacions notables en la seva quantitat. No les judiquem després dels dies que segueixen a una crisi aguda, perquè fóra errònia l'apreciació. Donades aquestes variacions, la vàlua de l'acció terapèutica serà més apreciable en les que passin de 100 grams.

La *retenció completa crònica* és la veritable pedra de toc de l'eficàcia del mètode terapèutic emprat.

Si un malalt és portador d'una retenció completa que l'obligui al cateterisme permanent o discontinu i sotmès a una determinada terapèutica, torna a buidar l'òrgan encara que resti un petit residu, aquell mètode es pot judicar d'eficaç.

Per tant, aquestes han d'ésser les directives crítiques pel jutjament de l'eficàcia del mètode que pretenguem emprar i que, ja ho hem dit encapçalant aquest treball, la intervenció quirúrgica satisfà completament.

En l'ordre d'importància dels efectes terapèutics podem, doncs, fixar aquests conceptes:

Perquè un mètode pugui judicar-se eficaç en el tractament de la hipertròfia de la pròstata deu:

- a) *Suprimir la retenció crònica.*
- b) *Guarir o millorar la poliquiúria i la disúria.*
- c) *Donar un percentatge important de guariments (per tal com les millores espontànies o secundàries després d'un tractament mèdic són freqüents), i que els resultats siguin durables.*

Es clar que l'amillorament d'un símptoma o una complicació no és

menyspreable i val la pena de considerar els mitjans terapèutics que ho proporcionen.

Totes aquestes són les condicions que els ponents del Congrés francès d'Urologia fixen en el seu excellent report.

## SEGONA PART

*Tractament mèdic.* — Han estat proposats dos mètodes: l'un basat amb l'acció modificadora de la peptona sobre l'adenoma; és el mètode de Payr seguit també per Hühne, Hoffheinz, Grünert, etc. Consisteix en la injecció intraprostàtica de la solució de Pregl, o sia pepsina-novocaïna.

Hoffheinz ha tractat 102 malalts, i diu que ha obtingut el 72 per 100 d'èxits. Ha reeixit en el retorn de la micció en casos tals que ni la sonda permanent ni la lligadura dels deferents ni la radioteràpia res no havien pogut aconseguir. Diu que els malalts seguits des de sis mesos a dos anys han sostingut el bon resultat.

Hühne ha practicat el mètode solament en un malalt i combinat a la lligadura dels deferents en altres. El nombre d'injeccions practicades ha estat de 2 a 6 i els malalts han tornat a poder orinar. No diu si tots eren retencionistes crònics.

Roseinstein assegura que en set prostàtics tractats, el resultat és comparable al de la prostatectomia. Però no aconseguí el mateix en altres catorze pacients.

El mètode, del qual se'n va parlar un xic en els països de llengua alemanya els anys 27 a 29, no s'ha estès perquè els seus resultats no han assolit l'èxit que hom hauria desitjat, donada la seva senzillesa d'execució.

L'altre mètode mèdic proposat i emprat es fonamenta en la influència hormonal testicular sobre el desenvolupament de la pròstata. Van Capellen admet que la minva de secrecions testiculars té una certa influència en la producció de la hipertròfia prostàtica. Injecta subcutàniament una hormona masculina que ell anomena «humbreol», però les seves pretensions són modestes i enraonades, puix que no tracta més que malalts amb prostatisme incipient, els retencionistes els reserva per la prostatectomia. Cal remarcar, però, que el tractament l'empra sol, sense sondatge ni altre mitjà. En una sèrie de dotze casos, onze han millorat de manera digna d'ésser tinguda en compte, però res no autoritza a parlar de guariments, cosa que el seu autor reconeix. Per l'altra banda, la tècnica del tractament està en estudi actualment.

*Mètodes d'acció indirecta.* — Molt temps abans de la identificació anatomopatològica de la susdita hipertròfia de la pròstata, ja s'havien posat en pràctica aquests mètodes. Albarran i Motz proposaren la castració, fonamentant-se en les relacions existents entre el desenvolupament testicular i el de les glàndules genitals accessòries. A la nostra terra existeix un treball sobre aquestes qüestions de Serrallach i Parés.

Es ben sabut que els castrats criptorquídics amb testes atrofiats so-

len tenir una pròstata petita. D'aqueixa dada fisiològica en tragueren Albarran i Motz la idea d'obtenir la regressió de la pròstata hipertrofiada per mitjà de la castració. Però ells deien que per tal d'aconseguir aqueix resultat, la castració havia d'ésser d'ambdós òrgans i el màxim resultat demostratiu s'aconseguia en els animals joves.

Hom pot comprendre que tal mutilació és impracticable com a sistema.

Pensant que la independització dels dos òrgans podria satisfer el desideratium fisioterapèutic, es proposà la secció dels deferents, però no es coneixia prou bé llavors la fisiologia endocrina testicular (encara que Brown Sequard l'havia albirada) i el mètode no obtingué resultats, per manca de fonament. Tinguem en compte que les nostres coneixences sobre la fisiopatologia de la hipertròfia prostàtica en la seva més ampla expressió són encara molt imprecises, i resten molts punts a aclarir.

La distinció de les dues activitats fisiològiques testiculars amb secreció interna i externa o espermatogènica (Ancel i Bouin) i els estudis de Languesse sobre l'alternància funcional d'ambdues secrecions, que aqueix autor féu referint-se al pàncreas, conduïren Steinach a practicar la lligada del conducte deferent, que ell practicava amb dos objectes: el de l'augment de la secreció interna i per conseqüència un estímul hormonal de rejuveniment i el deturament de l'augment o hipertròfia senil de la pròstata. Tots saben quant es va hiperbolitzar sobre aquesta qüestió.

Però els coneixements que es van adquirint referents a endocrinologia han posat en evidència la seva complexitat i demostrat que la pròstata no està solament sota la influència testicular i que en el seu desenvolupament la pre-hipofisi juga un paper preponderant i el testicle no sembla ésser més que un intermediari.

Però aquest assumpte de la lligada deferencial ha restat desplaçat, encara que a Alemanya algú el practiqui; des d'un cert temps ençà Steinach ha proposat, i molts, seguint una influència com la de les modes, han tornat a exagerar-lo, la lligada inter-epidídim-testicular, obtenint, segons els entusiastes, bons resultats. L'explicació dels seus efectes no és ben clara i solament s'han donat hipòtesis, però cal dir que des del nostre punt de vista de clínics que tractem de resoldre el problema de l'adenoma prostàtic i les seves conseqüències fisiopatològiques, el que ens interessa no és precisament, en aqueix moment, el desenvolupament de la glàndula prostàtica ni la seva evolució en el curs de la vida, sinó la producció d'una neoplàsia, les condicions patològiques de la qual resten encara en el misteri, i és per això que pot afirmar-se que els mètodes indirectes de què fem esment no es fonamenten sobre un basament fisio-patològic ben assentat.

*Radioteràpia i curieteràpia.* — Tots recordem que fa deu o dotze anys va presentar-se una flamarada radioteràpica contra la hipertròfia prostàtica, que durant un cert període de temps va embolcallar prostàtics i uròlegs, fins al punt que semblava que mai més no hauríem de badar bufetes i obrir perinés, perquè els clients ens exigien la nova terapèutica i no acceptaven la intervenció: els uns als altres, els irradiats i els encara no tractats, es trametien les bondats del nou mètode. Els uròlegs adqui-

rien instal·lacions i aprenien la tècnica per seguir el corrent i incorporar el nou mètode al seu arsenal terapèutic.

Podríem repetir el que l'any 1927 escrivíem a la «Revista Mèdica» de la nostra ciutat, perquè l'opinió que llavors vàrem exposar, després de quatre anys d'experiència contrària al tractament com a mètode gairebé sistemàtic i inofensiu, no ha fet més que refermar-se amb l'experiència dels altres i en milers de malalts tractats per tothom.

Reconeixem la nostra incompetència en el referent a coneixements radioteràpics i no podem discutir res que tingui relació amb dosis, durada de tractament, filtracions, camps d'irradiació, etc., però posats en el nostre propi terreny, direm que la influència radioteràpica observada desapaixonadament, s'ha vist favorable en els símptomes funcionals del principi, o sigui la *polaquiúria* i la *disúria*; en moltes de les observacions publicades és el fet que més sufragis obté pels autors. Cal dir que en una gran quantitat d'ecases, els malalts han estat sotmesos a sondatges i lavatges i ja hem dit al principi que en aquestes condicions és difícil assegurar quin mitjà ha produït el millorament.

En canvi es pot donar com a èxit indiscutible del tractament la desaparició de l'*hematúria*. Sol cedir ràpidament, àdhuc en casos que han resistit altres mitjans.

Nosaltres hem estat admirats d'aquest fet i podem assenyalar casos de tipus hemorràgic, tractats un d'ells l'any 26, que han seguit sense cap més hematúria i suportant prou bé els símptomes funcionals, sobretot la *polaquiúria*. Tots els autors estan d'acord en aquest respecte. Quant a la *retenció*, l'*aguda* pot desaparèixer com a tal, d'igual manera que amb els altres mitjans, i la crònica pot semblar que millora momentàniament, però en la majoria dels malalts torna a les mateixes xifres de retenció o més grans que abans, seguint l'evolució del prostatisme.

— Té contraindicacions la radioteràpia?

La grossa contraindicació del mètode és la infecció prostàtica i vesical; en els infectats les reaccions són violentes i els resultats nuls o perillosos. No se sotmetrà mai cap infectat als raigs X sense haver-lo tractat abans curosament.

Diuen els autors que els lòbuls mitjans molt hipertrofiats no han d'ésser tributaris d'aquest tractament, perquè el fracàs és gairebé constant. Igualment les edats molt avançades i l'estat deficient són contraindicació. Les possibilitats de cancerització han estat assenyalades i nosaltres mateixos n'hem observat i publicat.

En resum: pot emprar-se la radioteràpia en la hipertrofia incipient, en les formes sense residu, o molt escàs, perquè l'acció favorable sobre els fenòmens congestius sembla fixada (Fey i Dossot). Els esmentats autors afegeixen «que el benefici no serà durable, però el malalt durant un cert temps es trobarà millorat». Ja hem dit que en les formes amb hemorràgia és un tractament dels més eficaços (per tractar el símptoma s'entén).

La radioteràpia, doncs, no pot considerar-se més que com una terapèutica accessòria, més palliativa que curativa, a la qual es recorrerà no

més en el cas que els procediments de més eficàcia estiguin contraindicats o a petició expressa del malalt.

El *ràdium* ha estat assajat en el tractament de la hipertròfia prostàtica, encara que el seu ús ha estat molt escàs.

Delger i Kogan (en el servei de Marion) l'han emprat i els casos que publiquen no són encoratjadors. Martin-Laval refereix un cas de fístula uretro-rectal consecutiva al tractament. Burnam i Neil en 29 casos, parlen de 17 en els quals tinguern bons resultats.

El *mesothorium* ha estat emprat per Hutter en aplicació intrauretral i l'autor diu que amb bons resultats.

El nombre d'observacions és molt restringit i no permet formar un criteri. Els uròlegs no s'han decantat en el sentit de la seva utilització i els que ho han fet, l'han deixat de banda.

*Resecció endoscòpica.* — De tots els mètodes no operatoris aquest és el que està en el primer pla d'eficàcia i que en els darrers temps ha fet grans progressos, fins a voler ésser considerat per alguns uròlegs com a possible desplaçador de la prostatectomia.

Com indica el seu nom, consisteix el mètode en la destrucció amb instruments endoscòpics de les parts del contorn del coll vesical que es consideren obstacles més directes a l'evacuació o al bon funcionament de la bufeta.

Les dues vies seguides són: la transvesical i l'endouretral o via habitual de l'uretrocistoscòpia.

*Via transvesical.* — Per aquesta via es destrueix un fragment de neoplàsia, bé sigui amb ampla obertura vesical o, el que és més freqüent, per mitjà del cistoscop introduït per un meat hipogàstric (cistostomia).

Fuller, l'any 1892, fou el primer a practicar-lo per mitjà d'una pinça tallant destinada a seccionar les barres escleroses a través d'una incisió suprapubiana.

Avui dia solament els corrents d'altra freqüència són emprats (coagulació, fulguració, bisturí) i per ells el mètode ha fet el progrés assolit.

Han publicat observacions Legueu, Dor, Heitz-Boyer, Chetwon Williams i Serrallach en el nostre país.

Nosaltres tenim un cas evident de lòbul mig molt petit causant de retenció incompleta i disúria, destruït per aquesta via i per coagulació, amb resultat excellent. No puc fer història del cas per la brevetat, però l'evidència del resultat és indiscutible.

*Via endouretral.* — Ja hem definit en què consisteix.

L'any 1815, Guthrie, cirurgià militar anglès, durant la batalla de Waterloo va emprar el procediment per tal d'obrir pas a l'orina a través de la pròstata hipertrofiada (cita de Kirwin).

Mercier, Civiale, Bottini, Freudenberg, inventaren instruments per tallar per aquesta via «la barra prostàtica», els primers amb fulles tallants, el darrer amb galvano-cauteri, però la manera cega com ho empraven ho va fer abandonar, perquè la mortalitat era forta i els resultats menys que mitjans.



L'adveniment de l'era endoscòpica i les seves aplicacions, ultra les purament exploratòries, a l'operatòria, ha fet possible la represa del procediment.

La tècnica òptica ha permès grans perfeccions en la *uretroscòpia*, de tal manera, que hom es pot fer perfecte càrrec de les lesions del coll i de la uretra posterior i actuar en l'indret on es desitja *amb seguretat*. A aquesta base de possibilitats, s'hi afegeix la introducció en Urologia dels corrents d'alta freqüència feta per Beer.

Bugbel i Stevens, l'any 1913, les empraren per a tractar la hipertròfia prostàtica, al mateix temps que Luys, que des de fa més de vint anys practica el foratge prostàtic a França, sense que ningú no li fes cas al seu país i als que s'inspiren en l'escola francesa, fins que els americans el seguiren, el perfeccionaren i dreçaren estadístiques de molts centenars de tractats.

Però el primer a practicar un procediment endoscòpic va ésser Young, 1909, el qual va donar la idea a tots, per perfeccionar-ho emprant l'alta freqüència («punch-operation»).

Els tres procediments de resecció endouretral són, en realitat, els següents:

Primer: La punch operation, de Young.

Segon: El foratge, de Luys.

Tercer La *resecció* de l'adenoma pels corrents d'ones entretingudes conegudes per histurí elèctric, emprat per primera vegada per Stern i Collings.

Tots els procediments són bons, encara que el més perfecte i el que tendeix més a generalitzar-se és el darrerament anomenat, sobretot amb la gran seguretat que dóna la utilització de l'òptica uretroscòpica «forobliqua» de Mc. Carthy, de la qual l'autor n'està orgullós, segons ens deia ell mateix a Londres.

Però cal no considerar el mètode d'una senzillesa tan gran que a la primera vegada que l'empreu ja puguem considerar-nos en possessió d'ell.

La seva correcta utilització, el maneig dels aparells un xic complicats, exigeix un bon aprenentatge i és per això que les primeres sèries de malalts tractats per tots, no donen tan bons percentatges de resultats satisfactoris.

Sapiguem el que nosaltres desitgem obtenir per la resecció endouretral.

Quan hom practica una uretroscòpia (amb el Mc. Carthy) en una hipertròfia prostàtica, la regió del coll i la porció supramontanal es veuen deformades.

Ja no és, en el coll, la mitja lluna clàssica que marca el seu contorn i el separa amb límits més o menys definits de la cavitat vesical ni és la faceta prostàtica amb els seus plecs radiats el que es presenta a la vista. El que veiem és una sèrie de prominències arrodonides que aixequen la mucosa i trenquen la línia regular de la regió.

A la banda posterior del coll aquest forma una prominència ben marcada que separa l'uretra posterior del trigon. Aquesta prominència pot pendre la forma de barra travessada: és el que s'anomena «barra pros-

tàtica» o bé, accentuant-se, es fa més prominent i convexa i constitueix el lòbul mig. Si l'adenoma és petit, la convexitat és poc marcada i es continua insensiblement amb la concavitat del contorn lateral del coll; si és gros el tumor, la convexitat s'accentua, els límits de cada costat són una línia molt obliqua cap a sota i enfora, que marca una canal profunda amb els lòbuls laterals.

Els lòbuls laterals poden presentar-se sense gran deformació i si la presenten per l'adenoma, fan una eminència convexa cap al centre i s'ajunten per dalt en forma d'ogiva o de A. Aquesta deformació pot ésser unilateral.

Les deformacions uretrals són sempre, com hem dit, supramontamentals, perquè sempre els adenomes ho són (concepte anatómic, aquest de gran importància) i les masses tumorals fan sempre prominència evident a l'uretoscòp dintre de la llum uretral i deixen una canal més o menys ampla en la cara posterior de la uretra.

— Quan practiquem una resecció uretral, ¿què hem de fer en relació amb el que acabem de descriure?

No podrem fàcilment, ni hem de fer-la, una resecció a manera d'una prostatectomia endoscòpica, car a més d'ésser exposada a serioses complicacions, fóra innecessària.

Des del temps de Guthrie, podríem dir, tothom està d'acord que és a la vora posterior del coll on cal fer les seccions o les reseccions.

Luys anomena aquesta regió la «clau de volta» de la retenció, siguin els que siguin els obstacles existents (barra, lòbul mitjà, comissura interlobular, etc.) i les retencions són en relació amb la forma de l'obstacle. Els lòbuls laterals són, segons l'opinió de Luys, els que menys en produeixen.

El veritablement essencial en la resecció és que el trigon i la paret posterior de la uretra supramontantal estiguin en el mateix pla, la qual cosa vol dir que s'han de suprimir els obstacles que s'interposin.

Els lòbuls laterals són menys interessants, i si es fa llur resecció, ha d'ésser superficial, perquè si són molt grossos no està indicada la resecció perquè els resultats seran poc brillants o nuls. Té molta importància la profunditat de la resecció, que solament el domini de la tècnica permet fer al punt just: *resecció escassa, probable fracàs; massa profunda, és perillosa*, diuen Fey i Dossot.

— Com obra la resecció? — El mecanisme de la retenció en els prostatics no és encara del tot conegut, Legueu i Dossot atribueixen la causa de la retenció a un trastorn dinàmic de l'esfínter llis que ells anomenen *disectasia* del coll vesical, i encara que en els grossos obstacles hi ha d'haver *influència mecànica*, pels petits no es pot invocar exclusivament aquella raó. De la qual cosa es dedueix que, per a obtenir un resultat durable amb la resecció, cal seccionar l'esfínter cervical i és per això que la resecció posterior és útil, perquè és en aquesta regió on millor es pot aconseguir la dita secció completa. Encara que un xic hipotètic, és ben versemblable perquè els fets ho demostren.

Els *resultats immediats* de la resecció són bons perquè en una gran part de casos tractats suprimeixen completament la retenció, no solament

en les formes incipients i susceptibles de millorament espontani, sinó en les formes greus en les quals la prostatectomia era la sola cosa a fer.

*Resultats llunyans.* — La destrucció parcial de l'adenoma és incapaç de deturar la seva evolució. Tots sabem que en la mateixa prostatectomia si un petit adenoma o un fragment d'ell deixa d'enuclear-se, la recidiva de la retenció pot aparèixer, i la resecció no és més que una prostatectomia parcial. De totes maneres, de tot el publicat fins ara, i és molt, sembla deduir-se'n que :

De vegades hi ha recidives, encara que en general no afecten a la part ressecada sinó a les altres porcions d'adenoma, el creixement de les quals no s'ha interromput. De totes maneres, aquestes recidives no semblen ésser ni molt ràpides, ni excessivament freqüents (cal comptar l'edat dels malalts que no deixa temps perquè aquells es manifestin).

Després de diversos anys semblen mantenir-se els resultats, fins a deu anys en alguns malalts de Caulk.

De totes maneres aquestes conclusions són provisionals. Recordem la història de l'operació de Bottini i la seva variant de Freudenberg : tots els resultats semblaven brillants i els malalts orinaven, però els desastres es multiplicaven i el descrèdit caigué damunt seu.

Per no allargar aquesta comunicació i per no ésser el nostre objecte sinó una exposició de doctrina, no ens entretenim en detalls de procediment, de tècnica i accidents i complicacions postoperatòries de la resecció, entre les quals l'hemorràgia i la infecció tenen tan gran importància que arriben a assolir tanta o més gravetat que en la prostatectomia.