

HIPERTROFIA PROSTATEI

STUDIU CLINIC ȘI STATISTIC PE 230 DE CAZURI
OPERATE ÎN CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ,
PRIN PROCEDEUL FULLER FREYER (1919—1933)



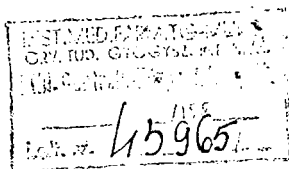
TEZĂ

PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE,
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 Iunie 1933

DE

ALEXANDRU CRĂCIUN

FOST EXTERN AL CLINICILOR
EXTERN AL POLICLINICEI C. F. R.



23 MAY 2005

CLUJ

TIPOGRAFIA NAȚIONALĂ S. A., STR. REGINA MARIA 36

1933

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. Gh. Martinescu

Profesorii :

Clinica stomatologică (agr.)	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Istoria Medicinii (agr.)	" "	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	" "	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Botez A. M.</i>
Istologia și embriologia umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" "	<i>Gane T.</i>
Clinica ginecologică și obstetricala	" "	<i>Grigoriu C.</i>
Semiologie medicală	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală }	" "	<i>Iacobovici I.</i>
Medicină operatoare }	" "	
Medicina legală (supl.)	" "	<i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia	" "	<i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	" "	<i>Michail D.</i>
Clinică neurologică	" "	<i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială	" "	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Negru D.</i>
Farmacia clinică și galenică	" "	<i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Papilian V.</i>
Fiziologia umană (supl.)	" "	<i>Popovici Gh.</i>
Clinica oto-rino-laringologica	" "	<i>Predescu-Rion I.</i>
Balneologie (agr.)	" "	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermatic-venerica	" "	<i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică	" "	<i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	" "	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Urechea C.</i>
Anatomia patologică	" "	<i>Vasilii T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE :

Președinte : D-l Prof. Dr. I. Iacobovici

Membri : { " " " *I. Hațieganu*
" " " *T. Vasiliu*
" " " *V. Papilian*
" " " *E. Țeposu*

Supleant : D-l Prof. agregat Dr. Al. Pop

Părinților și fraților mei
în semn de dragoste și recunoștință



*Marelui întemeietor al școlii de chirurgie din Cluj,
D-lui Profesor Dr. Iacobovici I.
Înaltă stimă și admirație*

*D-lui Profesor Dr. Teșosu E.,
iubire și devotament*



*Onor. Juriu de promoție,
omagi și recunoștință*

Prefață.

Câte emoții nu încearcă tânărul absolvent de facultate, când se vede în fața implacabilei datorii de-a redacta prima sa lucrare menită să vadă lumina tiparului. Personal mărturisesc, că dela început mi-am dat seama de răspunderea ce mi-am luat-o, când m'am angajat să tratez un subiect așa de vast de patologie urinară, cum este hipertrofia prostatei și să studiez un material bogat de peste 200 bolnavi. Iar astăzi când trebuie să prezint rezultatul străduințelor mele, eu sunt primul nemulțumit de cecace am putut face. Lucrarea cuprinde un rezumat fidel al subiectului, complectat cu o serie de date culese din studiul celor 230 cazuri. Singurul capitol expus mai în detaliu, este tratamentul, unde am căutat să spun tot ce se face în clinica chirurgicală. Numărul de 230, reprezintă totalul bolnavilor operați în clinica chirurgicală, pentru hipertrofie de prostată, începând cu anul 1919 până în 15 Martie 1933.

În primul rând mulțumesc dlui prof. Dr. Iacobovici I., pentru că mi-a incredințat această leză și pentru deosebita cinste ce mi-a făcut-o primind s'o prezideze.

Dlui prof. Dr. Teposu, inițiatorului meu în știința urologiei, îi aduc cele mai neprecupețite mulțumiri, pentru toate instrucțiunile date la alcătuirea acestei teze și pentru amabilitatea cu care m'a primit întotdeauna.

Dlui prof. Dr. Hațieganu I. îi promit că-i voi rămânea întotdeauna recunoscător, pentru bunăvoința și atitudinea părintească ce mi-a arătat-o atunci când i-am solicitat sfatul.

Îmi fac o plăcută datorie mulțumind dlui prof. Dr. T. Vasiliu, pentru cunoștințele câștigate sub conducerea d-sale, ca extern la Policlinica C. F. R.

Dlui Dr. E. Munteanu, presedinte de tribunal, Cluj, îi aduc cele mai vii mulțumiri pentru tot sprijinul dat în cursul onilor de studiu.

Prietenului din copilărie, Dr. E. Nicoară, avocat Cluj, îi mulțumesc pentru concursul și sfaturile date cu diferite ocazii.

Dlui doc. Dr. Daniello îi mulțumesc pentru cunoștințele câștigate dela d-sa și pentru bunăvoința arătată.

Dlui Dr. Koleszár L., care m'a primit și tratat în servi-

ciul d-sale, îi aduc cu această ocazie cele mai sincere mulțumiri.

Dlui asistent Danicico I. îi promit că nu voi uita nici odată, timpul petrecut alături în serviciul de urologe.

Dlui asistent Moga I. îi mulțumesc pentru sfaturile date.

Incheind bilanțul amintirilor din viața de extern îmi aduc cu drag aminte de toți d-nii asistenți ai Clinicilor prin cari am trecut.

Consătenilor mei: Arion S. și Muntean V. le mulțumesc pentru sprijinul dat și-i asigur de recunoștința mea.

Colegilor Stanca T., Pop A., Osvath și Cătănicu le voi păstra o trainică prietenie.

Și acum ca să satisfac unei obișnuințe, voi spune câteva cuvinte și despre autorul acestor rânduri. Fac parte din marea falangă a desrădăcinașilor, pe cari epoca de după războiu i-a aruncat cu atâta prisosință în vârtejul societății de azi. Tânăr și avântat am conceput viața ca o muncă continuă. Pe lângă studiu mi-a plăcut să activez în diferite societăți studențești, deja din primul an. În ultimii ani de studii am visat o desăvârșită pregătire medicală, vis ce s'a prăbușit, parte în fața vastelor tratate, parte din cauza suferințelor fizice, cărora le-am căzut pradă în ultimul an de facultate. Am suferit și am muncit în același timp. Mulți m'au considerat neurastenic, iar cei cari mă înțelegeau mi-au dat concursul. Am continuat să sufăr luni și ani de-arândul, din cauza inconștienței medicale dusă la paroxism, a unor pseudo-specialiști, cărora le-am trâmbițat inzadar în fața timpanului lor imberb, un diagnostic ce nu voiau să mi-l recunoască. Obosit și dizolat, fără speranțe, îmi fac și această datorie de-a prezenta o teză care să-mi servească ca mijloc de promovare și să-mi dea dreptul la o viață de liniște și repaos.

Nu pot să am alte aspirații. Repaos!... cuvânt aducător de înțărare și odihnă, dar pronunțat cu ocazia unei promoții, sună așa de trist, înspăimântător de trist, ca și-o almosferă de cavou.

Cluj, la 23/VI 1933.

I. Istoric.

Istoria hipertrofiei de prostată se împarte în patru perioade.

Prima perioadă datează dela *Hippocrate* și ține până în secolul al XVII-lea. În diferitele descrieri rămase din acest răstimp, se vorbește despre retenții de urină, foarte vag explicate. Astfel medicii arabi vorbesc despre excrescențe exuberante, iar doi autori italieni *Lacuna* și *Ferri* (sec. al XVI-lea), descriu niște carunculi ce se nasc la nivelul colului vezical.

Perioada doua începe cu anul 1628, când anatomistul francez *Riolan*, stabilește sediul tumorii la nivelul prostatei. *Morgani* precizează și mai mult sediul deasupra lui *veru montanum*. Alți autori aduc noi date asupra formei, mărimii și localizării tumorii.

Acestei perioade anatomice îi urmează, deodată cu începutul secolului al XIX-lea, a treia perioadă clinică, în care simptomatologia hipertrofiei de prostată este pe larg descrisă de către *Hunter*, *I. L. Petit*, *Mercier*, *Civiale*, *Thompson* și în fine *Guyon*, care ne-a lăsat o descriere magistrală a boalei. Natura adenomatoasă a tumorii a fost stabilită de *Mercier*. În această perioadă tratamentul hipertrofiei de prostată este paliativ și toți autorii se căsnesc să inventeze cele mai eficace metode pentru a asigura evacuarea urinei.

Perioada patra a intervențiilor radicale, începe la sfârșitul secolului al XIX-lea. Istoricul acestei perioade se confundă cu acela al prostatectomiei și va fi studiat la capitolul tratamentului.

II. Embriologia, anatomia, histologia și fiziologia prostatei.

Embriologia. Prostata derivă din extremitatea inferioară a canalului lui *Müller*, care în rest la bărbat se atrofiază. La embrionul de trei luni se poate vedea începutul glandelor prostatice sub formă de muguri. Din punct de vedere embriologic glandele prostatice au o origină dublă; ectodermică, cele așezate de-o parte și de alta a coliculului seminal și în segmentul uretrei de sub orificiile canalelor ejaculatoare; și me-

zodermică, cele de-asupra orificiilor susamintite și cele retro-cervicale.

Anatomia. Prostata este situată în bazin, sub vezica urinară și deasupra aponevrozei perineale mijlocii, într'o loje fibroasă numită loja prostatică. Ea este străbătută de uretra prostatică.

Forma prostatei se aseamănă cu un con cu baza în sus. Are doi lobi laterali și unul median în partea superioară.

La tușeul rectal, normal are mărimea unei castane. La adult are o lungime de 30 mm., lățimea 40 mm. și 25 mm. grosime. Greutatea este de 20—25 gr.

Raporturi. După forma de con a organului i se descrie: o bază, un vârf și patru fețe.

Fața posterioară prezintă șanțul interlobar și vine în raport cu peretele anterior al rectului, prin intermediul aponevrozei prostatico-peritoneale.

Fața anterioară vine în raport cu simfiza pubiană, de care este separată prin ligamentele pubo-vezicale și plexul venos alui *Santorini*. Fețele laterale vin în raport cu mușchii ridicători anali și aponevroza pubo-rectală. Pe aceste fețe se găsesc pachetele vasculare ale glandei. Baza privește în sus și este împărțită în trei zone: o zonă anterioară ce corespunde colului vezicii, o zonă mijlocie care constituie lobul median al glandei și o zonă posterioară sub formă de fosetă, unde se găsesc situate veziculele seminale și canalele ejaculatoare.

Alături de aceste raporturi externe sunt de considerat și raporturile interioare ale glandei cu uretra prostatică și canalele ejaculatoare. Pe peretele posterior al uretrei se găsesc veru montanum sau coliculul seminal, sub forma unei proeminențe alungită. Coliculul prezintă trei orificii, dintre cari unul median corespunzător utriculei prostatice și două laterale, orificiile de deschidere ale canalelor ejaculatoare.

Vascularizația. Arterele prostatei sunt ramificațiuni ale arterelor vezicale inferioare și ale arterelor hemoroidale mijlocii.

Vinele formează o rețea abundentă la suprafața prostatei, unde putem distinge: două plexuri laterale ce se anastomozează cu vinele hemoroidale mijlocii, vezicala inferioară și veziculo-deferențială; un plex anterior vezico-prostatic, ce se anastomozează cu plexul lui Santorini; o rețea venoasă posterioară, ce comunică cu plexurile seminale și hemoroidale.

Vasele limfalice nasc din plexurile peri-acinoase și se îndreaptă spre suprafața organului, unde formează o rețea limfatică periprostatică, din care pleacă vasele colectoare dispuse sub trei grupuri. Un grup ascendent ce se îndreaptă spre fața posterioară a vezicii și se termină în ganglionii iliaci externi, grupurile laterale se varsă în ganglionii vezicali laterali și în ganglionii hipogastrici mijlocii și grupul posterior, mult mai redus ca număr, este tributar ganglionilor sacrați laterali și grupului ganglionar situat la nivelul promontoriului.

Nervii. Înervația prostatei ține de plexul hipogastric și se compune din: nervi motori pentru fibrele musculare, nervi senzitiv și nervi secretori pentru celulele glandulare.

Structura histologică. Elementele constitutive ale prostatei sunt: stroma și țesutul glandelor. Stroma formează o capsulă externă cu o serie de prelungiri radiare spre interior, unde se găsește un nucleu central situat sub canalul uretrei. În acest nucleu fibros este situată utricula prostatică și canalele ejaculatoare. Prolungirile radiare ale stromei împart prostata într'o serie de loji, în cari se găsesc situate glandele. Fiecare loje are valoarea unui lob. Glandele prostatei sunt glande tubulo-acinoase și se deschid în număr mare pe peretele posterior al uretrei, de-o parte și de alta a colicului seminal, și în număr mult mai redus pe peretele anterior și lateral.

Alături de aceste glande, ce fac parte integrantă din structura prostatei, o importanță deosebită prezintă glandele uretrale sau periuretrale. Pe o secțiune în uretra prostatică putem vedea: a) stratul mucos în care se găsesc glandele uretrale suamintite, b) stratul sub-mucos și c) stratul musculos, format în porțiunea superioară din sfincterul intern sau neted dublat de o serie de fibre longitudinale în continuare cu musculatura vezicii, iar în porțiunea inferioară din sfincterul extern sau striat. Înafara stratului musculos se găsește țesutul propriu zis al prostatei.

Azi este stabilit că hiperplazia glandelor peri-uretrale dă naștere adenomului, care deci este situat înăuntru sfincterului intern. Glandele peri-uretrale sunt împărțite în două grupuri, unul anterior mai puțin important și unul posterior de-o importanță capitală în patogenia hipertrofiei de prostată. Glandele acestui grup sunt situate pe peretele posterior al uretrei, începând cu colicului seminal și continuându-se spre vezică.

Pentru înțelegerea celor ce urmează, mă simt obligat a da câteva noțiuni sumare despre ceea ce se numește colul vezical. Colul vezical nu este o entitate anatomică bine definită, ci mai mult o entitate clinică. Cred că este bine să se înțeleagă sub această numire, porțiunea din vezică care precede orificiul intern al uretrei plus porțiunea supramontană a uretrei. La acest nivel se găsește sfincterul intern al uretrei și o serie de afecțiuni cari se dezvoltă aci, interesând funcțiunea acestui sfincter dau naștere la aceleași simptome. Din acest punct de vedere, hipertrofia prostatei face parte din marele capitol al patologiei colului vezical .

Fiziologia. În stare normală prostata nu intervine în mecanismul micțiunii. Mai importantă este funcțiunea colicului seminal, care în timpul ejaculațiunii printr'o congestie activă închide uretra în spre vezică, împedecând astfel amestecul spermei cu urina. O hipertrofie a colicului, la masturbanși, poate duce la o retenție acută de urină.

În funcțiunea genitală prostată îndeplinește un rol de sec-

reșiune externă și unul de secreșiune internă. Secreșiunea externă este reprezentată prin lichidul prostatic de aspect lătescent. Lichidul prostatic excretat cu ocazia ejaculașiunii are un triplu rol. Un rol de lubrefiere a uretrei și de diluare a spermei. Un rol excitant și nutritiv asupra spermatozoizilor; s'a dovedit experimental că spermatozoizii în contact cu lichidul prostatic sunt animași de mișcări vii și își păstrează mult timp vitalitatea. Un rol coagulant asupra spermei, după *Gley* s'ar petrece un fenomen diastazic între lichidul veziculelor seminale și cel prostatic. Datorită acestui proces se formează acel dop vaginal, cu importanță în fecundași și atât de caracteristic la rozătoare.

Secreșiunea internă a prostatei ar avea următoarele acșiuni: o acșiune excitantă asupra secreșiunii interne testiculare și asupra spermatogenezei, o acșiune evacuatoare a urinei prin punerea în contracșiune a musculaturei vezicale, o acșiune vasculară hipotensivă, o acșiune asupra echilibrului cerebral, o acșiune tonică asupra musculaturii și alte acșiuni mai puțin verosimile. Ținând cont de rolul endocrin al prostatei, s'a încercat și o opoterapie cu extract prostatic în cazuri de impotenși, neurastenie sexuală și pareză vezicală.

III. Etiologia.

Etiologia hipertrofiei de prostată constituie și azi un punct obscur în studiul acestei boli. Voiu aminti pe rând factorii etiologici mai importanși, dimpreună cu datele personale culese din studiul celor 230 de cazuri.

Rasa. Boala este mult mai rară la Negri și Mongoli decât la rasa albă.

Nașiionalitatea nu pare a avea vre-o importanși etiologică. După nașiionalitate cazurile s'au repartizat în felul următor: Români 170 (75%) Maghiari 37 (14%), Germani 11 (5%), Evrei 10 (4,7%), Italiani 1 (0,45%) și Țigani 1 (0,45%). Privind aceste date am putea face doar observașiunea, că procentul Țiganilor este slab reprezentat, ceea ce ar pleda pentru rolul etiologic al rasei.

Vârsta este desigur cel mai important factor etiologic, aparișiia boalei fiind strâns legată de vârstă. Repartișiia după vârstă a celor 230 de cazuri este următoarea: între 45—55 ani 11 cazuri, 4,7%; între 56—65 ani 132 cazuri; 58%; între 66—75 ani 79 cazuri, 34%; între 76—80 ani 7 cazuri, 3%. Din aceste date putem vedea, că boala este mai frecventă între 55—și 70 ani, iar din acest interval vârsta de 60—65 ani este cea mai băntuită (peste 30%). *Marion* spune, că după 60 de ani 50% a indivizilor au prostata mărită, iar dintre acești 25% au și turburări urinare manifeste.

Ocupașiia: Viași sedentară s'a spus, că favorizează dezvoltarea boalei la intelectuali. Deasemenea cei cari prin ocu-

pația lor sunt forțați mereu să șadă, cum sunt pantofarii, birjarii, șoferii etc., ar fi mai expuși, deși este foarte greu de probat acest lucru. În orice caz sedentarismul întreținând congestia locală poate fi socotit ca un factor favorizant. După ocupație în cazurile studiate am găsit: plugari 58%, intelectuali 20%, muncitori 12% și meseriași 10%. Drept concluzie am putea afirma, că procentul intelectualilor este destul de mare în raport cu celelalte profesii.

Factorul geografic: Se știe cât de mare este influența mediului asupra organismelor. În unele regiuni constituția specială a indivizilor, dată de condițiunile climaterice, ar predis-pune într'un grad mai mare la producerea adenomului prostatic. Astfel în Tirol cazurile sunt foarte frecvente, observațiune făcută de *Haberer*, până când în regiunile tropicale boala este aproape necunoscută. În ce privește cazurile observate am constatat acelaș lucru, pe care D-nii profesori *Dr. Iacobovici I.* și *Dr. Teșosu E.* l-au relevat deja din anul 1924, anume că majoritatea bolnavilor (68%) se repartizează pe 3 județe: Cluj, Someș și Năsăud. Aceste județe formează valea Someșului cu cei doi afluenți principali: Someșul Mare și Someșul Mic. Clima lor este în general mai rece decât în restul Ardealului și precipitațiunile atmosferice mai abundente. De remarcat sunt și județele: Turda cu 7%, Hunedoara cu 4% și Alba cu 2%.

Anotimpul: Am crezut interesant de studiat variațiunile lunare în ce privește numărul bolnavilor cari s'au prezentat în serviciul clinice. Din grafica stabilită am constatat un aflux de cazuri în lunile de toamnă până la sfârșitul lui Decembrie și un nou aflux în lunile de primăvară. În Ianuarie și Februarie precum și în Iunie, Iulie și prima jumătate a lunii August s'au prezentat relativ puține cazuri. Probabil variațiunile de temperatură aduc cu sine modificări locale agravând mersul boalei.

Viața sexuală: Mulți autori atribue un rol deosebit abstenenței și recomandă o viață sexuală cât mai îndelungată. Celibatarii, cum sunt preoții catolici, ar da o contribuție mai grea acestei boli. Este de sigur semnificativ faptul, că adenomul prostatic se dezvoltă deodată cu declinul sexualității. *Luy*s afirmă, că tumoara ia naștere la indivizii cari s'au resemnat prea din vreme la o viață de abstenență. Din contră sunt autori cari incrimină excesele sexuale.

Infecția blenoragică. În privința rolului ce-l joacă infecția blenoragică în etiologia hipertrofiei de prostată părerile autorilor sunt împărțite. Unii spun, că infecția cronică ar favoriza apariția tumorii. Alții susțin, că hipertrofia n'ar fi decât ultimul stadiu al unei prostatite cronice și în fine sunt autori cari neagă orice valoare etiologică blenoragiei. La 160 de bolnavi studiați din acest punct de vedere am găsit, că 27% au suferit de blenoragie.

Intoxicațiuni cronice. Deși autorii nu dau importanță

intoxicațiunilor cronice cum este alcoolismul și tabagismul, totuși am crezut, că nu este lipsit de interes să studiez cazurile și din acest punct de vedere, mai ales că rolul congestiv al alcoolului asupra organelor sexuale nu poate fi contestat. Din totalul bolnavilor 73% au fost alcoolici, 62% tabagici, 52% alcoolici și tabagici și numai 16% n'au uzat de aceste toxice.

Bolile diatezice, ca diabet, arterioscleroză, obezitate, artritism, herpetism etc. au fost deasemenea date drept cauze etiologice.

În sfârșit toate cauzele cari produc o *congestie pelviană* de lungă durată și repetată, după majoritatea autorilor favorizează apariția boalei. Între aceste cauze putem cita: sedentismul, excesele sexuale, masturbația, supraalimentația în deosebi excesul de băuturi alcoolice, constipația, stricturile uretrale, calculii vezicali, prostatitele cronice și spermaticocitele cronice etc.

IV. Patogenia.

Pentru explicarea patogeniei, hipertrofiei de prostată, ca și la toate procesele neoplazice, plutim în domeniul teoriei. Dintre nenumăratele teorii susținute de diferiți autori vom desprinde 4 ca fiind cele mai importante.

Prima teorie emisă de *Harrison*, susține o atonie primitivă a vezicii datorită bătrâneței și consecutiv o hiperplazie a elementului muscular, ce se reperculă și asupra prostatei. După *Harrison* în hipertrofia prostatei elementul muscular predomină, ceea ce ulterior s'a dovedit ca inexact.

Guyon și *Launois* cred, că alterațiunile de arterioscleroză duc la o înmulțire a țesutului interstițial în întreg aparatul uro-genital. Acestor alterațiuni s'ar datori și creșterea în volum a prostatei și toată gama turburărilor funcționale. Teoria a fost combătută de *Casper* și *Metz*, cari au dovedit, că nu totdeauna hipertrofia prostatei coincide cu leziuni de scleroză arterială și, că sunt cazuri de arterioscleroză avansată fără hipertrofie.

A treia teorie este cea inflamatorie susținută de *Chichanowsky* și *Rothschild*. După acești autori inflamațiunile cronice dela nivelul uretrei posterioare în deosebi blenoragia, determină o hiperplazie a țesutului interstițial periglandular și ca o consecință a procesului de scleroză este obstruarea glandelor, stagnarea secreției, dilatarea acinilor glandulari și creșterea în volum a organului. Teoria este destul de sugestivă dar nu toți bolnavii au suferit de blenoragie, aspectul anatomicopatologic este de proces hiperplastic și nu o simplă dilatare, iar în fine autori ca și *Casper*, *Thompson* etc. au dovedit că infecția blenoragică duce nu la hipertrofie, ci mai degrabă la atrofiere, printr'o degenerescență fibroasă.

Ultima teorie este cea neoplazică. Este cert că avem de-a face cu o formațiune adenomatoasă cu punctul de plecare dela glandele periuretrale. Cari sunt cauzele ce stau la originea acestei tumori? Pentru a răspunde o serie de teorii și-au făcut loc în studiul patogeniei hipertrofiei de prostată.

Unii susțin, că ar exista o strânsă corelație între testicol și prostată un fel de echilibru și, că acest echilibru se rupe la bătrânețe, ducând la atrofia testiculelor și hipertrofia prostatei.

Nemenow crede, că în urma dispariției țesutului spermatogenic din testicolul senil, se produce o hiperfuncțiune a celulelor lui *Leidig*, cari determină proliferarea glandelor accesorii ale prostatei. *Simmonds* vede un proces de compensație față de involuția senilă a prostatei, în sensul că glandele accesorii perinetrale devin sediul unei proliferațiuni vicariante.

Luyts susține, că în urma dispariției activității testiculare, lipsind ejaculațiunile normale, secreția prostatică nu se mai elimină ci stagnează în glande, această stagnare printr'o acțiune mecanică provoacă dilatarea și proliferarea fundurilor de sac glandulare.

Legeu incrimină tot atrofia senilă a testiculelor, cari ar acționa printr'un hormon specific. Alți autori dau o importanță deosebită predispoziției și vorbesc de diferite tipuri constituționale predispuse, cum ar fi tipul digestiv alui *Blatt* sau tipul limfatic descris de *Bartel*.

După cum vedem, până azi nu avem o teorie care să ne explice procesul intim al hipertrofiei de prostată. Tot ce se poate susține, este legătura strânsă ce există între apariția tumorii și regresivitatea organismului și putem spune dimpreună cu *Randall* că de-odată cu încărunțirea părului, cu scleroza arterială, și cu apariția arcului senil în jurul corneei, în acelaș timp prostata crește în volum.

V. Anatomia patologică.

După concepția actuală tumoara prostatică ia naștere din grupul posterior al glandelor peri-uretrale. Am văzut că acest grup se găsește situat deasupra verului montanum și înăuntrul sfincțerului neted. Hiperplazia benignă a acestor glande, dă naștere unui adenom, care prin volumul său destinde sfincțerul neted și împinge țesutul propriu zis al prostatei. Datorită acestei compresiuni excentrice, prostata suferă un proces de atrofie scleroasă. Intre formațiunea adenomatoasă și sfincțerul neted se găsește o zonă de clivaj, ce corespunde stratului submucos al uretrei. Din cele spuse ne putem ușor imagina localizarea tumorii și raporturile ei cu prostata. Fiind situată supra-montană, ea nu interesează canalele ejaculatorie și nici veru montanum. Prostata propriu zisă nu ia

parte la formarea tumoarei, ci mai degrabă suferă un proces de atrofie. Adenomul nou format este cuprins într-o lojă constituită din sfincterul neted și prostata atrofiată. Grație zonei de clivaj, adenomul se poate enuclea ușor pe cale transvezicală, fără să lezăm colicul seminal, canalele ejaculatoare și nici chiar sfincterul neted. În felul acesta se explică și faptul, că după operație funcțiunea genitală este păstrată. Numirea de hipertrofia prostatei este după cum vedem improprie și se păstrează numai grație obișnuinței.

Forma tumoarei poate fi sferică, priformă, sub formă de ciorchine, etc. În general este formată din mai mulți lobi foarte variați ca număr și mărime. Putem avea următoarele dispozițiuni: trei lobi dintre cari doi laterali și unul median, doi lobi laterali, un lob median și unul lateral și un singur lob median. În piesele cazurilor studiate am găsit trei lobi în 14% a cazurilor, doi lobi în 61%, un singur lob median în 11% și în 14% s'a extirpat tumoara în totalitate.

Mărimea poate fi cât o nucă, cât un ou sau cât un cap de făt, în cazuri excepționale. Deși nu există un raport între mărimea adenomului și gradul retenției urinare, se dă totuși următoarea clasificare: a) sub 25 gr. e o hipertrofie mică, b) între 25 și 80 gr. e mijlocie și peste 80 gr. e o hipertrofie mare. Se citează piese cari au cântărit 288 gr. 404 gr. și chiar 510 gr. După greutate piesele extirpate mi-au dat următoarele cifre: sub 25 gr. 18%, între 25 și 80 gr. 76% și peste 80 gr. 6%. Cea mai grea piesă a cântărit 152 gr.

Prin volumul său și prin obstacolul mecanic ce-l opune eliminării urinei, neoplazia aduce modificări importante ale aparatului urinar.

Uretra este alungită în porțiunea ei prostatică dela 3 cm. cât este normal, la 6 sau chiar 10 cm. Prin creșterea lobilor laterali uretra este turtită în sens transversal, iar diametrul antero-posterior crește până la 3 sau 8 cm. Dacă un lob lateral crește mai mult, atunci uretra este scoliozată. Când lobul median este hiperplaziat uretra este deviată înainte. Din cele spuse vedem că uretra este supusă la o serie de diformațiuni fără a fi stenozată.

Colul vezical este sediul celor mai bizare diformațiuni, foarte greu de descris. Dintre acestea mai importantă este ridicarea peretelui inferior al colului, prin care se formează un „bas fond” retro-trigonal, care nu se evacuează niciodată, fiind mai jos decât orificiul uretrei. Aci se găsește un reziduu permanent supus infecției și descompunerii amoniacale, condițiuni propice pentru formarea calculilor secundari. Iată de ce calculoza vezicală este o complicație frecventă a hipertrofiei de prostată.

Vezica. Modificările caracteristice privesc musculatura vezicală, care în urma eforturilor depuse pentru evacuarea urinei, se hipertrofiază. Hipertrofia stratului plexiform dă naștere la adevărate coloane ce proemină în interiorul vezi-

cei. Intre aceste coloane se formează așa numitele celule, cari pot lua aspectul unor diverticuli vezicali.

Experimental s'a constatat, că la începutul boalei presiunea manometrică intravezicală crește paralel cu hipertrofia musculaturii, pentru ca ulterior în faza de retenție și dilatație a vezicii, aceasta presiune să scadă foarte mult, în faport invers cu creșterea capacității vezicale.

Uretere și rinichi. Repercusiunea asupra acestor organe începe în faza de distensie a vezicii. În caz de retenție acută orificiile ureterale sunt comprimate prin distensia peretelui vezical și astfel se produce o retenție în uretere și bazinet. În acelaș timp ureterele devin foarte congestionate chiar echimotice, iar rinichii măriți de volum prezintă hemoragii interstițiale și intratubulare. Aceste leziuni explică hemoragiile grave ale întregului arbore urinar, în caz de evacuări prea rapide și complete (hemoragia ex. vacuo). În retențiile cronice, orificiile ureterale se dilată, ureterele sunt deasemenea dilatate și prezintă leziuni de periureterită. Rinichiul devine sediul leziunilor de scleroză, cari ne explică turburările grave ale funcțiunii renale.

Rectul este comprimat mai mult sau mai puțin, după mărimea adenomului, fapt ce explică constipația prostaticilor.

Adenomul poate coexista cu un veritabil abces prostatic. Unul din cazurile studiate a prezentat un astfel de abces, care s'a evacuat în urma tușeului rectal. Ulterior bolnavul a fost supus prostatectomiei.

Structura macroscopică a tumoarei este lobulară. Lobuli numiți și corpi sferoizi sunt de mărime și consistență variabilă și se pot detașa ușor unul de altul.

Structura histologică este destul de variată, totuși se poate spune că elementul glandular predomină. Alături de țesutul glandular mai găsim țesut fibros, țesut muscular, formațiuni chistice, și leziuni inflamatorii. Din imbinarea acestor țesuturi rezultă mai multe tipuri de tumori: adenome, fibro-adenome, fibro-miome, adeno-fibro-miome, adeno-chiste etc. Uneori adenomul poate degenera malign, dând un adeno-cancer sau chiar un epitelion tipic.

Examenul histo-patologic făcut în 136 de cazuri, ne-a dat următoarele rezultate:

1. adeno-fibrom	în 49 cazuri	---	---	36,7 %
2. adenom pur	" 3 "	"	---	24,75 %
3. adeno-chist	" 17 "	"	---	13 %
4. adeno-fibro-miom	" 9 "	"	---	6,8 %
5. adenom-cu prostatită	" 8 "	"	---	6 %
6. adeno-carcinom	" 4 "	"	---	3 %
7. fibro-miom	" 4 "	"	---	3 %
8. adenom mixt	" 2 "	"	---	1,5 %
9. epitelion	" 2 "	"	---	1,5 %
10. fibrom	" 1 caz	"	---	0,75 %
11. Chist-adeno-ficrom	" 1 "	"	---	0,75 %

12. Chist-adeno-miom	în 1 caz	---	---	0.75%
13. Adeno-papilom cu început de atipie	„ 1 „	---	---	0.75%
14. fibro-sarcom	„ 1 „	---	---	0.75%

Adenomul exercită și o acțiune toxică asupra organismului, eozinofilia pledează pentru aceasta. S'ar petrece ceva analog ca și în cazul bolilor parazitare. Experimental s'a dovedit, că extractul obținut din tumoară și injectat la animale, produce o scădere bruscă a tensiunii arteriale și chiar moartea. (*Legueu și Gaillardot*).

VI. Simptomatologia și formele clinice.

Tabloul clinic al hipertrofiei de prostată nu este ceva fix, ci variază foarte mult dela caz la caz. Ținând cont de multiplele forme anatomo-patologice, ce le îmbracă adenomul, ne dăm ușor seama, că nici simptomatologia nu poate fi pusă într'un cadru rigid. Totuși rare sunt afecțiunile cari să se preteze din acest punct de vedere, la o schemalizare mai perfectă, decât hipertrofia prostatei. Boala evoluează în trei perioade stabilite deja de Guyon.

a) Perioada de congestie debutează prin polakiuria nocturnă, care se însoțește destul de repede de dificultate la micțiune, bolnavul trebuie să depună eforturi pentru a putea urina. Mai târziu apare micțiunea tardivă, bolnavul așteaptă câteva momente până să poată urina. Concomitent forța jetului diminuează și raza de proiecțiune scade treptat până când urina cade vertical, stropind ghețele bolnavului. Se poate prezenta și micțiunea întreruptă. Mai rar se constată și o diminuare în volum a jetului. Aceste turburări micționale sunt cunoscute sub numele de disuria incipientă a prostaticilor și sunt mai accentuate noaptea, pentruca ziua să dispară sau să se atenueze foarte mult. Cauzele de congestie pelviană pot provoca apariția fenomenelor amintite. Uneori congestia locală se menține și în cursul zilei, dând o polakiurie diurnă. Dacă și vezica este congestionată, apar micțiunile imperioase și foarte dureroase. Durerile sunt așa de mari încât au fost comparate cu cele de facere, ele preced micțiunea, încetează deodată cu începutul ei și reapar la sfârșit pentru câteva momente. Din cauza congestiei nocturne a rinichilor în această fază se prezintă și o poliurie nocturnă. Constipația însoțește tabloul clinic la cei mai mulți bolnavi. Starea generală nu se alterează în cursul perioadei de congestie, care poate dura 2—3 sau chiar mai mulți ani.

b) Cu timpul hipertrofia pronunțată a adenomului și oboseala vezicii nu mai permit bolnavului să-și evacueze complet vezica mai ales dimineața. Frecvența micțiunilor crește și în timpul zilei, semn sigur că boala a intrat în faza a doua de retenție cronică incompletă. Rezidiul la început este de 20—30 gr., apoi crește treptat până la 200 gr., când bolnavul

se plânge de o senzație continuă de apăsare în hipogastru și perineu.

În această perioadă se instalează o poliurie permanentă atât nocturnă cât și diurnă. O congestie pelviană inoportună poate da o retenție acută de urină. Acum apar și simptomele generale ca slăbire, astenie, indigestie, paliditate, etc.

c) Ultima fază a boalei se caracterizează prin simptome locale și generale grave. Rezidiul devine tot mai mare și vezica destinsă formează un glob palpabil în hipogastru. Micțiunea este foarte frecventă tot la 5—10 minute, pentruca în curând bolnavul să devină incontinent. Vezica destinsă la maximum învinge rezistența sfincterelor și urina se prelinge în continuu, este ceea ce se numește urinare prin regurgitare. În urma unui fenomen de iritație renală și leziunilor de scleroză, în această fază se prezintă și o poliurie accentuată de 3—4 litrii urină la zi.

Alături de simptomele locale avem fenomene generale cari uneori predomină tabloul clinic. Turburările digestive sunt pe primul plan, formând așa numita „dispepsie urinară” caracterizată printr’o inapetență progresivă, desgust față de carne, grăsime și ulterior față de orice aliment tare, digestie dificilă, balonare din cauza fermentațiilor abundente și constipație sau diaree. Limba este uscată, saburală și senzația de sete crește în proporție cu scăderea apetitului. Bolnavii se plâng de dureri nevralgice, crampe, epistaxe, hematurii, etc. În sânge retenția azotată crește foarte mult, o stare de somnolență se prezintă și bolnavul se cașectizează, „Cașecsie urinară”.

Simptome obiective. Prin inspecție ne putem da seama de caracterele micțiunei, aspectul urinei și eventual observăm bombarea vezicii în hipogastru. Vezica destinsă o putem palpa și percuta.

La tușeul rectal găsim prostata mărită de volum, de consistență variabilă cu suprafața netedă și totdeauna net delimitată.

Prin sondaj apreciem calibrul și lungimea uretrei și evaluăm cantitatea rezidiului vezical. Cistoscopia ne dă date importante și în caz de hipertrofia lobului median constituie un mijloc sigur de diagnostic. În celelalte cazuri prin cistoscopie studiem forma tumorii, precizăm locul unei hematurii, originea unei piurii, examinăm leziunile vezicii, diagnosticăm prezența calculilor sau o tumoră vezicală etc.

Cistografia după introducerea de aer sau lichid opac, ne poate pune în evidență proeminența prostatei. Este în orice caz mai mult o explorațiune complimentară de o valoare diagnostică mai redusă și aproape neutilizată în clinică.

Examenul tabloului sangin, ne arată la prostatici o eozinofilie de 3—25%, ceea ce are o valoare considerabilă în diagnosticul diferențial cu cancerul prostatei, unde eozinofilia lipsește. După ablația adenomului eozinofilia dispăre.

Formele clinice. 1) Altădată se vorbea de prostatici fără prostată, la cari tabloul clinic era identic cu al prostaticilor veritabili fără ca la examenul obiectiv să se găsească o prostată mărită de volum. Azi se știe, că la acești bolnavi turburările urinare sunt date de mici adenome periuretrale ce nu se pot depista prin tușeul rectal.

2) Sunt forme latente, cari evoluează ani de zile fără nici un simptom, deși prostata este mare.

3) Alături deacestea, sunt forme unde prostata este ușor mărită și cu toate aceste bolnavul în curs de câteva luni sau maximum un an, ajunge în faza ultimă de retenție complectă. În aceste cazuri la intervenție se găsește totdeauna o rigiditate a colului vezical datorită unei degenerescențe scleroase.

4) În sfârșit voiu aminti, și așa numitul prostaticism vezical, contestat de majoritatea autorilor, când nu găsim nici o leziune la nivelul colului și cu toate acestea vezica este retenționistă. S'a spus, că avem de-aface cu o atonie idiopatică a vezicii. Un singur caz citat de Albarran ar putea fi încadrat în această categorie.

Clasificate după diagnosticul postoperator cele 230 de cazuri se repartizează în ordinea următoare: în 208 cazuri s'a diagnosticat hipertrofia prostatei, în 21 cazuri scleroza colului vezical și într'un caz hipertrofia congenitală a colului vezical.

VII. Complicațiuni.

O boală cauzată de-o formațiune tumorală, așezată la răspântia căilor genitale și urinare superioare, cu o evoluție îndelungată nu poate fi lipsită de complicațiuni și accidente, cari incontestabil sunt destul de numeroase la prostatici. În cele ce urmează voiu aminti în mod succint principiilele complicațiuni.

Retenția acută este un accident în cursul boalei și survine în urma unei congestii pelviene. În ce privește mecanismul ea se datorește tumefacției edematoase a adenomului, care sub influența retenției se agravează, formându-se un cerc vicios. Astfel ne explicăm de ce o retenție acută odată instalată nu cedează dela sine și bolnavul trebuie neapărat sondat. De multe ori boala poate debuta printr'o retenție acută. Procentul celor cari s'au prezentat în serviciu în retenție acută, față de totalul bolnavilor a fost de 14%.

Retenția cronică se stabilește fie în urma unei retenții acute care trece la cronicitate, fie treptat la cei cu retenție cronică incomplectă. Pentru explicarea mecanismului retenției cronice pe lângă elementul mecanic de obstrucție, astăzi dimpreună cu **Legueu** majoritatea autorilor dau o deosebită importanță inextensibilității colului vezical.

Incontinența fără distenție este o complicație rară datorită lipsei de adaptare dintre cei doi lobi, cari rămân dis-

tanțați, formând un șghiab permanent pentru scurgerea urinei.

Hematuria poate fi spontană în urma congestiei și provocată în urma cateterismului fie prin leziuni fie pur și simplu ex vacuo.

Uretrita este consecința cateterismelor repetate.

Prostatita recunoaște aceleași cauze și poate prezenta toate gradele dela o simplă prostatită catarală până la abcesul prostatei cu febră înaltă și alterarea profundă a stării generale.

Infecția propagându-se pe calea canalelor ejaculatoare poate da veziculite și orchi-epididimite.

Cistita este o complicație putem spune inevitabilă și foarte redutabilă pentru că necesită un tratament îndelungat. Uneori poate deveni foarte gravă când se însoțește de pericistită sau abcese ale vezicii.

Calculii vezicali, secundari retenției sunt destul de des întâlniți. În cazurile studiate am găsit calculi într'un procent de 8%.

Scleroza renală se traduce clinic prin sindromul azotemic și cardio-arterial sau printr'o stare de uremie.

Uretero-pielo-nefrita, fie pe cale ascendentă fie descendentă, este favorizată de starea de congestie a aparatului urinar superior și se traduce prin temperatură înaltă puls frecuent și o stare de adinamie asemănătoare cu cea tifică.

Leziunile uretrei în timpul cateterismelor, not favoriza invadarea organismului prin diferiți microbi, cu poarta de intrare la locul traumatizat, dând o infecție urinară gravă.

O complicație gravă este și transformarea malignă a adenomului.

În sfârșit tot ca o complicație pot fi considerate și căile false făcute cu ocazia sondajelor.

VIII. Diagnostic.

Diagnosticul hipertrofiei de prostată îl facem ținând cont de toate simptomele subiective și obiective amintite la capitoul simptomatologiei.

Diagnosticul diferențial se impune în primul rând cu afecțiunile prostatei, apoi cu unele afecțiuni ale uretrei, vezicii și sistemului nervos.

Prostatita catarală numită de **Albarran** și prostatită glandulară, se traduce prin polakiurie, durere la micțiune, senzație de greutate în perineu și tenesm. La tușeul rectal prostata este mărită, dură, puțin dureroasă și prin masaj exprimăm puroiu.

Prostatitele parenchimotoase se diferențiază ușor prin mersul lor acut cu alterațiunea stării generale, febră 39°, dureri la micțiune, dureri perineale iradiante etc. Deasemenea diagnosticul diferențial cu abcesul prostatei nu se discută.

Prostatitele cronice le deosebim prin faptul, că le găsim la tineri, în antecedente aflăm blenoragia, bolnavii se plâng de o serie de senzații fixe, au gutta militară și după masaj obținem secreție.

Tuberculoza prostatei se însoțește în mod constant de leziuni ale celorlalte organe genitale și nu dă retenției ca în hipertrofie, ci de regulă se prezintă polakiurie și hematurie. În secreția uretrală putem evidenția bacilul lui Koch, iar la tușeul rectal constatăm formațiuni nodulare separate prin zone moi de ramoliție.

Sifilisul prostatei este foarte greu de diferențiat, ne conducem după antecedente, reacția Wassermann și tratamentul de probă. Ca semn local caracteristic este dată hipertrofia parțială a prostatei și aderențele cu rectul.

Chistul hidatic al prostatei poate fi cauză de eroare mai ales la început, dar mai târziu prin dezvoltarea lui considerabilă nu prezintă dificultate de diagnostic.

Polipii uretrei prostatice îi diagnosticăm prin uretrocopie posterioară.

Cancerul prostatei ne oferă cel mai important diagnostic diferențial. La început este destul de greu să ne pronunțăm dacă avem de-a face cu un cancer sau cu un simplu adenom. Pentru cancer pledează vârsta sub 55 ani, evoluția rapidă, durerea spontană și hematuria spontană sau provocată. La tușeul rectal cancerul are o structură nodulară, de consistență, dură și tendință de-a invadea organele vecine. Astfel la tușeul rectal destul de precoce, putem găsi veziculele seminale destins (una sau ambele). Faptul se explică după Marion, care a descris acest semn, prin prinderea canalelor ejaculatoare în procesul neoplazic și consecutiv stagnarea secreției în veziculele seminale. Dacă introducem o sondă metalică în uretră, prin rect putem palpa sonda în caz de adenom, care nu prinde rafeul median al prostatei; dacă e cancer sonda nu se simte neoplasmul prinzând și porțiunea dintre cei doi lobi. (**Chevassu**). Totdeauna facem și examenul cistoscopic, prin care putem decela tendința invadată a neoplasmului. Un simptom de o valoare incontestabilă este și eozinofilia, care lipsește în cancer (**Legueu**). Într'un stadiu mai înaintat diagnosticul nu prezintă nici o dificultate; la tușeul rectal constatăm veziculele seminale invadate, vezica urinară este prinsă și ea, și bolnavul se cașectizează. Într'un stadiu și mai înaintat toate organele pelviene sunt prinse, formând un plastron dur numit de Guyon „carcinomatoză prostatopelviană“.

Stricturne uretrei le eliminăm prin explorarea uretrei și uretrocopie.

Calculoza vezicală poate să dea fenomene de disurie, dar la examenul bolnavului prostata nu este hipertrofiată și cistoscopia ne evidențiază calculi.

Tabesul. În fața unui bolnav cu turburări în micțiune trebuie să ne gândim totdeauna și la o afecțiune medulară de

natură sifilitică. La un tabetic nu vom găsi nici un simptom local care să ne explice retenția, dar examinat din punct de vedere neurologic vom găsi abolirea reflexelor osteo-tendinoase la membrele inferioare (rotulian și achilian), turburări de sensibilitate, turburări de coordonație cum este semnul lui Romberg, modificări ale reflexelor pupilare cu semnul lui Argyl-Robertson, eventual turburări de motilitate (ataxia tabetică) și o serie de semne viscerale cum sunt: insensibilitatea testicolelor (Pitres), a tendonului lui Achile (Abadie) etc. In cazurile dubioase puncția lombară este concludentă.

O afecțiune rară, care poate totuși să intre în discuție, este hipertrofia congenitală a colului vezical. Clinic poate să dea aceleași simptome ca și hipertrofia prostatei, dar anatomo-patologic se caracterizează printr'o hipertrofie a sfincterului neted identică cu hipertrofia pilorului. Afecțiunea se întâlnește la copii deși uneori poate să dea turburări mult mai tardive, cum a fost un caz operat în serviciul clinicei chirurgicale, care a început să sufere de-abia la vârsta de 30 ani.

În sfârșit să nu uităm, că o retenție acută instalată brusc, poate să ne inducă în eroare și să diagnosticăm o afecțiune acută cum ar fi apendicita, peritonita sau perforația intestinală; mai ales că bolnavul poate prezenta greață, vărsături, dureri pe întreg abdomenul, fenomene de ileus etc.

XI. Evoluție și prognostic.

Boala odată constituită evoluează progresiv, adenomul câștigă în volum și turburările urinare se agravează treptat. În general mersul este lent, după o perioadă de disurie de 2—3 ani sau mai mult, urmează perioada de retenție cronică incompletă cu o durată de ani de zile și de abia după 5—10 sau chiar mai mulți ani dela debut, bolnavul ajunge în retenție cronică completă.

Alături de această evoluție de lungă durată, sunt cazuri cari în cursul unui an parcurg toate etapele boalei. Altădată boala debutează brusc cu o retenție acută, care poate să revină sau să treacă într'o retenție cronică. În fine durata diferitelor perioade este mult influențată de o serie întreagă de complicațiuni, amintite la capitolul respectiv.

Antecedentele bolnavilor studiați, socotind dela apariția primelor simptome până la prezentarea în serviciu, au variat între limite foarte mari, dela câteva zile până la 12 ani. În primele 5 zile s'au prezentat 12 cazuri, 6% ; între 5 zile și 1 lună 15 cazuri, 7% ; dela 1 lună până la 6 luni 40 cazuri, 19% ; dela 6 luni până la 1 an 24 cazuri, 11% ; dela 1 an până la 2 ani 48 cazuri, 23% ; dela 2 ani până la 4 ani 40 cazuri, 19% ; după 4 ani 31 cazuri, 14%. Antecedentele cele mai lungi au fost de 12 ani într'un singur caz.

Prognosticul depinde de faza în care se găsește bolnavul,

bun în perioada de congestie, devine rezervat de-odată cu instalarea retenției cronice. Sondajul zilnic expune pe bolnav la pericolul permanent al infecției.

Într'un stadiu mai înaintat, leziunile renale, retențiile azotate și turburările digestive, aduc organismul într'o stare de instabilitate foarte puțin rezistent față de infecțiuni. La prostaticii vechi infecțiile intercurente constituiesc sabia lui Damocles, putându-le periclita vața în câteva zile. Pielonefritele ascendente deseori pot cauza sfârșitul acestor bolnavi.

Din aceste motive rari sunt bolnavii, cari după o evoluție de 10—15 ani, mor într'o stare de cașecisie urinară, în ultimul stadiu al insuficienței renale. Singurul tratament rational, după cum vom vedea, care poate să modifice prognosticul atât de sombru al boalei, este ablația cât mai precoce a adenomului.

X. Tratament.

Tratamentul hipertrofiei de prostată este paliativ și radical.

A) *Metode paliative:*

a) **Ingrijiri igienice.** Prostaticul va trebui să urmeze în mod riguros următoarele reguli de igienă generală: plimbări pe jos după masă, exerciții ușoare, băi căldute cât mai dese, băi de șezut, masaj, va evita mersul cu bicicleta, călăritul, poziția șezândă, alimentația abondentă, băuturile alcoolice și toate cauzele de răceală. Va căuta să urineze mai des și în poziția cea mai convenabilă. Alimentația va fi fracționată fără alcoolice și condimente, îndeosebi va cina de vreme și ușor. În raporturile sexuale nu va face excese, dar nici nu-și va impune abstenența totală.

b) **Tratamentul medicamentos.** În stările de congestie putem administra secară cornută sub diferite forme sau extract de hamamelis virginica, iar pentru a acționa asupra tonicității vezicale dăm stricnină.

c) **Masajul prostatei** nu dă rezultate.

d) **Cateterismul** se aplică în caz de retenție acută. În retențiile cronice constituie o metodă zilnică de tratament, destul de periculoasă însă, expunând bolnavul infecției, hemoragiei și căilor false.

e) **Sonda permanentă** este indicată: la cei cu retenție cronică completă, la pacienții cari nu pot suporta cateterismul zilnic fiind dureros, la bolnavii cari n'au posibilitatea de a se sonda, în caz de cistite rebele cu incontinență, în infecții urinare, la cei cari prezintă hematurii și în caz de căi false pentru a suprima sondajul repetat.

f) **Electricitatea.** Galvanizarea, electroliza, curenții de înaltă frecvență au fost utilizați pe rând fără mari rezultate.

g) **Radioterapia și Radiumterapia** a dat unele rezultate și se poate încerca la indivizii inoperabili.

h) **Dilatarea** nu este o metodă recomandabilă.

i) **Puncțiunea vezicii** o facem în retenții acute de urină, când sondajul este imposibil și nu suntem pregătiți pentru cistostomie. Locul puncției este pe linia mediană, imediat deasupra pubisului pentru a nu interesa peritoneul.

j) **Cistostomia suprapubiană temporară**, suntem nevoiți să o facem în caz de hemoragii mari, infecții cari nu cedează la sonda permanentă și în retenții complete când cateterismul este imposibil și ar necesita puncții repetate. În aceste cazuri poate servi și ca prim timp al prostatectomiei transvezicale.

k) **Cistostomia definitivă**, constă în crearea unei fistule hipogastrice permanente. Autorii s'au năzut să producă o fistulă continentă și astfel s'au născut o serie de procedee, nu mai puțin ingenioase decât în cazul gastrostomiei. Cu toate acestea metoda a căzut în desuetudine ca și cistostomia perineală, butoniera perineală și cistopexia.

l) **Operațiuni pe testicoli și anexele lor**. Bazați pe atrofia însemnată ce o produce castrația experimentală la animale asupra prostatei, autorii au aplicat castrația dublă și în tratamentul hipertrofiei de prostată la om. Rezultatele inconstante, mortalitatea însemnată cât și o serie de alte turburări au făcut ca metoda să fie părăsită. În urmă s'au preconizat alte intervențiuni pe elementele cordonului spermatic, ca ligatura canalului deferent, angio-neurectomia, vasectomia cu aceleaș rezultate iluzorii. Dintre aceste metode azi se mai practică de unii chirurghi ca un timp complementar al prostatectomiei, secțiunea canalelor deferente pentru a preîntâmpina o eventuală orchi-epididimită.

m) **Prostatotomia perineală**, metodă inventată de Harrison, constă în formarea unei butoniere la nivelul uretrei membranoase, prin care se face o secțiune în tumoară și se așează un dren ce rămâne pe loc timp de câteva săptămâni.

n) **Prostatotomia lui Bottini** face parte din grupul prostatotomiilor endo-uretrale. Cu ajutorul unui galvano-cauter se practică o serie de incizii în prostata hipertrofiată. Rezultatele au fost mulțumitoare și metoda s'a utilizat mult într'un timp, dar cazurile de recidivă au făcut să rămână ca o metodă bună de aplicat numai la bolnavii înaintați în vârstă (peste 70 de ani) și cu o stare generală rea, ce contraindică prostatectomia.

B) *Metode radicale.*

a) **Forajul (găuritul) prostatei**, după definiția lui Luys, autorul procedurii consistă în crearea, sub controlul vederii, pe căile naturale, în interiorul prostatei hipertrofiate, a unui tunel care să permită evacuarea normală a urinei. După dilatarea prealabilă a uretrei, în câteva ședințe anterioare, se introduce cistoscopul cu viziune directă și sub controlul vederii cu ajutorul unui galvano-cauter se distruge cât mai mult posibil din tumoară. Operațiunea se repetă în 3—6 ședințe. În caz de hemoragii mari se folosește cu succes electro-coagularea, după

care rămân escare întinse ce se elimină în decurs de 6—10 zile. Metoda dă rezultate destul de bune în caz de adenome mici și la bolnavii unde o intervenție chirurgicală nu se poate face din anumite motive. Aplicată însă fără restricții la toți prostaticii, rezultatele sunt criticabile din cauza recidivelor și după expresia lui Chauvenet se pierde numai timp, rinichii și întregul aparat urinar superior continuând să sufere.

b) Prostatactomia.

1) *Istoric.* În anul 1836 *Amussat*, în cursul unei cistostomii pentru calcul, extirpă o mică proeminență dela nivelul uretrei prostatice. *Guthrie* în același timp preconizează ablația parțială a prostatei pe cale perineală. În urmă o serie de autori, între cari putem cita pe *Billroth* și *Dittel*. practică prostatactomia parțială pe cale suprapubiană, îndeosebi ablația lobului mijlociu.

Cel dintâi care a practicat prostatactomia totală pe cale perineală a fost *Goodfellow* (1891). Ulterior *Proust*, *Gosset*, și *Albarran* prin modificările importante ce i le aduc fac ca aceasta metodă să între în practica curentă. În 1894 *Nicoll* face prostatactomia combinată suprapubiană și perineală, primul timp cistostomie și al doilea timp prostatactomie perineală. Rezultatele n'au fost superioare prostatactomiei perineale.

Se pare, fără a fi dovedit, că *Mac Gill* a făcut prima prostatactomie totală pe cale suprapubiană, în anul 1888. *Fuller* din New-York în 1895 face incontestabil prima prostatactomie suprabiană într'un singur timp. Technica era de o execuție simplă, după enuclearea adenomului drenează loja prostatică printr'o incizie perineală. *Guiteras* elev a lui *Fuller* aduce modificări în timpii operatori, cum este manopera de a se ajuta cu indexul stând introdus în rect, și expune pe larg metoda la congresul dela Paris din 1900. În același an *Freyer* execută prima sa operație după indicațiile lui *Guiteras*. *Feyer* însă nu mai face drenajul perineal ci suprapubian, printr'un tub de cauciuc. Ținând cont de datele istorice este inexact să numim metoda, operațiunea lui *Freyer*, ci mai corect după numele ambilor chirurși *Fuller* și *Freyer*, primul care a inventat metoda și ultimul pentru că i-a adus inovații importante și a vulgarizat-o.

Operațiunea într'un singur timp, așa cum o făcea *Freyer*, i s'au adus și alte modificări ca; tamponarea lojei prostatice cu mese lungi, ligatura preventivă a canalelor deferente și tubul lui *Marion*, pentru drenajul larg din primele zile după operație. Cea mai salutară modificare adusă metodei, care a lărgit mult indicațiile prostatactomiei transvezicale, a fost operațiunea în doi timpi.

În ultimul timp *Wilms* și *Voelcker* au preconizat prostatactomia pe cale ischio-rectală.

La noi în țară *Herescu* face, în anul 1902, primele prostatactomii pe cale perineală și suprapubiană. În 1903 publică

deja un studiu despre 12 cazuri operate. În acelaș timp **Toma Ionescu și Nanu** încep să facă aceeași operațiune.

În clinica chirurgicală din Cluj, sub era românească, prima prostatectomie transvezicală (timp I) pentru hipertrofie de prostată, s'a făcut la data de 12 Decembrie, 1919.

În „Revista Științelor Medicale“ No. 7, din Iulie, 1925, prof. Dr. Iacobovici I. și Dr. E. Țeposu, publică prima lucrare de ansamblu asupra alor 61 cazuri observate până la finea anului 1924.

A existat o perioadă destul de lungă, la începutul secolului prezent, când cele două metode perineală și suprapubiană și-au avut apărătorii lor deopotrivă de fervenți și autorizați. Din această luptă a triumfat metoda suprapubiană, pentru execuția ei facilă și rezultatele bune postoperatorii. În cele ce urmează, voi descrie pe larg indicațiunile și tehnica prostatectomei suprapubiene în doi timpi, așa cum se practică în clinica chirurgicală din Cluj.

2) Prostatectomia suprapubiană în doi timpi (operațiunea lui Fuller—Freyer).

În tratamentul chirurgical al hipertrofiei de prostată procedeul indicat de Freyer este astăzi preluat și adoptat pentru simplitatea sa. Între avantajele operațiunii lui Freyer putem cita: reducerea la minimum posibil a complicațiilor din cursul și chiar după operație, mortalitatea relativ mică, redarea perfectă a funcțiunii urinare și păstrarea într'un procent considerabil a funcțiunii genitale. Singurul dezavantaj al procedurii, este lunga durată a tratamentului postoperator.

Indicații. Orice prostatic care suferă, dacă nu există vre-o contraindicațiune formală, este susceptibil de tratament operator. Intervenția în doi timpi a lărgit mult limitele operabilității, încât rar sunt bolnavii cari nu pot să se bucure de beneficiile chirurgiei. Punerea indicației de intervenție nu depinde de stadiul boalei nici de starea locală, ci de starea funcțiunii renale și a celorlalte organe esențiale cum sunt; cordul, plămânii, ficatul și tubul digestiv.

Mult timp prostatectomia a fost rezervată numai bolnavilor din stadiul II și III, exceptând pe cei cu leziuni renale avansate. Azi este tendința de a se interveni precoce în faza de congestie, pentru că în acest stadiu condițiile locale și generale ne asigură un prognostic mult mai favorabil. Operațiunea este imperios indicată în caz de: retenție cronică, infecție urinară, stări dureroase și iritative cari chinuesc bolnavii, hematurie profuză și în caz de bănuială de degenerescență cancerosă.

Pentru stabilirea funcțiunii renale principalele examinări ce se fac în clinica chirurgicală sunt: examenul chimic al urinei, azotemia, Constanta Ambard, proba cu indigocarmină și poliuria experimentală după Albarran. Prin examenul chimic al urinei punem în evidență puroiul, albumina și zahărul.

Prezența puroului ne arată gradul de infecțiune a aparatului urinar, albumina ne dă indicii prețioase asupra leziunilor de scleroză renală, iar zahărul ne descopere o glicozurie nebănuită. La 150 bolnavi studiați din acest punct de vedere s'a găsit : albumină pozitiv în 33% a cazurilor, puroi pozitiv în 44%, zahăr nu s'a găsit decât într'un singur caz.

Azotemia la prostatoci este în general urcată din cauza deficienței renale aproape totdeauna prezentă. O azotemie urcată de peste 1 gr. la litru de sânge contraindică pentru moment operația. În asemenea cazuri un tratament preoperator cu sondă permanentă și regim sau chiar cistostomia, poate să producă o scădere a azotemiei. Sub 1 gr. azotemia nu ne poate indica sau contraindica intervenția, cifrele ei fiind suse la o serie de factori extrarenali, care compensează leziunile renale. În toate aceste cazuri Constanta Ambard ne dă indicațiuni mult mai precise. Din 161 examinări ale azotului din sânge am găsit : sub 50 mgr. 38%, între 50—100 mgr. 58% și peste 100 mgr. 6%. Aceste cifre sunt calculate la o 100 cmc. de sânge.

Constanta Ambard, este cel mai prețios mijloc de investigație a funcțiunii renale. Ea ne arată prin cifre cât de mare este pierderea funcțională a rinichilor și ne pune în posibilitatea de a aprecia gradul leziunilor renale.

După Legueu prostatocii se impart în trei categorii, luând ca bază cifrele Constantei :

1) Bolnavii cu Constanta urcată la 0,200 sau mai mult și azotemia peste 1 gr. În aceste cazuri ce coincid și cu o stare generală foarte rea, azotemia singură ne arată gravitatea leziunilor renale și contraindică operația.

2) Bolnavi cu Constanta bună sub 0,120 și cu azotemia sub 0,50 gr. Ambele metode în asemenea cazuri ne indică o funcțiune ureică bună a rinichiului și deci un prognostic postoperator favorabil.

3) Bolnavi cu Constanta intermediară între 0,120—0,200. În asemenea cazuri printr'un tratament preoperator de desintoxicare reușim de cele mai multe ori să scădem Constanta la 0,120 și să readucem bolnavul între limitele operabilității, mai ales dacă în același timp și funcțiunea apoasă este bună.

În rezumat Constanta Ambard este cea mai perfectă metodă pentru cunoașterea secreției ureice renale și stă pe primul plan în stabilirea operabilității la prostatoci.

În Clinica chirurgicală din Cluj, a devenit o metodă curentă de explorare a funcțiunii renale. Constanta Ambard, făcută la 153 cazuri a fost după clasificarea lui Legueu : bună în 80% a cazurilor, intermediară în 16% și rea (peste 0,200) în 6% a cazurilor. La bolnavii cu Constanta intermediară s'a reușit totuși, după un tratament rațional cu sondă permanentă și regim hipo-azotal să se scadă sub 0,120, ceea ce ne arată că alături de leziunile renale definitive au contribuit la urcarea Constantei și leziunile transitorii de distensie, congestie și

ușoară infecție. Foarte instructiv este și procentul de 6% a celor cu o Constantă peste 0,200, după Legueu inoperabili, și cari totuși după un lung tratament preoperator au putut să beneficieze de operație. Dintre acestea cazuri citez unul singur care la intrarea în serviciu a prezentat o azotemie de 3 gr. și Constanta peste 0,200, fiind într'o stare de debilitate extremă și somnolență; și la care s'a putut totuși interveni după un tratament conservativ de 4 luni urmat acasă. Bolnavul a fost supus ulterior prostatectomiei și a părăsit serviciul complet vindecat.

Astfel experiența serviciului de urologie al Clinicei chirurgicale, a dovedit cu prisosință că celea două metode, azotemia și Constanta Ambard, metode ce se completează reciproc și ne indică cu atâta precizie starea funcțiunii renale; nu trebuiesc socotite ca niște arme îndreptate în contra bolnavilor pentru a-i declara inoperabili, ci dimpotrivă ca niște metode restrictive pentru un moment, pentruca ulterior, în celea mai multe cazuri, să ne poată indica intervenția. În consecință nici un caz nu poate fi declarat inoperabil pe baza deficienței renale, înainte de a-l supune unui tratament de desintoxicare și degajare a rinichilor.

Proba cu indigocarmină este un procedeu mai puțin utilizat și ne dă indicațiuni mai mult asupra leziunilor renale de tip hidropigen.

Poliuria experimentală se utilizează deasemenea mai rar, prostaticii având în genere o funcțiune apoasă bună sau chiar o poliurie.

Alături de funcțiunea renală pentru a putea indica intervenția este necesar un examen amănunțit și a celorlalte organe: cord, plămâni, ficat, tub digestiv, sistem nervos etc. Între leziunile organice mai ales întâlnite la bolnavii studiați citez: emfizemul, bronșita cronică, miocardita, aortita, stări de hiposistolie, arterioscleroza și insuficiența hepatică.

Vârsta înaintată nu contraindică operația, totuși se poate spune că după 70 de ani mortalitatea este mult mai mare, până când sub 60 de ani mortalitatea este foarte mică. În aceste cazuri ne vom baza pe starea generală a bolnavilor care este un prețios indiciu al vitalității organismului.

Contraindicațiunile formale ale prostatectomiei sunt: afecțiuni locale inflamatorii cum sunt periprostatitele, insuficiența renală avansată, starea generală gravă, vârsta prea înaintată însoțită de cașexie urinară, afecțiunile grave cardiace și pulmonare, boli ale sistemului nervos central, diabetul etc.

Tratamentul preoperator, are menirea de a remonta bolnavul și de a preîntâmpina eventualele complicațiuni cum sunt: hemoragia, colapsul, infecția, uremia etc. În cazurile de retenții incomplete cu urina clară se sondează bolnavul de 2 ori pe zi. La cei cu urina infectată și cu distensia vezicii se instiue drenajul permanent al vezicii prin sonda à demeure, făcând zilnic spălături vezicale cu oxicianură de mercur 1:5000,

acid boric 3—4:100 sau protagol 1:1000. Ca antiseptice urinare se administrează urotropină, salol sau helmitol.

La toți bolnavii se face un tratament cu clorură de calciu per os, în concentrație de 5—10:200, pentru a mări coagulabilitatea sângelui și a tonifica cordul. La cei cu afecțiuni cardiace cu semne de insuficiență circulatorie, se institue un tratament cu digitală. Celor cu retenție azotată li se prescrie un regim hipo-azotat și se administrează ser glucozat 47‰ sub forme de clisme sau injecții subcutanate, pentru a stimula funcțiunea hepatică și pentru a grăbi procesul de desintoxicare a organismului, printr-o diureză mai mare. Deasemenea vom trata afecțiunile aparatului respirator și regulăm digestia.

Când fenomenele locale de infecție nu cedează sau starca generală se menține alterată, este indicată cistostomia ca prim timp al prostatectomiei.

Technica operatorie. În Clinica chirurgicală primele intervenții pentru hipertrofia de prostată s'au făcut într'un singur timp și numai ulterior s'a introdus operațiunea în doi timpi. Astfel din 230 intervenții, 19 s'au executat într'un singur timp și 211 în doi timpi.

După ani numărul cazurilor operate a variat în felul următor :

In anul	1919	au fost operați	---	2	bolnavi
" "	1920	" "	---	14	"
" "	1921	" "	---	9	"
" "	1922	" "	---	9	"
" "	1923	" "	---	16	"
" "	1924	" "	---	13	"
" "	1925	" "	---	16	"
" "	1926	" "	---	12	"
" "	1927	" "	---	21	"
" "	1928	" "	---	18	"
" "	1929	" "	---	31	"
" "	1930	" "	---	22	"
" "	1931	" "	---	23	"
" "	1932	" "	---	22	"
" "	1933	(până la 15/III)	---	2	"

Total : 230 bolnavi

Exceptând unele mici fluctuații, putem spune că numărul cazurilor operate anual a crescut mereu, mai ales din anul 1927 încoa.

I. Talia hipogastrică (timpul I). În toate cazurile s'a întrebuițat anestsia locală cu novocaină 1/2%. Incizia se face pe linia mediană, la un deget deasupra simfizei pubiene și este de 3—4 cm. lungime. Peretele vezicii se incizează aproape de cupolă, după o bună izolare a spațiului prevezical și a fundului de sac peritoneal. Ca să se evite fistula hipogastrică, se fixează pereții vezicii la musculatură abdominală și cât mai sus posibil deasupra simfizei. În vezică se aplică două sonde Pezzer și restul plăgii se închide în două straturi. În caz de infecție și

urină purulentă se drenează spațiul lui Retzius cu un dren de sticlă, timp de 24 ore.

După operație zilnic se fac spălături vezicale și se schimbă pansamentul. La bolnavii cu retenții mari de azot se repetă examenul azotemiei și Constantei Ambard. Timpul al doilea se face numai după ce suntem convinși că starea locală și generală s'au ameliorat deajuns pentru a permite prostatectomia.

Distanța dintre cei doi timpi operatori variază foarte mult de la caz la caz, sunt autori cari nu intervin niciodată înainte de trei săptămâni dela prima operație. În Clinica chirurgicală această distanță s'a micșorat mult în ultimul timp până la 6—8 zile. La cei 211 bolnavi operați în doi timpi, distanța dintre cele două intervenții a variat între limite foarte largi; dela 6 zile până la 9 luni (într'un caz care a părăsit serviciul și a revenit după 9 luni). Iată și variațiunile acestui interval: între 5—15 zile 18%, între 15—30 zile 49%, între 1—2 luni 26%, peste 2 luni 5% și în 2% nu s'a putut stabili, primul timp fiind făcut în alte centre chirurgicale. În medie distanța dintre cei 2 timpi a fost de 3 săptămâni.

II. Prostatectomia (timpul II). Ca anestezie este preferabilă anestezia rachidiană, care are avantajul că dă o relaxare a perineului și permite introducerea alor 2 degete în rect, facilitând mult enuclearea adenomului. Desavantajul rachianesteziei este hipotensiunea, ce poate fi fatală la vârsta prostaticilor. Din această cauză la un mare număr de bolnavi s'au operat sub anestezie locală, destul de bine suportată. În timpul din urmă s'a întrebuințat anestezia epidurală, care are marele avantaj de a produce o relaxare perfectă a sfincterului și este lipsită de complicațiunile rachianesteziei. Proporția metodelor de anestezie la cei 230 operați a fost următoarea: 52% anestezie rachidiană, 44% anestezie locală și 4% anestezie epidurală.

După anestezie se lărgeste fistula hipogastrică cu degetul sau prin o incizie în spre simfiză. Brațul stâng este imbrăcat într'o mânecută specială, ce are menirea de-a păstra sterilitatea și după enuclearea tumorii. Peste ea se trage mănuașă de cauciuc. Astfel pregătiți se introduc două degete în rect, pentru ca sprijinirea prostatei să se facă în condiții cât mai bune, iar cu indicatorul drept se pătrunde prin vezică în orificiul intern al uretrei. Ruperea mucoasei se face pe partea anterioară și stângă a orificiului uretral. După ruperea mucoasei se pătrunde în spațiul decolabil din partea stângă și se enuclează adenomul de jur împrejur până ce se ține numai de uretră, de care se separă printr'o tracțiune bruscă. În cazurile la cari colul vezical este stenozat și fibros, iar adenomul se găsește sub col și prins în aderențe, enuclearea întâmpină greutăți extrem de mari și extragerea se face prin morselare.

După enucleare se tamponează loja prostatei cu o meșă de tifon și se aplică în cavitatea vezicii tubul *Marion*, care este fixat la tegumente. Se face primul lavagiu cu ser fiziolo-

gic steril pe masa de operație, pentru a controla buna funcțiune a tubului.

Vasectomia prealabilă pentru a preîntâmpina complicațiunile testiculo-epididimare, nu se face în Clinica chirurgicală, fiindcă aceste complicații sunt destul de rari și nu întrec procentul de 5% a cazurilor. Nu se face nici drenajul perineal, după Fullerton, care este socotit ca primejdios prin infecția ce o poate întreține.

În cazurile studiate operația a decurs în următoarele condițiuni: enuclearea a fost facilă în 60% a cazurilor, dificilă în 28%, s'a extras prin morselare în 3%, s'a făcut evidarea colului vezical în 6% și debridarea colului în 3%.

Tratamentul postoperator, asigură succesul intervenției și deci este foarte important ca acest tratament să fie bine condus. Prostatactomia prin manoperele de rupere și tracțiune de care ne servim în extirparea tumoarei, este o operațiune traumatizantă și poate expune pe bolnavi șocului postoperator. Pentru a învinge șocul imediat după operație se fac injecții de oleu canforat și cafeină, se aplică sticle calde și se supraveghează pulsul.

În seara operației se schimbă pansamentul îmbibat și dacă tubul *Marion*, funcționează bine nu se face nici o spălătură. În dimineața zilei următoare se face prima spălătură vezicală cu ser fiziologic cald, sau soluție de acid boric 4%, căutând să îndepărtăm chiagurile de sânge și sfacelurile acumulate în cavitatea vezicii, pentru a nu întreține infecția. Spălătura se face pe tubul subțire dela aparatul *Marion*.

În zilele următoare se schimbă pansamentul de două ori pe zi, se controlează cantitatea de urină, pulsul și temperatura. În ziua a treia sau a patra dela operație se scoate tubul *Marion* și meșa de tampon din loja prostatei și se drenează vezica cu două sonde *Pezzer*. Dacă bolnavul este afebril și urina clară îi permitem în ziua a 5-a sau a 6-a să facă ușoare mișcări prin cameră.

În ziua 8—10-a se îndepărtează definitiv drenajul hipogastric și se aplică o sondă permanentă de cauciuc tip *Tiemann*, care se poate ușor schimba și steriliza, pentru a evita escarele și complicațiunile inflamatorii cum sunt abcesele periuretrale și orchiepididimitele. Spălăturile zilnice ale vezicii se fac cu soluție de oxicianură de mercur 1:5000, alternând cu soluție de protargol 1:1000—2000, până la vindecare.

Mersul postoperator și complicațiile.

Majoritatea bolnavilor exceptând cazurile mortale, au avut un mers postoperator complet afebril. Într'un număr de cazuri s'au prezentat mici ascensiuni febrile de 1—3 zile după operație. Stări febrile cu o durată mai lungă între 5—15 zile s'au observat în 4% a cazurilor.

Complicațiunile ivite în ordinea frecvenței au fost urmă-

toarele: fenomene de insuficiență circulatorie cu miocardită în 13 cazuri, orchiepididimita în 12 cazuri, uremia în 9 cazuri, hemoragia în loje în 6 cazuri, stări septice în 5 cazuri, flebita în 4 cazuri, pielonefrita în 3 cazuri, erizipelul în 3 cazuri, bronchopneumonia în 3 cazuri, flegmon peno-scrotal în 2 cazuri, flegmon perirenal în 2 cazuri, insuficiență renală cu sindrom azotemic în 2 cazuri, bronșită în 2 cazuri, septicemie în 2 cazuri, absces perineal 1 caz, pneumonie 1 caz, icter cu insuficiență hepatică 1 caz, embolie pulmonară 1 caz, psihoză maniaco-depresivă 1 caz.

Durata vindecării, socotită dela data prostatectomiei a variat în felul următor:

1. sub	20 zile	3 pacienți	---	---	1,46 %
2. între	20—25	23	"	---	11,21 %
3. "	25—35	48	"	---	23,41 %
4. "	35—50	55	"	---	26,82 %
5. "	50—60	28	"	---	13,65 %
6. "	60—80	27	"	---	13,17 %
7. "	80 zile și 3 luni	13 pacienți	---	---	6,34 %
8. "	3—4½ luni	8 pacienți	---	---	3,90 %

Media timpului de vindecare este aproximativ de 40 zile. Dacă socotim durata tratamentului preoperator și distanța dintre cei doi timpi, un prostatic care evoluiază în condițiuni bune poate părăsi serviciul complet vindecat cam după 2 luni dela intrare.

Mortalitatea. Dintre 230 de operații s'au vindecat 210 și au sucumbat 20, ceea ce reprezintă o mortalitate de 8,69%. Cazurile mortale în ordinea cronologică au fost următoarele:

1) I. H. 63 ani, sucumbă la 5 zile după operație în pneumonie și insuficiență cardiacă (1920).

2) I. N. 67 ani, sucumbă brusc la 12 zile dela intervenție prin embolie pulmonară (1920).

3) P. S. 70 de ani, sucumbă la 3 săptămâni dela operație cu fenomene de insuficiență cardio-renală (1921).

4) N. T. 68 ani, sucumbă la 7 zile după operație cu diagnosticul de broncho-pneumonie și miocardită (1922).

5) F. K. 61 ani, sucumbă la 2 luni dela operație cu pielonefrită bilaterală și miocardită (1923).

6) T. N. 57 ani. Insuficiență renală, icter cu insuficiență hepatică. Sucumbă la 10 zile dela intervenție (1925).

7) L. N. 70 ani, sucumbă în uremie la 5 zile dela operație (1926).

8) M. C. 77 ani, sucumbă în insuficiență cardiacă și uremie la o lună dela operație (1926).

9) P. L. 67 ani, sucumbă în septicemie la 4 zile după operație (1927).

10) I. A. 66 ani, sucumbă în urma hemoragiei puternice la 24 ore după intervenție (1928).

11) G. I. 72 ani. La 14 zile dela operație sucumbă cu fe-

nomene de insuficiență circulatorie, congestie pulmonară și uremie (1929).

12) B. I. 62 ani, sucombă la 6 zile în uremie (1929).

13) S. P. 65 ani, Orchiepididimită, stare septică. Sucombă la 17 zile după operație (1930).

14) P. S. 66 ani, sucombă în insuficiență cardiacă la 22 zile după operație (1930).

15) Z. D. 67 ani, sucombă după 24 de ore într-o stare septică cu insuficiență circulatorie (1931).

16) M. F. 62 ani, la 20 zile dela intervenție sucombă în uremie (1931).

17) K. F. 58 ani. După 4 zile sucombă în septicemie (1931).

18) G. I. 60 ani. La 14 zile sucombă cu diagnosticul de pyelonefrită și septicemie (1932).

19) F. N. 70 ani, sucombă în uremie (1932).

20) M. N. 66 ani, la 10 zile după intervenție sucombă în uremie (1932).

În rezumat cazurile mortale se datoresc în primul rând uremiei 6 cazuri, apoi insuficienței cardiace 3 cazuri, unor stări septice 2 cazuri, septicemiei 2 cazuri, pyelo-nefritei 1 caz, pneumoniei 1 caz, emboliei pulmonare 1 caz, hemoragiei 1 caz, insuficienței hepatice 1 caz, insuficienței cardio-renale 1 caz și pielo-nefritei cu septicemie 1 caz.

Din studiul cazurilor mortale putem sustine dimpreună cu *Morais Zamith*, că dezechilibrul cardio-renal constituie cea mai frecventă cauză în producerea morții la prostatici. Când rinichiul și cordul prezintă o funcțiune ireproșabilă, ceace este o excepție la vârsta prostaticilor, prostatectomia devine o operațiune ușor suportabilă cu o mortalitate minimă. Din cei 20 de sucombați în 10 cazuri am găsit acest factor pe primul plan, în 5 cazuri ca factor adjuvant și a lipsit numai în 5 cazuri.

Cifra relativ ridicată a mortalității ne-o putem explica prin mortalitatea mai mare din primii ani, când operația s'a făcut într'un singur timp și indicațiile operatorii nu erau atât de precise. În această perioadă din 24 cazuri au sucombat 3, ceea ce reprezintă o mortalitate de 12%. Ulterior prin introducerea azotemiei și a Constantei Ambard, ca metode curente de exploatare a funcțiunii renale, cât și a operațiunii în doi timpi, procentul mortalității a scăzut treptat. Astfel într'un studiu făcut în anul 1924, de către dnul prof. *Dr. I. Iacobovici* și *Dr. E. Teposu* pe 61 cazuri, s'a constatat o mortalitate de 8.20%. Aceiași autori publică în anul 1927, un alt studiu pe 100 de prostatectomii cu o mortalitate de 8%.

În anii următori procentul celor sucombați a scăzut și mai mult, încât pe o nouă serie de 105 prostatectomii, a fost numai de 5.70%. În ultimii doi ani mortalitatea s'a urcat din nou, probabil din cauză că s'a căutat să se lărgească cât mai mult posibil indicațiunile operației.

Acestea fluctuațiuni din cursul anilor, cât și ridicarea

mortalității din ultimii doi ani, ne explică cifra de 8,69%, ce reprezintă mortalitatea pe 25⁰ cazuri operate în Clinica chirurgicală, începând cu anul 1919, până în 15 Martie 1933.

Diferiți autori ne dau următoarele procente ale mortalității: *Freyer* 6,7%, *Salinier* 10,9%, *Proust* 12%, *Legueu* 13%, *Steiner* 24,4%, *Verne C. Hunt* 5,4% etc. Dupăcum vedem cifrele variază foarte mult dela autor la autor. Cauza acestei variații ne-o explicăm prin faptul că unii autori aleg cazurile, nu operează decât bolnavii cu o stare locală și generală bună, pe când alții intervin în majoritatea cazurilor. *Dobsons* spune că dacă își alege cazurile are o mortalitate de 3%, iar dacă operează nesigur mortalitatea se ridică la 25—30%. Desigur năzuința fiecărui chirurg este de a avea o mortalitate cât mai mică, numai că aceasta să nu fie în detrimentul bolnavilor. Este ușor să excluzi un număr de bolnavi dela operație dar aceasta după expresia *dlui prof. Iacobovici I.* este departe de a corespunde menirei medicinei, care cere ca totalitatea sau cel puțin majoritatea să beneficieze de îngrijirile noastre.

Dacă însemnăm de numărul mare de bolnavi cei mai mulți jărani, cari vin într-o stare deplorabilă, în ultimul stadiu al boalei și cari dacă ar fi refuzați dela intervenție înseamnă să-i condamnăm; vom vedea că există și o indicație socială a intervenției, care în acelaș timp justifică procentul mortalității.

În această privință indicațiunile operatorii în Clinica chirurgicală sunt cât se poate de largi, probă evidentă fiind cifrele statistice cari ne arată că din totalul bolnavilor operați 52% s'au prezentat în ultimul stadiu al boalei, azotemia a fost urcată în 58% a cazurilor și peste 1 gr. în 6%, iar *Constanta Ambard* a fost intermediară în 16% și rea în 6% a cazurilor.

În viitor mortalitatea s-ar putea reduce dacă se renunță, dupăcum este tendința în ultimul timp, la mentalitatea greșită că hipertrofia prostatei în stadiul inițial nu aparține chirurgiei. Operațiunea făcută în această fază are cu mult mai multe șanse de reușită, organismul fiind nedebilitat și funcțiunea renală intactă. Dar cu toate precauțiunile și perfecțiunile tehnice, ce i se vor mai aduce în viitor, prostatectomia va rămânea o operațiune cu o mortalitate ridicată, din cauza factorului fiziologic inerent vârstei, care determină o mortalitate destul de mare și în alte operațiuni mai puțin traumatizante.

Ca încheiere se poate spune că soarta fiecărui prostatic stă în mâna primului medic care îl tratează. Dacă acesta îi va indica operațiunea precoce, îl va salva de un lung șir de neplăceri și complicații, cari îi fac viața insuportabilă și întunecă atât de mult prognosticul unei intervențiuni tardive.

IX. Rezultatele îndepărtate ale prostatectomiei supra-pubiene.

Ca o complectare la studiul prostatectomiei suprapubiene în doi timpi, am crezut necesar să rezum într-un capitol deosebit rezultatele îndepărtate ale operației.

După 6 luni dela intervenție la autopsia cazurilor mortale, sau cu ocazia unei cistostomii pentru calculi, fie prin cistografie, cistoscopie sau uretoscopie se poate constata în locul adenomului exurpat existența unei cavități, care descrește cu timpul, însă nu dispăre decal în rare cazuri.

Cicatricea vezicală hipogastrică uneori dispăre complet încât prin cistoscopie nu putem stabili locul unde vezica a fost incizată, dar de regulă vezica rămâne aderentă de perelele abdominal având un aspect piriform.

Funcțiunea urinară în marea majoritate a cazurilor revine la normal. Totuși se pot prezenta o serie de inconveniente, cum este incontinența de urină ce se datorește unei tehnici greșite, când în cursul operațiunii se ridică prea mult din uretră lezându-se și sfincterul striat sau extern al uretrei. Durerea la micțiune și polakiuria sunt complicații cari se amendează cu timpul. Capacitatea vezicală uneori este scăzută. La bolnavii cari înainte de intervenție au trecut printr-o lungă perioadă de retenție cronică cu distensia vezicei, se menține și după operațiune un reziduu de 100 sau chiar 150 cmc., datorită atoniei ireversibile a peretelui vezical.

Funcțiunea genitală după diferite statistici este păstrată cam în 60% a cazurilor, luând în considerare erecțiunile și raporturile sexuale. Mai greu este de stabilit dacă prezintă și ejaculațiuni. În general ejaculațiunile se fac în vezică și nu la exterior, foarte rar și incomplet se pot produce și ejaculații la exterior, ceea ce explică infecunditatea celor operați.

Fistula hipogastrică este o complicație frecventă a prostatectomiei suprapubiene în doi timpi. O cicatrice care nici după 35 de zile dela operație nu este închisă se poate considera ca o fistulă și trebuie închisă pe cale chirurgicală. Din 230 bolnavi operați în Clinica chirurgicală în 14% a cazurilor s'a intervenit pentru fistulă hipogastrică.

Alte complicațiuni pot fi: eventrațiile, orchitele tardive, hematurii și formațiuni osoase la nivelul cicatricei hipogastrice.

Sunt destul de rari cazurile de recidivă, când un operat revine cu aceleași fenomene urinare. În aceste cazuri poate fi o recidivă adevărată, dacă un nou adenom se dezvoltă, sau avem de-aface cu o falsă recidivă, fie că adenomul vechiu n'a fost scos în totalitate și porțiunea rămasă a refăcut tumora, fie că pe locul adenomului scos s'a dezvoltat un cancer. O astfel de falsă recidivă, la 1 an și jumătate după operație, s'a prezentat și la unul din cazurile studiate, unde la

examenul histo-patologic s'a constatat o degenerescență carcinomatoasă.

Starea generală a bolnavilor se îmbunătățește totdeauna în mod considerabil. După refacerea funcțiunii urinare și înlăturarea toxinelor adenomului, funcțiunile importante ale organismului; respirația, circulația, digestia, asimilația și desasimilația se fac mult mai bine.

Mulți bolnavi cari înainte de operație prezentau turburări mintale ca: stări depresive, psihastenii, sau chiar melancolic s'au vindecat ulterior.

Ultima chestiune este durata supraviețuirii bolnavilor după operație, destul de greu de stabilit. În orice caz având în considerare vârsta înaintată, se poate afirma că bolnavii odată vindecați, supraviețuiesc destul de mult operației.

Ar fi fost desigur mult mai interesant acest capitol referitor la rezultatele îndepărtate ale operațiunii lui *Fuller-Freyer*, dacă nu i-ar fi lipsit datele personale de documentare. Adunarea acestor date necesită însă sacrificii materiale și de timp, de cari n'am putut dispune și comentarea lor ar fi depășit cu mult cadrul modest al acestei lucrări.



CONCLUZII:

1) Hipertrofia prostatei este o boală foarte frecventă după vârsta de 60 de ani.

2) Sedentarismul și toate cauzele de congestie pelviană se pare că favorizează apariția boalei.

3) Probabil că și factorul geografic joacă rol în etiologia hipertrofiei de prostată, dupăcum reese și din studiul cazurilor observate în Clinica chirurgicală din Cluj.

4) Patogenia boalei nu este elucidată, cu mare probabilitate există o legătură dela cauză la efect între testicol și prostată.

5) Adenomul se dezvoltă din grupul posterior al glandelor periuretrale.

6) În cursul boalei complicațiunile renale sunt celea mai grave.

7) Cel mai important diagnostic diferențial este cu cancerul prostatei.

8) Evoluția boalei este cronică, de 5, 10 sau chiar 15 ani.

9) Singurul tratament rațional al hipertrofiei de prostată este prostatectomia.

10) În stadiul actual al chirurgiei urinare, procedeul indicat de *Fdeyer* este cel mai acceptat.

11) În punerea indicației de intervenție funcțiunea renală este decisivă.

12. Pentru explorarea funcțiunei renale, azotemia și Constanta Ambard au dat cele mai bune rezultate practice în Clinica chirurgicală.

13) Succesul operației depinde în mare parte de tratamentul preoperator.

14) Prostatectomia în doi timpi a lărgit mult indicațiile intervenției și a redus mortalitatea.

15) Insuficiența renală și cardio-arterială sunt principalele cauze ale mortalității.

16) Tratamentul precoce ameliorează prognosticul post-operator.

17. Funcțiunea urinară revine la normal după operație.

18) Funcțiunea genitală este păstrată în majoritatea cazurilor.

Cluj, la 23 Iunie 1933.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei:

Prof. Dr. I. Iacobovici.

Decanul Facultății:

Prof. Dr. Gh. Martinescu.

BIBLIOGRAFIE:

- Angelo Da Fonseca:* Patologia do colo vezical. Raport prezentat la al treilea congres spaniol de urologie, 1932. — O perigo da prostatectomia. Comunicat la acelaș congres.
- Andreescu V. Constantin:* Prostatectomia perineală totală. Teză București 1902.
- Boullie Maurice:* Hypertraphie du col vesical.
- Chauvin C. et A. Rouslacroix:* Sur les formations osseuses observées dans les cicatrices de tailles hypogastriques.
- Dr. P. Herescu:* Douăsprezece cazuri de prostatectomie. București 1903.
Sur la Prostatectomie, Paris 1903.
- Prof. Dr. I. Iacobovici și Dr. E. Țeposu:* Considerațiuni asupra tratamentului chirurgical al hipertrofiei de prostată. (Revista Științelor Medicale 1925).
Considerațiuni asupra prostatectomiei pentru hipertrofia de prostată. (Mișcarea Medicală 1931).
- Dr. Kurt Werwath:* Wesen und Erkennung der Prostatahypertrophie.
- E. Jeanbrau:* Pathologie de la prostate.
- Georges Luys:* Maladies de la prostate.
- G. Marion:* Hypertrophie de la prostate.
- Otoi H.:* Tratamentul chirurgical al hipertrofiei prostatei. Teză, Iași 1911.
- Jean Perrin:* Resultats éloignés de la prostatectomie sus-pubienne, These, Paris 1924.
- Dr. Răutu E.:* Hipertrofia prostatei. Prostatectomia transvezicală. Iași 1911.
- D. Steiner P.:* Adatok a Freyer-féle prostatektomia kérdésehez. Cluj 1910.
- L. Testut:* Traité d'Anatomie humaine.
- Prof. Dr. Țeposu E.:* Azotemia și Constanta Ambard.
- Verne C. Hunt:* Revue d'un millier cas d'hypertrophie prostatique benigne.
-