

N<sup>o</sup>. 1508

*Adenomul degenerat  
al prostatei*



**DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE**  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE

1939

*de*

*Valentin Tomesciu*

*medic intern la Institutul pentru studiul și profilaxia Cancerului  
fost medic extern al Clinicei Urologice din Cluj*

1959

N<sup>o</sup>. 1508

*Adenomul degenerat  
al prostatei*

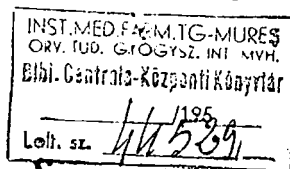


**DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE**  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 1939

de

*Valentin Tomescu*

medic intern la Institutul pentru studiul și profilaxia Cancerului  
fost medic extern al Clinicii Urologice din Cluj



1939

# UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ

## FACULTATEA DE MEDICINĂ

---

Decan : Prof. Dr. I. DRĂGOIU

### Profesori:

Clinica stomatologică . . . . .	D=1	Dr.	Aleman I.
Microbiologia . . . . .	"	"	Baroni V.
Fiziologia umană . . . . .	"	"	Benetato Gr.
Istoria medicinii . . . . .	"	"	Bologa V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	"	"	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	"	"	Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană . . . . .	"	"	Drăgoiu I.
Semiologia medicală . . . . .	"	"	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	"	"	Grigoriu C.
Clinica medicală . . . . .	"	"	Hajjeganu I.
Medicina legală . . . . .	"	"	Kernbach M.
Chimia biologică . . . . .	"	"	Manta I.
Clinica oftalmologică . . . . .	"	"	Michail D.
Clinica neurologică . . . . .	"	"	Minca I.
Igiena și igiena socială . . . . .	"	"	Moldovan I.
Radiologia medicală . . . . .	"	"	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	"	"	Papilian V.
Clinica chirurgicală } . . . . .	"	"	Pop A.
Medicina operatorie } . . . . .	"	"	Popoviciu Gh.
Clinica infantilă . . . . .	"	"	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (supl.) . . . . .	"	"	Baroni V.
Chimia medicală . . . . .	"	"	Secăreanu Șt.
Balneologia . . . . .	"	"	Sturza M.
Clinica dermato-venerică . . . . .	"	"	Tătaru C.
Clinica urologică . . . . .	"	"	Țeșosu E.
Clinica psihiatrică . . . . .	"	"	Urechia C.
Anatomia patologică . . . . .	"	"	Vasilii T.
Igiena generală . . . . .		Agr.	Zolog M.
Fizica medicală . . . . .		Conf.	Bărbulescu N.

### JURIUL DE PROMOȚIE:

Președinte: D=1 Prof. Dr. Emil Țeșosu

Membrii : {

- „ „ „ Victor Papilian
- „ „ „ Alexandru Pop
- „ „ „ Grigorie Benetato
- „ „ „ Titu Vasiliu

Supleant : „ Conf. Dr. Constantin Velluda

*Părinților mei iubiți*

*încin această lucrare, pentru dragostea cu care m'au crescut  
și ca o dovadă de a-și vedea împlinit un vis, acela de-a mă  
face medic.*

*Fratelui meu și surorilor mele nemărginită dragoste.*

*D-lui Profesor Emil Țeposu*

*adâncă recunoștință și respectuoase omagii pentru toată bună-  
voinea cu care m'a primit în Clinica Domniei Sale, încredin-  
țându-mi subiectul acestei lucrări inaugurale, mulțumiri pentru  
îndrumările și sfaturile date.*

*D-lui Profesor Juliu Moldovan*

*înalță stimă și admirație.*

*Domnilor profesori ai Facultății de Medicină din Gluj sub aus-  
piciile cărora mi-am format educația profesională și cunoștința  
medicală, omagii de grațitudine.*

*Onor Juriu de promoție deosebită stimă.*

*D-lui Conferențiar Const. Stanca  
pentru sfaturile și îndrumările neprecupețite date în tot timpul  
de când sunt intern al Institutului de Cancer, recunoștință  
și respect.*

*J-mi fac o plăcută datorie să mulțumesc sincer D-lui Șef de  
lucrări Dr. Pop Leonida, care prin cunoștințele sale medicale,  
corectitudinea și amabilitatea care-l caracterizează, a contribuit la  
educația mea medicală, îmbogățindu-mi cunoștințele practice.  
Neuitată î-mi va fi amintirea zilelor petrecute alături  
de Domnia Sa.*

*Nu pot uita sentimentele care mă leagă de tine dragă  
Unchiule Tovi și de tine dragă Virgile. Vă asigur de prietenia  
mea sinceră și de nemărginită dragoste.*

## Introducere.

Pentru a reda o imagine mai clară a adenomului degenerat, cred că e necesar să descriu și să definesc în linii generale ce este o ipertrofie de prostată, ce este un cancer al prostatei pentru că există o strânsă legătură anatomo-patologică și clinică între toate aceste afecțiuni, în sensul că afecțiunea ce o tratez începe printr'o simptomatologie clinică și date anatomo-patologice ce privesc ipertrofia de prostată și se termină de multeori printr'o simptomatologie și date anatomo-patologice ce caracterizează cancerul.

Chestiunea adenomului degenerat este o problemă relativ nouă în sensul că nu datează de sute de ani și fără a avea pretenția de a fi adunat tot materialul ce s'a scris în această direcție, voi căuta totuși să pun la punct după posibilitățile ce îmi stau la dispoziție această nouă problemă, aducând prin aceasta o modestă contribuție personală la studiul patogeneiei prostatei.

Prostata este un organ eminentemente glandular format din stromă și țesut glandular. 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. Prelungirile radiare ale stromei în parte prostata într'o serie de loji, în cari se găsesc situate glandele. Glandele prostatei sunt glande tubulo-acinoase și se deschid în număr mare pe peretele posterior al uretrei, de o parte și de alta a caliculusului 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 peri-uretrale — situate în stratul mucos. Glandele peri-uretrale sunt împărțite în două grupuri, unul anterior mai puțin important și unul posterior de o importanță capitală în patogenia ipertrofiei de prostată.

Azi este stabilit că iperplazia glandelor peri-uretrale dă naștere adenomului prostatic (*Marion*). Deci după concepția actuală sub numele de ipertrofie de prostată se înțelege o afecțiune caracterizată din punct de vedere anatomic printr'o desvoltare în vecinătatea colului

vezical și a porțiunii posterioare a uretrei a unei *masse neoplazice* de natură esențialmente benignă, de origină glandulară având ca punct de plecare glandele peri-urectrale.

Iperplazia benignă a acestor glande, dă naștere unui adenom care prin volumul său destinde sfincterul neted și împinge țesutul propriu zis al prostatei. Datorită acestei compresiuni excentrice, prostata suferă un proces de atrofie scleroasă. Între formațiunea adenomatoasă și sfincterul 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 montanal, ea nu interesează canalele ejaculatoare și nici veru-montanum.

Prostata propriu zisă nu ia parte la formarea tumorii ci mai degrabă suferă un proces de atrofie. Adenomul nou format este cuprins într-o loje, constituită din sfincterul neted și prostata atrofiată.

Grație zonei de clivaj, adenomul se poate enuclea ușor pe cale transvezicală, fără să lezăm coliculul seminal, canalele ejaculatoare și nici chiar sfincterul neted. În felul acesta se explică și faptul, că după operație funcțiunea genitală este păstrată.

Din toate aceste se vede că numirea de ipertrofia prostatei este improprie și se păstrează numai în virtutea obișnuinței. Structura macroscopică a tumorii este lobulară. Lobulii numiți și corpi sferoizi sunt de mărime și consistență variabilă și se pot detașa ușor unul de altul.

Mărimea tumorii 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: 1. sub 25 gr. e o ipertrofie mică; 2. între 25 gr. și 80 gr. e mijlocie și peste 80 gr. e o ipertrofie mare.

Prin volumul său și prin obstacolul mecanic cel opune eliminării urinei, neoplasia aduce modificări importante ale aparatului urinar.

*Astfel 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. Dacă un lob lateral crește mai mult atunci uretra este scoliozată. Când lobul median este iperplaziat uretra este deviată înainte.*

Din cele spuse vedem că uretra este supusă la o serie de deformațiuni, fără a fi stenozată.

*Colul vezical* este sediul celor mai bizare diformațiuni, foarte greu de descris. Dintre aceste 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 ipertrofiei de prostată.

*Veziica urinară* prezintă și ea modificări caracteristice ce privesc musculatura, care în urma eforturilor depuse pentru evacuarea urinei, se ipertrofiază, Ipertrofia stratului plexiform dă naștere la adevărate coloane ce proimănă în interiorul vezicei. Intre aceste coloane se formează așa numitele celule, cari pot lua aspectul unor diverticuli vezicali.

*Uretrile și rinichii* suferă și ele, repercusiunea asupra acestor organe începe în faza de distensie a vezicei. În caz de retenție acută, orificiile ureterale sunt comprimate prin distensia peretelui vezical și astfel se produce o retenție în uretere și bazinet. Ureterele devin congestionate iar rinichii măriți de volum prezintă emoragii interstițiale și intra tubulare, iar rinichii devin sediul leziunilor de scleroză.

Pentru explicarea etiologiei și patogeniei, ipertrofiei de prostată, ca și la toate procesele neoplazice, plutim în domeniul teoriei. Voi căuta să amintesc factorii etiologici și patogenici mai importanți ai ipertrofiei de prostată și numai după aceea voi căuta să precizez cari sunt cauzele de malignizare a adenomului simplu.

*Rasa și naționalitatea*, astfel n'au prea mare importanță etiologică. Vârsta, ocupația, factorul geografic, anotimpul, viața sexuală, infecția blenoragică, intoxicațiuni cronice, boli diatezice și în sfârșit toate cauzele cari produc o congenstie pelviană de lungă durată și repetată, după majoritatea autorilor, favorizează apariția boalei.

Totuși se pune întrebarea cari sunt cauzele adevărate ce stau la originea acestei tumori benigne. Pentru a răspunde, o serie de teorii și-au făcut loc în studiul patogeniei ipertrofiei de prostată.

Prima teorie emisă de *Harrison*, susține o atonie primitivă a vezicei datorită bătrâneței și consecutiv o iperplasia a elementului muscular, ce se repercută asupra prostatei.

*Goyon și Lannois* cred, că alterațiunea de arterio-scleroză duc la o înmulțire a țesutului interstițial în întreg aparatul urogenital. Acestor alterațiuni s'ar datori și creșterea în volum a prostatei și toată gama turburărilor funcționale.



*Chichanowsky și Rothschild* susțin că 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.

Contra acestor teorii s'au opus *Caspar și Thompson* cari au dovedit că infecția blenorigică duce nu la hipertrofie, ci mai degrabă la atrofie, printr'o degenerescență fibroasă.

Odată cu dezvoltarea endocrinologiei moderne mulți autori susțin, că ar exista o strânsă corelație între testicol prostată și ipofiză. În sensul că există un fel de echilibru între testicol și prostată, și că acest echilibru se rupe la bătrânețe ducând la atrofia testiculelor și hipertrofia prostatei.

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

*Raymond Qossot* șef de clinică urologică în articolul său din 7 Iulie 1937 din *L'a Presse medical* intitulat *L'hormonothérapie dans l'Adenome Prostatique* abordează pe larg și foarte documentat originea endocrină a adenomului prostatic. El spune că apariția adenomului prostatic între 50—60 ani câteodată și mai târziu ne face să credem că acest adenom trebuie să fie de origine endocrină și corespunde diminuării secreției interne a glandei genitale adică unei atenuări a sexualității.

Din toate cele expuse până aici, reiese că hipertrofia de prostată este o tumoră benignă dezvoltată pe seama glandelor peri-uretrale, având o etiologie și o patologie ne clarificată.

Epiteliomul prostatei, ca orice tumoră, poate fi primitiv când se naște în prostată și secundar sau metastatic când este rezultatul unei propagări din rect sau vezică, sau când este produs de un embolus canceros, care s'a oprit în prostată. Toți autori sunt de acord în a admite că epiteliomul secundar, este o raritate sub forma propagării din rect sau vezică, fiind cu totul excepțional sub forma metastatică. Tumoara este apanajul vârstei înaintate, dela 50—70 ani.

Macroscopic, poate să îmbrace două forme: sau nu depășește capsula prostatică și rămâne circumscris; sau o depășește și atunci vorbim de un cancer propagat, difuzat. În raport cu evoluția putem avea un cancer care se dezvoltă pe hipertrofie, un cancer ce este în

primele momente ale existenței sale, sau un cancer mai vechiu, într-o latență manifestă sau din contră, într-o activitate însemnată.

Examenul macroscopic al prostatei, ne dă relațiuni particulare pentru fiecare formă. Astfel în cancerul circumscris, fiindcă acesta este în prima fază, prostata împrumută o mărime variabilă. putând să fie mai mică decât în mod obișnuit însă în cea mai mare parte a cazurilor este ușor mărită de volum. Consistența sa este schimbată. Sunt nuclei, de mărimi variabile, cari au o duritate quasi lemnoasă. Numărul acestor noduli lemnoși, este variabil. Localizarea lor de asemenea variază, putând să-i găsim numai într'un lob sau în ambii lobi prostatici.

Intr'un stadiu mai înaintat, cancerul difuzează, invadează țesuturile micului bazin, dând naștere unei carcinoze prostatico-pelviană. Această difuziune poate fi lentă sau rapidă, caractere ce variază de la caz la caz.

Carcinomul prostatei se poate prezenta sub același tablou clinic inițial ca și hipertrofiid de prostată, putând apare peste 50 ani cu aceeași simptomatologie.

Examenul clinic, cistoscopia, palpația rectală, adesea nu pot decide un diagnostic precis, de multeori chiar autopsia înu poate să se pronunțe, fiind nevoie de examenul istologic singurul care poate pune diagnosticul precis.

Baltimore susține că coincidența lor (hipertrofiei și a cancerului) este posibilă și că de multeori nu putem să stabilim care apare prima dată.

Astfel el găsește că pe 450 cancere în 75% din cazuri a fost prezent și adenomul și de aici conchide, că carcinomul prostatic s'a dezvoltat pe baza unui adenom latent vechiu. Numai în 25% din cazuri cancerul prostatic n'a fost însoțit de adenom.

Totuși Geraghty prin examinări istologice munițioase, stabilește că regulat carcinomul are punct de plecare numai din prostată propriu zisă și n'a găsit ca degenerescență canceroasă să aibă ca punct de plecare tumora adenomatoasă. De aceeaș părere sunt Kaufmann, Rottschild.

Această lucrare însă stă complet în contradicție cu cercetările clasice ale lui Albarram și Hallé. Aceștia pe 100 hipertrofii de prostată examinate istologic au găsit în adenom, și toate trecerile dela forma glandulară a hipertrofiei la carcinom. Studiul acestor cazuri lasă să se distingă trei tipuri de degenerescență carcinomatoasă a adenomului.

- 1) Epitelioma adenoides;
- 2) Carcinoma alviolare circumscriptum;
- 3) Forma de trecere.

Prima formă ar fi cea mai frecventă și cea mai malignă.

Epiteliomul apare aici în forma de noduli, focarele diseminate canceroase nu se deosebesc de loc de corpii sferoizi; în schimb glandele se arată pline de masse epiteliale așa că lumenul acestora dispare. Dacă examinăm mai minuțios se găsesc forme celulare atipice și cariochineze.

Forma a doua mult mai rară este carcinomul alveolar circumscris. Această formă corespunde infiltrației adenoides. Microscopic se văd cuiburi carcinomatoase proliferând printre mușchi și țesutul conjunctiv.

Forma intermediară se caracterizează printr'o infiltrație a stromei cu epitelii fără ca celulele să arate o degenerescență canceroasă. În toate aceste forme macroscopic nu se distinge nici o modificare exterioră sau interioară a tumorei care să ne dea de bănuț,

Cercetătorii ulteriori au confirmat cele aflate de *Albarram* și *Hallé*

Degenerența a fost găsită în următoarea proporție.

Broods în 15%.

Judd în 13%.

Bentley și Squire în 9%.

Joung în 20%.

Deci practic trebuie să distingem două forme de cancer prostate.

1) Acelea cari provin din glandele prostatice propriu zise, deci în capsula chirurgicală, chiar dacă există adenom concomitent.

2) Celea cari se dezvoltă din hipertrofie de prostată.

## Etiologia, patogenia și istologia adenomului degenerat al prostatei

Prostata este un organ supus legilor generale de îmbolnăvire tumorală. Cu toate luminile noi aduse de diferiți oameni de știință, etiologia adenomului degenerat rămâne obscură, trecând ca o moștenire pentru generațiile viitoare de cercetători.

Carcinomul prostatic de cele mai deseori este primitiv, apare rar în mod secundar, sub forma propagării din rect (sau visică, fiind cu totul excepțional sub forma metastatică. Cu această formă nu ne vom ocupa în cursul acestei lucrări.

Diferite influențe asupra apariției adenomului degenerat;

*Vârsta.* Adenomul degenerat apare cu predilecție între 50—75 ani cu media 62 ani. După cum se știe adenomul pur apare la o vârstă medie de 64 ani, iar adenomul cu prostatită la vârstă medie de 63 ani. Făcând comparație între adenomul degenerat, adenomul pur și adenomul cu prostatită, constatăm că vârsta medie de prezentare este mai mică în adenomul asociat de prostatită și cu degenerescență, de cât în adenomul simplu. De aici rezultă o concluzie practică, că trebuie să bănuim o degenerescență malignă la toți prostaticii în jurul vârstei de 60—62 ani, care vin să ne consulte.

Stările patologice anterioare, trecutul genital al bolnavului, în speță blenoragia, se crede că ar avea un rol destul de important în determinarea degenerescenței. Se constată că 32% au în antecedente blenoragia, care a putut realiza degenerescența. Deci, putem spune că iritațiunile cronice inflamatorii ale prostatei, în special ale lobului median, pot contribui la degenerarea malignă a adenomului.

Dăr în afară de infecția preexistentă, datorită unui trecut genital, infecția adenomului se poate face și în cursul evoluției adenomului, fie pe cale ematogenă fie datorită sondajului repetat.

Deci infecția făcută în cursul evoluției adenomului prin sondaje repetate la cari se mai adaugă și iritațiuni mecanice prin cateterism repetat, poate contribui la degenerarea adenomului.

*Ereditatea.* După unii pare a avea un rol important în producerea degenerescenței adenomului, fără ca să se poată aduce dovezi precise în jurul acestei supoziții.

Dintre organele traectului urogenital prostata are o importanță mare ca sediul diferitelor afecțiuni; ne gândim în primul rând la diferitele stadii ale hipertrofiei de prostată, care joacă un rol mare în patogeniza carcinomului.

Carcinomul prostatei poate avea o dublă origine, iar părerile autorilor în această privință sunt foarte împărțite, — poate avea o origine glandulară, sau din părțile hiperplastice ale prostatei. — Nu este o diferență mare între cancerul glandular și hipertrofic în ce privește patogenia și morfologia. Din punct de vedere clinic are mare importanță să putem diagnostica felul carcinomului. Dacă presupunem că tumora carcinomatoasă se dezvoltă numai din țesutul glandular și niciodată din hipertrofie, atunci indicațiunile noastre pentru prostatectomie ar suferi restricțiuni. Dacă este adevărat că malignizarea hipertrofiei de prostată este de 30%, atunci fiecare hipertrofie prostatică ar trebui operată radical. Întrebarea este, unde se dezvoltă carcinomul, câte ori din țesutul glandular și de câteori din hipertrofie, pentru indicarea prostatectomiei, mai ales că în multe țări se face rezecția trans-uretrală mai des decât enuclearea. Dacă am avea o dovadă sigură de numărul mare de degenerări maligne ale hipertrofiei de prostată, atunci indicațiile pentru rezecție ar fi mult mai restrânse. Majoritatea statisticilor se referă la hipertrofiile operate, iar procentul de malignizare la diferiți chirurghi depinde mai mult sau mai puțin de țesutul carcinomatos găsit în țesutul hipertrofic al prostatei. Totuși statisticele nu sunt exacte și în majoritatea cazurilor sunt incomplete, fiindcă unii autori le fac după țesutul carcinomatos găsit la operații, pe când alții numai după țesutul carcinomatos găsit la înfâmplare. Statistica reală asupra problemei, cât de des se face o degenerare malignă a unei hipertrofii de prostată, se poate obține numai pe masa de autopsie prin examinarea istopatologică a pieselor. Astfel Moore a examinat prostata în 675 cazuri și a găsit 52 cazuri de cãrcinome. Dacă luăm în considerare vârsta și anume numai de la 40 ani în sus, frecvența carcinomului este de 20% pe când frecvența hipertrofiei este de 58%. Rich a examinat 292 de cazuri mai puțin amănunțit decât Moore, și a găsit 14% carcinom și 70% hipertrofie, Muir făcând autopsie la 54 cazuri peste 60 ani a găsit 13% carcinom și 80% hipertrofie.

<i>Mingazzini</i>	din	90	cazuri de ipertrofie a găsit	19	cazuri cc.	21%
<i>Dossot</i>	"	557	" " " " " "	123	" "	18%
<i>Joung</i>	"	2643	" " " " " "	593	" "	17%
<i>Ascoli</i>	"	756	" " " " " "	58	" "	7.7%
<i>Blatt</i>	"	283	" " " " " "	21	" "	7%
<i>Țeposu</i>	"	281	" " " " " "	25	" "	12.2%

Această statistică ne arată frecvența carcinomului în general în raport cu ipertrofia de prostată dar nu ne spune câte carcinome s'au dezvoltat pe seama epitelului glandular și câte s'au dezvoltat pe seama ipertrofiei. *Mingazzini* la congresul urologic din Roma din 1935 a prezentat un tablou statistic foarte important. El ne-a dat un tablou despre 27.500 de ipertrofii de prostată din cari 11.000 au fost operate, degenerescență malignă s'a constatat numai în 923 de cazuri.

Acest tablou nu este tocmai clar căci *Mingazzini* nu precizează dacă numărul (923) degenerescențelor se referă la numărul cazurilor operate sau la numărul total al bolnavilor. În primul caz raportul procentual este de 8.5% în al doilea 3.3%.

O statistică mai reală este a lui *Blatt* care a făcut 191 de prostatectomii, examinând istologic prostatele a găsit 29 cazuri din cari 20 carcinomatoase și 19 suspecte de carcinom.

Statistica lui cuprinde numai cazurile cari la examenul clinic arătau o simplă ipertrofie prostatică și cari au fost îndepărtate pe cale supra pubiană. Raportul procentual este de 15.2%.

Statistica lui *Ascoli* arată raportul între carcinom și adenom pe baza celor 814 cazuri operate. El găsește următorul raport: 1 : 12,6. Aceasta ar însemna aproximativ 8%.

Clinica chirurgicală din Cluj sub conducerea D-lui Profesor Dr. *Iacobovici* mai târziu clinica Urologică sub conducerea D-lui Prof. Dr. *E. Țeposu* a căutat să facă ori de câte ori a fost posibil controlul istologic al pieselor extirpate după prostatectomii. Astfel Dl. Profesor Dr. *Țeposu* și Dl. Dr. *Danicico* bazați pe un material vast au prezentat în Decembrie 1935 la al V-lea congres de Urologie din București o lucrare în legătură cu 162 de cazuri de ipertrofii de prostată examinate istologic.

În această lucrare statistica este făcută pe 281 prostatectomii efectuate în ultimii 15 ani până la 3 Decembrie 1935.

Examenul istologic s'a făcut în 152 cazuri la Institutul de Anatomie Patologică din Cluj de Dl. Prof. Dr. *Titu Vasiliu*.

Pe aceste 162 de cazuri examinate istologic s'a găsit:

Adenome în 61 cazuri . . . . .	43.7%
Adenom cu fond inflamator 66 cazuri	40.6%
Adenom degenerat 2á cazuri . . . . .	15.4%

Deci s'a găsit degenerescență de 15.4, cifră foarte apropiată de a lui *Albarran* și *Hallé* (14%).

Vârsta la care s'au prezentat bolnavii a fost între 50—77 ani cu media de 61 ani și anume:

50—59 ani . . . . .	5 cazuri
60—69 „ . . . . .	11 „
70—80 „ . . . . .	4 „

Blenoragia în antecedente prezentată în 8 cazuri (32%). Sondașul repetat în 15 cazuri (60%). Febra preoperatorie prezentă în 2 cazuri cu proastă. Pielonefrită 1 caz. Hematuria prezentă în 3 cazuri (12%).

Urinele s'au prezentat după cum urmează:

Albuminurie . . . . .	în 4 cazuri
Puroi . . . . .	„ 9 „
Albumină și puroi . . . . .	„ 10 „
Urini clare . . . . .	„ 2 „

*Cistopia*, făcută în 6 cazuri a dat următorul rezultat: într'un caz nodozități pe colul vezical; în două cazuri hemoragia colului, în așa măsură încât nu s'a putut termina cistocopia; în trei cazuri lobii prostatici au proeminat în interiorul vezicii în modul obișnuit din hipertrofia de prostată.

*Prostata* la tuseul rectal, în 12 cazuri a prezentat forma obișnuită din hipertrofia de prostată, cu contur neted și rezistență fibroasă; în 10 cazuri, deși conturul era neted, consistența s'a arătat mai dură. Consistență neuniformă și formă nodulară, s'a găsit în trei cazuri.

*Operator*, prostata s'a enucleat dificil în 7 cazuri, iar hemoragia a fost prezentă în trei cazuri, restul s'au comportat ca și în adenomul simplu.

*Greutatea* piesei extirpate, a variat între 10—152 grame, cu media de 53 grame.

din punct de vedere istologic în 19 cazuri, tabloul istologic a fost caracterizat prin stratificarea celulelor și penetrarea membranei bazale

fără semne celulare de degenerescență (forma de trecere) iar în 6 cazuri tabloul a fost caracteristic pentru un adeno-carcinom dezvoltat din adenom simplu, prezentând și atipiile celulare caracteristice carcinomului.

*Inflamația* a fost prezentă în 14 cazuri (56%), toate în formă de trecere. Aceste 14 cazuri ridică numărul adenomelor infectate la; 66—14—80; adică 49,3%.

*Ca mers post-operator*, febra cu durată mai mare de trei zile, a fost prezentă în 8 cazuri, și poate fi atribuită în două cazuri septicemiei, într'un caz congestiei pulmonară iar în rest unor cauze necunoscute.

*Morți*: două cazuri, ambii în stare septică, unul din ei cu determinări articulare. Acesta din urmă este un caz la care tumora extirpată a cântărit 146 grm., iar istologic a prezentat forma de trecere, ca infiltrație leucocitară interstițială abundentă.

*Ancheta tardivă*, făcută pe cazurile de adenom degenerat, a dat următorul rezultat: mai trăesc 3 inși, la 6 ani după operație, doi la 3 ani după operație, 8 la 1 an după operație. Au sucombat între 1-3 ani după operație 5 bolnavi dintre cari 3 corespund degenerescenței tipice. Recidivă controlată nu s'a observat. În 5 cazuri nu s'a obținut nici un răspuns.

Din statisticele arătate până acum vedem cât de greu se poate face comparația datelor diferiților autori, fiindcă fiecare se bazează pe alte principii la întocmirea statisticii sale.

Divergența între diferitele statistici privitoare la frecvența carcinomului, date de diferiți autori, are diferite cauze.

Un rol principal îl joacă concepția diferită a autorilor despre schimbările istologice. Concepția diferită merge așa de departe încât unii autori susțin imposibilă o degenerare malignă a ipertrofiei de prostată. Astfel *Geraghty* susține că la sute de cazuri de adenom prostatic n'a putut găsi niciun caz carcinomatos. *Shaw* susține că la una mie cazuri de enucleație numai două le-a putut clasifica maligne și nici la aceste două din urmă nu s'a putut dovedi degenerarea malignă a unui adenom, căci n'a putut găsi un stadiu de trecere. Așa că după părerea lui, rămâne întrebarea, dacă nu era vorba de un carcinom care își are originea din glanda prostatică, din capsula prostatică chirurgicală și care abia secundar s'a infiltrat în ipertrofie. *Frisch*, *Blatt* și *Moore* sunt cu loșii de altă părere. Astfel *Moore* publică două cazuri de carcinom în ipertrofie benignă. Acest adeno-carcinom în naștere la periferia areolilor ipertrofice și abia o mică parafitică trece peste iperplazie în prostata glandulară.



Unii autori ridică obiecțiuni împotriva posibilității de a găsi un carcinom în partea ipertrofică enucleată. Ei susțin că este vorba de o infiltrație carcinomatoasă în ipertrofie, având originea și punctul de plecare lobul posterior. Acestea sunt cazurile pe cari le descrie *Min-gazzini* sub numele de „Carcinom plus adenom“. Dovada, că creșterea malignă a carcinomului a început într'adevăr în areolă ipertrofică este, că s'au găsit schimbări isto-patologice caracteristice în partea ipertrofică, cari pledează pentru o stare precanceromatoasă. Prin faptul

Diferite stadii de trecere a unui proces inflamator,  
regenerativ, în carcinom.

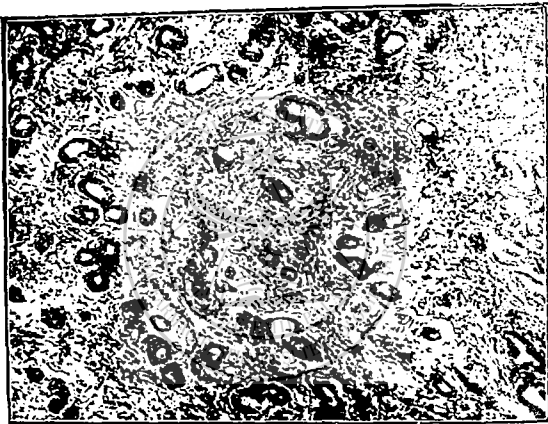


Fig. I. — Noduli epiteliali solizi și cu lumen, implantați în musculatură. Proces tânăr regenerativ.

că schimbările isto-patologice ale capsulei prostatei, în caz de carcinom, sunt analoage cu schimbările din ipertrofie, tragem concluzia că neoplasmul ar avea originea din partea ipertrofică. Iată deci, pentru a stabili originea adevărată a carcinomului a fost necesar să se recurgă la examenul isto-patologic al pieselor, singurul în măsură să ne dea rezultate satisfăcătoare. Există o foarte strânsă legătură între carcinom și procesele regenerative; deaceia în totdeauna s'a ținut cont de ele. *Bauer* a examinat isto-patologic 310 preperate și a făcut următoarea împărțire.

I. Inflamație. II. Regenerare și inflamație. III. Regenerare. IV. Regenerare și atipii. V. Carcinom incipient și schimbări precanceroase. VI. Carcinom.

La examenul microscopic s'a ținut seamă mai ales de celulele atipice, de mitose și de formațiuni patologice ale tubilor regenerați, cari toate împreună sunt foarte importante și patognomonice pentru un carcinom incipient. Prima grupă neavând aceași însemnătate nu s'a ținut cont de ea, așa că numerile cari urmează se referă la celelalte grupe. Din 310 preparate examinate la 5 grupe s'ou găsit 108 cazuri anormale. Astfel la grupul II 13 cazuri, la grupul III 34 cazuri, la grupul IV 17 cazuri, la grupul V 20 cazuri și la grupul VI 24 cazuri. Pe baza acestor date foarte concludente se vede că procesul de regenerare joacă un rol foarte important în producerea cancerului. Din patologia generală se știe, că formarea carcinomului este legată



Fig. II. — Focare regenerative mai vechi, cu ecrescențe pseudo-papilare, reprezentând formațiuni tipice.

de regenerațiuni celulare, cari la rândul lor sunt în legătură cu stările iritative cari produc inflamațiuni cronice. La examenul istologic făcut de *Bauer* s'a găsit existența unor zone inflamatorii și de regenerație într'un mare număr de preparate. Se pune întrebarea: care este cauza formării acestor regenerațiuni, și dacă ele sunt în legătură cu formarea carcinomului?

Traumatismele și procesele inflamatorii, formele de prostatită interstițială și intercanaliculară, prostatitele juvenile și hipertrofia, sunt cauzele principale ale regenerațiunilor.

La aceste se mai adaugă și regenerațiunile ce s'au constatat în urma leziunilor epitelului, produse de contracțiunile mușchiulare în timpul micțiunii, defecației și ejaculației.

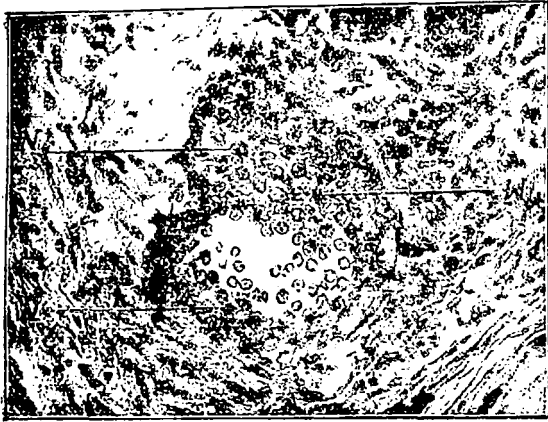


Fig. III. — O proliferare intensă a epiteliului acinos, variațiuni în colorare și în mărimea nucleului. M = Mitoze. Inceputul unei transformări a țesutului regenerativ în țesut canceros.

La stomac de multe ori s'a găsit cancer acolo unde s'a observat repetatele proceșe de regenerație produse în urma leziunilor repetate. La fel la orgănele parenchimoase, ficat, rinichi etc., s'a observat un cancer primăr după procesele regenerative. În cazul prostatei la fel s'a găsit dezvoltarea carcinomului acolo unde s'au găsit schimbări inflamatorii, iritative și de regenerare.

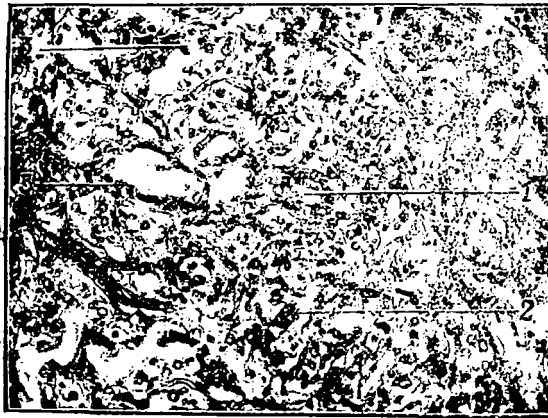


Fig. IV. — Formațiuni canaliculare atipice în interiorul unui carcinom tânăr. 1) Canalicule cu celule mari și nuclei veziculari. 2) Un cub de celule. 3) Mitoze.

Deși cele afirmate până acum au fost făcute pe baza cercetărilor serioase asupra multor preparate istologice, totuși nu s'a putut constata precis cât timp trebuie ca un proces regenerativ să se transforme într'un carcinom. Doar atât s'a putut stabili că dela începutul malignizării și până la dezvoltarea completă a carcinomului trec aproximativ 4—8 luni.

Dimpotrivă, procesele regenerative durează mult.

Fazele de trecere și de transformare a proceselor regenerative în procesele maligne au fost studiate de către Tietze asupra mai multor preparate istopatologice. Astfel se produc transformări celulare importante care ne permit să vorbim despre un cancer incipient. Protoplasma celulelor epiteliale devine tot mai închisă, nucleul devine intens colorat și neregulat, poziția s'a în protoplasmă se schimbă, odată se găsește, bazal, altădată mai către lumen.

Afară de aceasta se mai observă, lipsuri epiteliale, procum și infiltrație limfocitară, cari toate împreună pledează pentru o malignitate incipientă. Felul cum împreună cu formarea carcinomului se formează mai puțin sau mai mult țesut conjunctiv, vom vorbi de un cancer medular sau schiros. În ceea ce privește localizarea carcinomului în prostata hiperplastică, s'a arătat că semnele de regenerare s'au observat mai mult la periferie și că ele trec mai des dela capsulă spre părțile hiperplastice, cazurile inverse sunt rare și puțin probabile. Pentru această pledează și faptul că neoplasmul se găsește mai des în glandă decât în hipertrofie.

Moore a observat în 17% apariția carcinomului în capsulă.

Cu toate acestea de multe ori carcinomul s'a găsit în mijlocul pieselor extirpate și nu s'a constatat prezența elementelor canceroase la periferia părților enucleate.

Pe baza acestor fapte putem trage concluzia că adenomul degenerat poate avea o dublă origine: 1. origine glandulară, 2. sau din părțile hiperplastice ale prostatei și că părțile hipertrofice sunt de multe ori originea adenomului degenerat al prostatei.

### Simptomatologia

Tabloul clinic al adenomului degenerat nu este întotdeauna același, 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.

De cele mai dese ori adenomul evoluiază sub aspectul unei hipertrofii de prostată, cel puțin în primele stadii ale apariției sale, de aceea cu greu se poate depista clinic prin simptomatologie și prin examenul obiectiv. De multeori toate datele noastre obținute în timpul examinării pentru stabilirea diagnosticului pledează pentru o hipertrofie și în realitate examinarea anatomo-patologică ne convinge de contrariul, având de aface cu o degenerescență.

Voi căuta totuși pe baza observațiilor clinice să redau pe cât este posibil o simptomatologie cât se poate mai schematică pentru că aceasta să ne folosească pentru depistarea cât mai precoce a unui adenom prostatic pe cale de degenerescență.

Astfel schematizând, boala evoluiază în trei perioade stabilite de Guyon.

I. Prima perioadă sau stadiul premonitor (Reitz stadium) se caracterizează printr'o congestie care se manifestă prin polakyurie și o dysuire. În acest stadiu nu avem reziduu.

La început polakyuria este nocturnă și repede este însoțită de dificultăți la micțiuni, bolnavul trebuie să depună efort pentru a putea urina.

Perioada de congestie poate dura 2-3 sau chiar mai mulți ani. Concomitent cu instalarea polakyuriei forța jetului și raza de proiecțiune scad treptat, până când urina cade vertical stropind ghețele bolnavului. Aceste turburări în micțiuni sunt cunoscute sub numele de *disurie incipientă* a prostaticelor și sunt mai accentuate noaptea.

Dacă vezica este congestionată, apar micțiunile imperioase și foarte dureroase. Durerile preced micțiunea și încetează odată 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. Degenerescența adenomului poate surveni în acest stadiu incipient al hipertrofiei de prostată, însă rar. Dacă survine atunci polakyuria nocturnă devine continuă.

După micțiune bolnavul nu simte o ușurare durabilă, căci puțin după golirea vezicii, simte o nouă nevoie de a urina, adevărate fenomene de cistită.

Caracteristic pentru apariția degenerescenței este evoluția rapidă a simptomatologiei ce caracterizează primul stadiu a hipertrofiei de prostată la care se adaugă apariția durerii, pe care bolnavii o localizează fie dealungul penisului, fie în perineu.

Durerile au un caracter spontan sau survin cu ocaziunea eforturilor de deplasare sau micțiune. Au caracter variat, pot fi coccigiene, sacrate și sciatice.

II. Cu timpul ipertrofia pronunțată a adenomului prostatic și oboseala vezicii numai 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 II-a a ipertrofiei de prostată, caracterizată prin micțiune cronică incompletă fără distensie cu reziduu vezical și cu insuficiență evacuatoare a vezicii.

Rezidiul la început este de 20-30-40 grm. apoi crește treptat până la 200-400 și chiar 600 gr. (*Marion*), când bolnavul se plânge de o senzație continuă de apăsare în ipogastru și peritoneu.

O congestie pelviană pronunțată poate da o retenție acută de urină. În această perioadă apar și simptomele generale ca și slăbire, astenie, indigestie, paliditate, etc.

Apariția degenerescenței în această fază de evoluție a ipertrofiei este mai frecventă ca în prima perioadă, și se manifestă printr-o întârziere a micțiunilor: bolnavul fiind obligat să facă un efort apreciabil, până ce urina apare la nivelul meatului său. Aceste disurii apar mult înaintea unei retențiuni, constituind totuși semnul unor retențiuni cronice. *Freudenberg*, *Allbarran* și *Hollé* au semnalat cazuri la cari s'a instalat o retenție incompletă cronică, concomitentă cu frecvența micțiunilor.

De cele mai multe ori, retențiunea apare ca ultim act, după ce rând pe rând au apărut polakiuria, disuria, durerea și ematuria.

Retențiunea incompletă cronică, este urmată uneori de incontinență. Acest simptom se stabilește precoce la indivizii la cari degenerescența carcinomatoasă a prostatei s'a propagat la sfincterul vezicii.

Ematuria se observă aproape în 50% a cazurilor.

*Mansell*, *Moulin* spun că emoragia este caracterul cel mai important al degenerescenței și deaceia atrage atențiunea, să ne gândim la o malignizare, ori decăteori nu avem o cauză aparentă evidentă, care să explice aceea emoragie.

Ultimul stadiu al boalei se caracterizează prin simptoame locale și generale grave.

Rezidiul devine tot mai mare și vezica distinsă formează un glob palpabil în ipogastru. Micțiunea este foarte frecventă tot la 5—10 minute, pentru că în curând bolnavul să devină incontinent. Vezica distinsă la maximum învinge rezistența sfincterelor și urina se prelinge

incontinuu. Alături de aceste simptome datorite retenției cronice complete cu distensie, apar simptomele caracteristice carcinomului degenerat. Astfel ematuria care la început este minimă îmbracă aspecte ce sunt în directă legătură cu caracterele neoplasmului și cu momentul evoluției sale.

În mod obișnuit însă ematuria se prezintă sau ca picături de sânge ce preced jetul, sau ca picături cu cari micțiunea se termină. Și într'un caz și în altul, este vorbă de ulcerăriuni ce interesează trigonul vezicii și uretra prostatică; este un semn important care ne arată un proces distructiv înaintat.

*Fenomene rectale.* După cum avem fenomene din partea vezicii și uretrei, tot așa putem avea fenomene rectale. Aceste sunt mai vagi sau mai accentuate, după cum tumoara se dezvoltă către rect, sau este într'un stadiu înaintat al evoluției sale.

Sunt 2 feluri de tulburări: Congestive și mecanice.!

De aci rezultă emoragii, congestii emoroidale, rectite, tenezme sau pe de altă parte, prin micșorarea calibrului rectului, constipații ce pot ajunge până la ocluzii.

Aceste simptome sunt accentuate când carcinomul are o dezvoltare mai mult către rect, punându-ne în situația de a distinge o formă rectală a carcinomului prostatei, în raport cu o formă vezicală sau uretrală (*Hawley*).

În afară de simptomele descrise până acum, durerea și slăbirea, cași în orice altă tumoră malignă, sunt semne caracteristice în evoluția unui adenom degenerat. Durerea este un simptom constant însă se bucură de variante multe, atât ca localizare cât și ca intensitate. Are un caracter pasager — vine — trece ca o senzație de greutate în perineu, un fel de tracțiune, sau din contră un fel de presiune, senzație ce este în raport cu un efort sau cu o mișcare bruscă, neprevăzută.

Aceste dureri cu totul inițiale se schimbă treptat treptat și devin permanente exagerându-se doar la eforturile micțiuni.

Sunt constante în perineu și iradiază fie de a lungul penisului, fie de a lungul unuia din membrele inferioare.

Aceste durari sunt explicate prin iritațiunea ce o face tumora asupra plexurilor nervoase din pelvis.

În rezumat durerea în degenerescență malignă a adenomului prostatic este o durere specială, continuă, puțin influențată de eforturi și micțiuni, situată profund în perineu și iradiată dealungul nervilor din această regiune: sciatic obturator.

Slăbirea este un alt simptom foarte important, el nu se instalează dintr'odată, ci treptat în strânsă legătură cu dezvoltarea tumorei. Bolnavii încetul cu încetul pierd din greutate, își pierd forțele, se anemiează și tegumentele lor în multe cazuri iau colorațiunea palidă, „jaune — paille,” caracteristică carcinomatozelor.

În sânge retenția azotată crește foarte mult, se prezintă o stare de somnolență și bolnavul se cașectizează.

### *Simptome obiective.*

Prin inspecție nu ne putem da seama de caracterele micțiunii, ci observăm numai bombarea vezicii în ipogastru. Vezica desfinsă o putem palpa și percuta.

Examenul obiectiv al uretrei este foarte variabil și depinde în totdeauna de gradul degenerescenței.

La început când degenerescența unui hipertrofii de prostată este numai istologică, uretra prezintă o serie de deformațiuni (alungită, turtită, scoliozată) fără a fi stenozată.

În acest stadiu, prin sondaj apreciem calibrul și lungimea uretrei și evaluăm cantitatea rezidului vezical.

Când degenerescența este avansată și interesează forma și mărimea prostatei, uretra de cele mai multe ori prezintă un calibru modificat, o strâmtorare în regiunea prostatei. Încercând a face cateterismul uretrei, abia putem intra cu sonda no. 16,17.

Alteori acest canal este complet obstruat, cateterizarea fiind imposibilă. Este necesar de a completa examenul uretrei printr'o uretoscopie posterioară. Aceasta nu este totdeauna posibilă, datorită obstruării uretrei și emoragiilor care se produc la acest nivel, în urma încercării de a introduce uretoscopul sau cateterul.

*Prostata.* Singura cale de explorare a prostatei este calea rectală prin tușeul digital, prin care putem să apreciem modificările acestui organ în ceea ce privește, volumul, forma, consistența și sensibilitatea.

La început este foarte greu să ne pronunțăm dacă avem de a face cu o degenerescență malignă carcinomatoasă sau cu un simplu adenom. De multe ori prin examinarea rectală putem găsi prostata bine circumscrisă, prezentând o oarecare mobilitate, mărită, regulată, de consistență elastică și cu toate acestea nu este exclusă surpriza că la enucleare și examinarea anatomo-patologică să avem de a face cu un carcinom în primele stadii ale evoluției sale. O prostată cu de-



generescență carcinomatoasă, de regulă este mărită în volum, și prezintă două caractere esențiale cari permit să facem diagnosticul.

Aceste sunt : neregularitatea formei și îndurația. Degetul palpator percepe asupra prostatei o asimetrie, datorită unei dezvoltări a masei neoplasice mai mult într'un lob decât în altul. Adenomul simplu totdeauna dă o formă bine circumscrisă. Carcinomul din contra, difuzează și se infiltrează în țesutul celular înconjurător.

Veziurile seminale, fiind prinse, nu se mai percep separat de masa prostatică ; când degenerescența este într'un stadiu mai avansat, prostata își pierde limitele sale laterale, continuându-se într'o parte și alta cu țesuturile vecine pentru a forma șir cu grupurile ganglionare.

Prostata din consistența moale ce o are la început, odată cu malignizarea devine dură, lemnoasă. Această consistență poate să aibă o distribuție nodulară, în cazurile incipiente sau poate să fie masivă în cele mai avansate.

În cazurile cu totul avansate de degenerescență, alături de nodulii lemnoși, degetul ce face tușeul simte locuri elastice, chiar fluctuente, datorite abceselor secundare, ce au loc într'o astfel de prostată.

Pentru a aprecia duritatea prostatei, trebuie să combinăm tușeul rectal cu cateterismul printr'o sondă cu pereții rigizi, o sondă metalică. Astfel introducând o sondă benigne în vezică și executând și tușeul rectal, degetul numai recunoaște prin intermediul grosimei prostatei cateterul (semnul lui *Maurice-Chevassu*).

Când palpăm o prostată normală s'au hipertrofiată, constatăm că acest organ are oarecare mobilitate. O prostată degenerată, după ce și-a pierdut marginele laterale, devine fixă, fixitate afirmată mai mult prin tușeul rectal, combinat cu palpeul ipogastric.

Pentru a completa examenul obiectiv — cistoscopia este absolut necesară, dacă uretra permite și se face frecvent în Clinica Urologică din Cluj, căci de multe ori ea ne dă date foarte prețioase.

Astfel prin cistoscopie studiem forma tumorii, precizăm locul unei ematurii, originea unei piurii, examinăm leziunile vezicii, diagnosticăm prezența calculilor sau o tumoră vezicală.

Imaginea cistoscopică este foarte variabilă, uneori se prezintă sub aspectul caracteristic unei hipertrofii de prostată, fără ca să ne putem da seama că ar putea să pledeze pentru o degenerescență malignă a hipertrofiei. Alteori din contra putem constata o infiltrație neregulată care ne atrage imediat atenția pentru o malignizare. Desemnul neted al trigonului vezical este alterat și modificat prin ridicături de mărimi

deosebite. Alteori vedem tumori infiltrative, nodulare, conopidiforme ale trigonului și colului, datorite trecerii procesului neoplasic pe vezică.

Aceste pot fi ulcerate sau nu. In caz că suut ulcerate sângerază foarte ușor.

Cistoscopia, făcută în 6 cazuri din 25 adenome degenerate găsite în clinica Urologică din Cluj, ne-a dat următorul rezultat :

1. Intr'un caz nodosități pe colul vezical; în două cazuri emoragia colului; în așa măsură încât nu s'a putut termina cistoscopia, în trei cazuri lobii prostatici au proeminat în interiorul vezicei, la fel ca în hipertrofia de prostată.

Deoarece subiectul tezei mele studiază degenerescența malignă carcinomatoasă a hipertrofiei de prostată, ca în toate tumorile maligne ganglionii au o mare importanță în ceea ce privește diagnosticul, prognosticul și intervenția chirurgicală.

Ganglionii reacționează rapid, astfel prin tușeul rectal combinat cu palparea abdominală se simte în fosele iliace masse ganglionare dure, neregulate, atârând în micul bazin și făcând corp cu prostata.

Ganglionii inghinali, deși nu sunt în legătură directă cu limfaticele prostatei sunt cuprinși adese ori.

Existența unei astfel de adenopatii ușurează diagnosticul cancerului, căci putem face biopsie sub anestezie locală și apoi putem examina microscopic.

Din totalitatea simptomelor subiective și obiective descrise mai sus, putem conchide că stabilirea diagnosticului unui adenom degenerat este foarte grea căci de multe ori stabilim un diagnostic de hipertrofie simplă mai ales atunci când degenerescența este incipientă și în realitate după operație, s'au la masa de autopsie, ne convingem de contrariu.

Deci singurul diagnostic precoce este examenul microscopic.

## Diagnosticul

In faza inițială diagnosticul unui adenom degenerat este foarte greu de făcut, totuși nevoia de a face un diagnostic, cât mai precoce se impune, deoarece de el depinde aplicarea tratamentului eficient și salvarea vieții pacientului. Diagnosticul se poate stabili prin două căi: clinic și prin laborator. Voi trece în revistă toate semnele după cari putem să facem un diagnostic atunci când tumora este operabilă, adică înainte ca tumora să fi trecut de capsula prostatei.

La început simptomele sunt asemănătoare acelorale ale ipertrofiei de prostată, tot ce deosebește transformarea malignă este evoluția, rapiditatea cu care progresează tumora și gradul de intensitate a simptomelor. Astfel primele simptome cari trebuie să atragă atențiunea medicului sunt *turburările urinare*: disuria, polakiuria, continuă, jetul întârziat și stropitor, retențiunile cronice, și incontinența, cari se instalează treptat și paralel cu evoluția tumorii.

În cazul ipertrofiei de prostată, bolnavul ne va spune că de multă vreme are aceste turburări, pe când în cazul carcinomului ne va spune că aceste simptome sau instalat dintr'odată, sau că dela o anumită dată sau accentuat rapid.

Pollakiuria la carcinomatoși este continuă, pe când la ipertrofie este nocturnă, și se instalează odată cu greutatea de a urina. După micțiuni bolnavul nu se simte ușurat și peste puțin timp simte nevoia de a urina.

Examinând prin tuseu prostata unui astfel de bolnav, prea puține caractere anormale, îi vom găsi. O vom găsi doar dură și ușor sensibilă.

Incontinența apare la început și în timpul nopții, mai târziu devine diurnă. De obicei apare când maladia este avansată.

*Ematuria* este uneori precoce, fiind chiar primul semn care atrage atențiunea bolnavului. Poate fi inițială sau terminală, spontană sau provocată prin cateter. Ori care ar fi ea, este un semn că leziunea tumorală s'a întins la uretră sau col.

*Durerea* la început este în legătură cu micțiunea mai târziu devine independentă și constantă fiind localizată în perineu.

Acest simptom are o mare importanță pentru stabilirea diagnosticului, însă are desavantajul că apare atunci când leziunile sunt prea avansate. În ipertrofia simplă durerea are altă cauză decât dezvoltarea adenomului, anume este produsă de vre'o uretricită sau calcul și este datorită micțiunilor.

*Tușeul rectal* și semnul lui Meurice-Chevassu de multe ori nu ne pun pe calea unui diagnostic precis.

Când la tuseu găsim o prostată mărită, neregulată dură cu margini dispărute, dureroase, trebuie să ne gândim la o tumoră malignă — la un carcinom.

Cistoscopia și uretroscopia atunci când sunt posibile indică direct diformajiuni, ulcerajiuni sau simple infiltrațiuni la nivelul planșeului colului sau uretrei prostate.

Vârsta și cașecșia de multeori ne dau indicașioni asupra aparișiei carcinomului prostatic care de obicei apare între 45—61 ani.

De aceea ori de cãteori un prostatic de această vâștã ne conșultã, trebuie sã avem în minte, posibilitatea unei tumori maligne.

În afarã de cele descrise pãnã acum examenul microscopic fãcut fragmentelor ridicãie cu cateterul, sau biopsia fãcutã asupra ganglionilor inghinali mãriși și duri, ne duce la confirmarea și stabilirea diagnosticului.

Când întâlnim greutãți în timpul operașiei la enucleare și când chirurgical nu poate gãsi un plan de clivaj și este nevoit sãși facã drum cu foarfeca, iar emoragia este mai mare deasemeni trebuie sã ne gãnđim la o tumorã malignã.

### Diagnosticul diferenșial

Diagnosticul diferenșial se impune în primul rãnđ cu toate afecșionile prostatei, apoi cu unele afecșioni ale uretrei, vezicei și sistemului nervos.

*Prostatia cronicã.* Simuleazã uneori cancerul. La tușeul rectal putem constata noduli în lobiși prostatici. Acești noduli sunt mai pușini duri în comparașie cu cancerul și mai pușin diseminași. Prostata este mai netedã, mai regulatã și se poate delimita. La masajul prostatei se scurge prin uretrã puroi, dupã care bolnavul se simte ușurat. Fãcând un tratament de încercare în caz de prostatitã simptoamele se amelioreazã progresiv, nucleii se modificã, iar bolnavul se simte mult mai bine.

*Prostatita sub=acutã.* Se exclude foarte ușor prin faptul cã evoluiazã cu simptome generale: temperatura ridicatã, febrã 39 puls accelerat, evolușie foarte rapidã, dureri violente. Apare de regulã la indivizi mai fineri, dupã o afecșione a uretrei.

La tușeul rectal constatãm o prostatã ușor mãritã, foarte durã roasã, rezistenã, uneori percepem locuri mai suple, chiar fluctuente datoritã abceselor din prostatã.

*Adenomul prostatei.* Constitue afecșiunea cu care putem confunda carcinomul cele mai deseori, mai ales în faza inișialã a acestuia. Turburãrile funcșionale pot fi aceleași tușeul rectal putând sã ne arate o prostatã mãritã de volum și destul de rezistentã, totuși o serie de caractere fac posibilã o distincșiune.

În primul rând vine vârsta. Degenerescenta malignă carcinoma-  
toasă survine de obicei înainte de 60—61 ani, ipertrofia simplă este  
mai frecventă după această vârstă. Toate datele statistice arată că ade-  
nomul este mai frecvent între 55—70 ani, iar din acest interval vârsta  
de 60—65 ani este cea mai bătuită (peste 30%).

Marion spune că după 60 ani 50% a indivizilor au prostata  
mărită, iar dintre aceștia 25% au și turburări urinare manifeste. Iper-  
trofia se instalează cu încetul, de ani de zile, de zile, astfel bolnavul  
observă că nu poate urina bine, sau că urinează prea des, mai ales  
noaptea, pe când la carcinom debutul este mai brusc și evoluția  
mai rapidă.

Bolnavii cu adenom se plâng în primul rând de frecvența exa-  
gerată a micșunilor și numai mai târziu de schimbarea jetului, întâr-  
ziere, stropire cari simptome la carcinom apar deodată. Pollakiuria este  
nocturnă la cei cu ipertrofie și continuă la cei cu carcinom. Ipertrofia  
de prostată nu-i însoțită de dureri, decât doar când este complicată cu  
cistită sau calcul, carcinomul din contră, prezintă dureri permanente  
cari merg agravându-se.

Înainte de a practica tușeul rectal la un om care acuză turbu-  
rări prostatice, este bine ca în totdeauna să explorăm prin palpație re-  
giunea inghinală.

De multeori, aci putem găsi ganglioni prinși și de o duritate re-  
marcabilă încât diagnosticul unui carcinom poate fi stabilit aproape cu  
siguranță. În ipertrofie avem euzinofilie în cancer nu. Totuși tușeul  
rectal și cistoscopia sunt metodele cele mai prețioase pentru dife-  
rențiere.

Astfel în caz de ipertrofie simplă, vom găsi o prostată mărită,  
regulată, căreia i-se pot delimita ușor marginile, deoarece este perfect  
limitată. Consistența este suplă, elastică. În carcinom întâlnim neregul-  
laritatea formei, mărimea de volum, dispariția limitelor și ceea ce este  
mai caracteristic, găsim o duritate lemnoasă. Cateterizarea este posi-  
bilă și ușoară în ipertrofie, dificilă și chiar imposibilă în carcinom.

Bolnavii cu ipertrofie pot suporta o sondă „à demeure“, pe  
când un canceros nu o poate suporta din cauza durerilor și a emo-  
rației.

*Examenul cistoscopic* în adenom ne arată bombarea lobului  
mijlociu în vezică, pe când în epiteliom sunt aspecte care variază dela  
o simplă infiltrație și tendința de invadare până la exulcerație.

Semnul lui Maurice Schevassu este negativ în cazul ipertrofiei  
fiind pozitiv în cancer.

Ipertrofiie de prostată n'are tendința de a invade organele vecine, carcinomul din contră invadează progresiv și prinde veziculile semioale, canalele ejaculatoare, vezica urinară. Iar într'un stadiu și mai înaintat de evoluție toate organele pelviene sunt prinse, formând un plastron dur numit de „*Guyon* carcinomatoză prostatopelvică”.

*Tuberculoza prostatei* prin nucleice formează în jurul canalelor ejaculatoare poate să ne inducă de multeori în eroare.

Ea este însă o leziune ce apare la indivizii fineri și nu este unică, ci este însoțită de alte leziuni, fie în restul organelor genitourinare, fie în restul organismului. Ca aspect local, nodulii bacilari sunt mai mici, ramoliți în parte și înconjurați de țesutul glandular uneori indemn, deci suplu și elastic. Acest examen trebuie complectat prin căutarea bacilului *Koch* în frotiuri făcute din scurgerea obținută după masaj și prin căutarea aceluiaș bacil în urina sau eventual în oculara la cobai.

*Tumorile proprii ale vezicii* sunt însoțite de fenomene urinare. Însă tușeul rectal ne arată o prostată normală. Cateterizarea este posibilă și ne arată o uretră permeabilă și fără deviațiuni. Cistoscopia are rol predominant căci putem vedea direct masa neoplasică ce ocupă vezica în unul din punctele sale.

*Calculoza vezicală* cu simptome urinare, ematurie și dureri, trebuie exclusă cu ajutorul cistoscopiei stabilim astfel precis diagnosticul.

*Cancerul rectului* se exclude pe baza examenului rectoscopic.

*Tabesul*. În fața unui bolnav cu turburări în micțiune trebuie să ne gândim în 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 rotulian și achilian, turburări de sensibilitate, de coordonare (*semnul lui Romberg*) modificări ale reflexelor pupilare cu *semnul lui Robertson*, eventual turburări de motilitate „ataxia tabetică”.

## Tratamentul

Ca în orice tumoră este de dorit o ablațiune totală a prostatei, însă aceasta nu-i posibilă decât în faza cu totul inițială a degenerescenței carcinomatoase, sau în orice caz înainte de a fi trecut de capsula prostatică. Deaceia ori de câte ori bănuim un adenom malignizat și prin tușeu percepem oarecare duritate, trebuie ca bolnavul să fie operat.

Cazurile în cari tumoara a evadat din capsulă și a trecut în țesutul celular peri-prostatic, vezică, rect și ganglioni, doar radioterapia profundă sau radium-terapia și o serie de îngrijiri locale mai pot prelungi viața bolnavului. În general putem vorbi de 2 tratamente: unul paleativ sau conservatic și altul curativ.

Tratamentul paleativ este îndreptat contra durerilor, turburărilor urinare și rectale. El se aplică cancerilor inoperabile ale prostatei față de care suntem veritabili desarmați.

Vom combate durerile, prin analgezice obișnuite, antipirină, aspirină, pe cale bucală una dou grame la zi, fie prin spălături uretro-vezicale.

Într'un stadiu mai avansat, când durerile sunt persistente și când analgezicele obișnuite sunt fără efect, vom recurge la opiacee, vom da pantopon, în doze minimale, căci cu timpul bolnavul avea dureri mai mari, pe care le vom combate măbind doza sau dând morfină sau scopolamină-morfină sub forma de injecțiuni subcutane. Vezica urinară trebuie întreținută într'o stare de curățenie cât mai perfectă, de aceea trebuie spălată zilnic cu apă caldă anti-septizată cu hipermanganat de potasiu sau mai bine cu oxi-cianură de mercur unu la 4 mii sau acid boric 3%.

Retențiunile urinare și turburărilor rectale trebuiesc combătute și ele. Retențiunile le vom combate prin cateterizări, când însă introducerea unei sonde numai e posibilă fie că uretra s'a stenozat, fie că se produc uretroragii din cauza traumatismului provocat de cateter, singurul ajutor ce putem da bolnavului este facerea unei cistotomii supra pubiene, care va avea drept efect o scurgere regulată a urinei prin sonda Pezzer introdusă prin butonieră ipogastrică și deci un repus pentru vezică și uretră. Constipațiile vor fi combătute cu clisme evacuatoare, laxative și prin purgative. Când se produc stenozări auzorii recomandă dilatațiuni și în cazuri mai grave chiar efectuarea unui anus contra naturei, ileac sau lombar.

Asupra tumoarei nu se poate interveni decât prin radiațiuni.

### Tratamentul conservativ

Cercetările lui Cyril A. R. Nich de la spitalul St. Thomas din Londra asupra tratamentului conservativ a carcinomului prostatic sunt foarte concludente. Măsurile operative pentru cura radicală a carcinomului prostatic nu se pot lua decât în cazuri relativ mici.

Formele variate de tratament conservativ se împart în trei grupe :

- 1) Radioterapie, și Radiumterapie.
- 2) Chirurgical.
- 3) Chirurgical combinat cu radioterapie.

### Radioterapia.

Când a fost introdusă terapia profundă cu raze X, s'a crezut că va fi un tratament ideal pentru carcinomul prostatei, și că va înălțura toate dificultățile de tratament. Din nefericire însă experiențele adunate de mulți cercetători în această direcție, în interval de câțiva ani ajung la aceeaș concluzie : rezultatele imediate tratamentului sunt uneori remarcabile, însă rezultatele ulterioare sunt de obicei puțin satisfăcătoare.

După tratamentul inițial, urmează o involuție a prostatei, care poate să ajungă la mărime și consistență normală, hemoragia cedează și micșionile normale se pot restabili. Din păcate aceste remisiuni sunt numai fenomene trecătoare, deoarece simptomele reapar, dezvoltându-se metastaze în oase și pacientul moare.

În unele cazuri razele X excită creșterea dela început și cauzează o hipertrofie și diseminăția rapidă producând metastazarea carcinomatoasă în diferite organe.

Când tratamentul cu raze X este dus la exces, sau dat prea frecvent, cauzează dermatite neplăcute, cistite grave, proctite ulcerative și obstrucții limfatice.

Mai de mult tratamentul radioterapic a fost nesigur, însă dela cercetările lui *Holfelder* încoace, această tehnică de tratament a fost pusă pe baze mai exacte și rezultatele au devenit mai bune.

Detaliile tehnice ale rădiațiunilor întrebuințate de doctor *Tchaperoff* pe toate cazurile de carcinome prostatice din spitalul St. Thomas sunt pe scurt următoarele :

Kilovoltage (K. V.) . . . . .	180
Filtru . . . . .	5 mm. Cu — .1 mm. AL.
Distanța focală . . . . .	40 cm.
Viteza ee Rădiațiune . . . . .	20 tr. pe minut.

#### Dimensiunea câmpurilor.

R. și L. suprapubice . . . . .	10 × 8 cm.
Perineal . . . . .	6 × 8 cm.
R. și L. sacral . . . . .	10 × 15 cm.



Se utilizează o doză totală profundă de 150% până la 200% pe prostată. Pentru fiecare câmp la fiecare tratament se aplică 60% H. E. D. Acestea sunt aplicate prin metoda maximală a celor cinci câmpuri ale lui *Holfelder-Reisner*.

În felul acesta fiecare câmp obține de câte 5 ori câte 60% H. E. D.

Câmp	Z i u a																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
I.	60		60				60					60					60				
II.	60		60				60					60						60			
III.	60			60				60					60						60		
IV.		60		60					60					60						60	
V.		60			60					60					60						60

Dintr'un grup de 30 cazuri tratate pe această cale cu sau fără drenaj suprapubian, unul a supraviețuit 8 ani și altul cinci ani, amândoi fiind vindecați în aparență. Restul de 28 bolnavi au murit toți în timp de 3 ani. Durata medie de supraviețuire a acestor 28 cazuri a fost de 1 an și 10 luni. Tot ceace se poate spune despre aceste rezultate este că sunt încurajatoare, și că făcând raportul la sută vedem că numai în 6% obținem vindecare.

Însă trebuie ținut cont că o mare proporție a cazurilor sunt dela început fără speranță, și din această cauză este incorect să se spună că terapia modernă cu razele X vindecă numai în 6% a cazurilor. Deoarece dacă tratamentul ar fi fost aplicat de timpuriu la o serie de cazuri sigur că rezultatele ar fi fost cu mult mai bune.

La spitalul St. Bartholomeu din Londra *Dr. Walter* a introdus o metodă nouă de radioterapie cunoscută sub numele de „metoda intensivă cu doze fuzionante” (*The intensive split-dose method*).

În această metodă sunt întrebuințate razele penetrante puternic filtrante produse la 200 mii volți.

Tratamentul este aplicat zilnic timp de două săptămâni până la una lună sau chiar mai mult, doza maximală de toleranță fiind aplicată asupra câmpului perineal.

Reacțiunile locale sunt destul de grave însă nu s'au observat arsuri și nici anemii produse prin destrucția globulelor roșii sau a emo-globinei.

Rezultatele obținute *Dr. Walter* au fost satisfăcătoare.

În 15 cazuri tratate dela 1931 în coace 7 au fost lipsite de simptoame pe timp aproximativ un an; trei sunt în viață fără semn de boală, în rest rezultatele au fost nesatisfăcătoare.

Din toate acestea se vede că radioterapia în multe cazuri produce o remisiune completă a simptoamelor cu o medie pe un timp de aproximativ un an și jumătate. Însă până în prezent nu s'au obținut vindecări reale.

### Radium terapia.

Pare că dă rezultate mult mai bune. Până când nu vom avea o metodă precisă pentru a măsura atât rezistența cât și susceptibilitatea pentru radium a celulei carcinomatoase și a celulei normale, orice fel de tratament prin radium este mai mult sau mai puțin un lucru de încercare.

Din această cauză dozajul de radium ce se întrebuițează în diferite institute n'are nici o bază științifică. Se bazează doar pe cantitatea cea mai mare cu care se poate înconjura cât mai complet posibil prostata. Radium în cantitatea suficientă în toate cazurile produce o involuție, o micșorare a prostatei drept consecință emoragia, disuria și retenția sunt înlăturate pentru un timp.

Rezultatul finat al tratamentului cu radium este sclerozarea de diferite grade a prostatei. Uneori se produce și o sclerozarea colului vezical cu apariția disuriei și retenției, însă aceste inconveniente se pot uneori ușor înlătura prin rezecție endoscopică. În urma acestui proces de sclerozare, prostata pare că dispare și la tușeul rectal se palpează fața posterioară a pubelui ca și când nu s'ar interpune nici un alt țesut afară de peretele rectului.

În unele cazuri însă ca și la tratamentul cu razele X se produce o excitație a celulelor carcinomatoase, drept consecință se produce o proliferațiune celulară rapidă cu extindere în vecinătate și apariția metastazelor multiple la distanță.

Înainte de a se începe tratamentul cu Radium este nevoie de un examen clinic, biochimic și radiologic al bolnavului.

Prostata și fundul vezicii trebuie examinate endoscopic și dacă este posibil să se facă și o biopsie din tumoră.

### Technica de aplicațiune a tratamentului cu radium.

Se descoperă prostata prin incizie perineală a lui Young. Se plasează de desubtul capsulei paralel între ele pe cât este posibil și la o distanță de 1 cm. depărtare 6 până la 8 ace de platină de 0.5 mm. conținând un mgr. radium fiecare.

În plus două ace de 2—3 mgr. radium sunt introduse și fixate în țesutul din vecinătate de pe ambele părți ale prostatei.

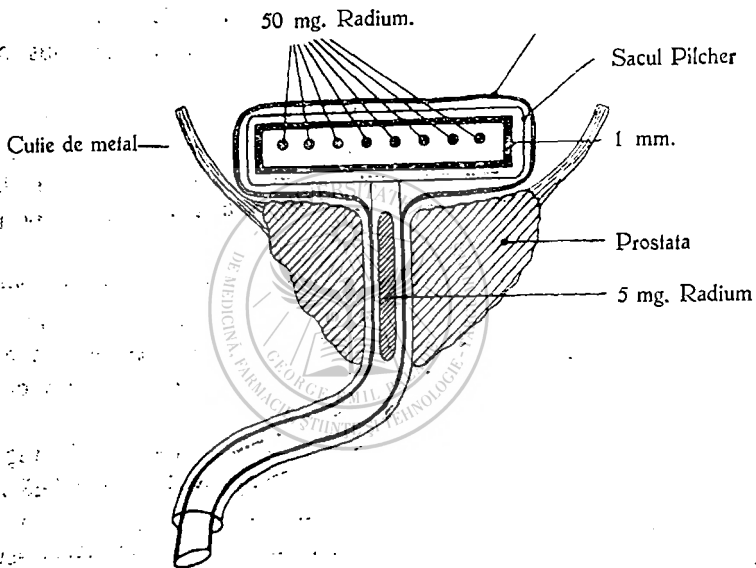


Fig. V. — Cutie de metal în sacul Pilcher conținând 50 mg. Radium pe sup. vezicală a prostatei și 5 mg. pe uretra prostatică.

Plaga perineală se închide și vezica urinară este deschisă suprapubian. O cutie de metal conținând 50 mgr. de radium este plasată pe fața vezicală a prostatei. Cutia este de 3 cm. diametru căptușită cu un milimetru plumb și conține un sac *Pilcher*.

Tubul atașat sacului *Pilcher*, conținând 5 mgr. de radium imediat de desubtul cutiei este condus afară prin uretră. În felul acesta recipientul de radium este ținut stâns în contact cu prostata. Vezica urinară este spălată cu nitrat de Argint 1% și drenată cu un tub larg.

Astfel prostata obține un „foc încrucișat“ dela 50 mg. de radium depe suprafața ei vezicală și 5 mg. de radium depe suprafața ei uretrală și dela cel puțin 14 mg. de radium dela fața ei posterioară și laterală.

Ceeace formează în total aproximativ 70 mg. radium. Cutia și tubul uretral conținând 55 mg. de radium se îndepărtează după 24 ore, se face o spălare vezicală 1% de nitrat de Argint și se drenează asupra pubian cu tubul *Malecot*.

Radium de pe fața perineală și laterală a prostatei este îndepărtat în ziua a 10-a. Tubul supra pubian se scoate în acelaș timp. Micșionile naturale se restabilesc în timp de una săptămână.

În general rezultatele obținute cu tratamentul de mai sus sunt destul de satisfăcătoare însă nu sunt absolute.

Statistica făcută de *Cyril A. R. Nitch* dela Spitalul *St. Thomas* din Londra este foarte concludentă și arată superioritatea tratamentului prin metoda cutiei cu 70 mg. de Radium față de metoda veche. Înainte vreme aplicația radioterapiei se făcea numai pe fața posterioară a prostatei și pe uretra prostatică.

În 20 cazuri astfel tratate autorul de mai sus dă următoarea statistică: unul a trăit 10 ani altul, a trăit 8 ani fără simptome sau semne de recidivă și a murit de altă boală, unul se află bine de 5 ani fără recidive, ceilalți 17 au murit în timp de 3 ani cu media de un an și 10 luni.

Șapte bolnavi au fost tratați prin metoda cutiei cu 70 mg. de radium dintre aceștia 2 trăesc și sunt bine timp de 3 ani fără recidive și metastaze. Unul a trăit 3 ani și a murit cu metastaze în oase. Din toate acestea se vede că, cu toate că raportul este făcut asupra unui număr restrâns de cazuri tratate cu doze masive, rezultatele obținute în ultima analiză sunt mai bune decât la oricare altă metodă de tratament conservativ.

### Masurile chirurgicale.

1. *Drenajul suprapubian* este din nefericire soarta unui mare număr de cazuri, fie cu sau fără radioterapie.

2. *Transplantațiunile uretelor.* Acestea pot fi subcutanate sau în intestinul gros.

a) *Implantațiunile subcutanate* sunt indicate în acelea cazuri în care tumoara invadează peretele posterior ale vezicii urinare și

prinde uretra. Operațiunea este destul de simplă și cu o mortalitate scăzută.

b) Transplantațiunea în intestinul gros (proc. Coffay) este preferabilă atunci când este posibilă și justificabilă, deoarece bolnavul este cruțat de neplăcerea unei fistule ureterale ori suprapubiene.

Însă este o operațiune severă și cere să fie executată numai în cazuri bine alese și numai de către aceia cari sunt familiarizați cu tehnica ei.

3. *Electro-rezecțiunea*. Este fără îndoială una dintre cele mai bune metode paliative pentru îndepărtarea obstrucției. Însă este aplicabilă numai asupra tipului periferic de tumoară și în caz de scleroză a colului vezical după radioterapie. Nu poate fi folosită pentru tumoară care începe central și invadează uretra prostatică. Deasemenea este contra indicată în carcinomul cu evoluție rapidă deoarece obstrucția înlăturată este de atât de scurtă durată încât un drenaj suprapubian al vezicii urinare este mai recomandabil.

Electrorezecțiunea poate fi uneori dificilă datorită strâmtorării uretrei prostatice, deaceia este totdeauna bine a întrebuința cel mai mic dintre variatele electrotoame existente astăzi.

### Tratamentul chirurgical combinat cu radioterapia.

În cazurile de obstrucții electrorezecția urmată de iradiere cu razele X sau cu radium a dat rezultate cari adeseori au fost satisfăcătoare și în unele cazuri de durată lungă.

E probabil că în viitor această formă de tratament va fi abandonată în mod curent de către acei chirurghi cari consideră riscurile unei operațiuni radicale ca mai mari decât beneficiile posibile.

În concluzie se poate spune că extirparea totală a prostatei malignizate este fără îndoială cea mai ideală metodă, însă din nefericire sunt foarte rare cazurile în cari aceasta este practic posibilă, și de aceea trebuie să se întrebuințeze una sau alta din metodele așa numite conservative pe care le-am arătat mai sus.

Efectele radiumului sunt în unele cazuri dramatice, și în altele insuficiente, acelaș lucru se poate spune și despre razele X. Însă ambele metode sunt la începutul dezvoltării lor și este probabil ca în viitorul deceniu, o formă de radiațiune combinată cu un procedeu chirurgical urinar va forma metoda curativă pentru îndepărtarea obstrucțiilor.

## Tratamentul curativ

Este constituit din intervenția operatorie, carcinomele operabile sunt acelea, cari fie că pleacă din prostata propriuzisă sau dintr'un adenom, nu sunt încă difuzate în țesutul celular peri-prostatic și peri-vezicular și cari sunt încă limitate printr'un plan de clivaj.

Din contră, dacă difuziunea s'a produs intervenția operatorie este iluzorie. Căile de acces asupra prostatei sunt: cea perineală și cea ipogastrică sau suprapubiană.

Părerile autorilor sunt foarte împărțite în ceea ce privește procedeul operator ce trebuie aplicat, unii susțin că, călea cea mai bună este cea perineală. Deoarece se operează în plină lumină și extirparea este mai ușoară se poate îndepărta mai bine țesuturile periprostatice și peri-vezicale. Acești autori aplică tehnica lui Young, care constă dintr'o incizie perineală în V răsturnat, cu brațele foarte lungi. Se descoperă uretra membranoasă și se face o butonieră în ea, la vârful prostatei și se prind marginile cu pense. Pentru a mobiliza prostata se introduce desanclaveurul în vezică. Apoi se secționează median membrana lui Denovilliers și se pune în evidenți fața posterioară al vezicii urinare și veziculele seminale. Sub vârful prostatei secționăm uretra membranoasă și decapsulăm prostata liberând-o anterior, lateral și înapoi.

Massa prostatică este trasă înafară încetul cu încetul târând și vezica urinară cu ea. Aceasta este incizată înainte deasupra colului, deasupra limitei superioare a prostatei. Pe trigon, operatorul face o inciziune curbă, trecând la un cm. sub orificiile ureterale. De îndată ce vezica urinară este secționată, prostata este încă ținută în loc prin aderențele cu veziculele seminale și canalele deferente, care apar în măsură în care se ridică masa veziculo-prostatică. Când liberarea veziculilor și a deferentelor e suficientă, se secționează sub baza veziculelor seminale. Astfel operatorul are în mână o piesă complexă, formată din prostată, uretră, col vezical, veziculele seminale și canalele deferente. Apoi suturăm uretra membranoasă la orificiul vezical. Plaga se închide parțial, se drenează cu o meșă. Asigurarea golirei vezicii urinare se face prin sondă „a demeure“.

Autorii adepți acestei tehnice a lui Young pretind că cicatrizarea se face în decurs de una lună.

*G. Marion* preferă calea ipogastrică — supra — pubiană *Dr. Prof. Teposu* preferă aceeaș cale, combate calea perineală prin argumente destul de serioase, bazate pe o lungă experiență clinică. El zice

„prefer fără să ezit calea supra-pubiană deoarece aceasta produce o vindecare mai rapidă, decât calea perineală“. Intervenție chirurgicală ipogastrică nu produce asupra bolnavului un șoc așa de puternic ca intervenția perineală, și că emoragia în timpul și după operație este mai mică atunci când se intervine suprapubian. Pe de altă parte Marion susține că prezența fistulelor nu este rară în intervențiunile perineale, ele sunt destul de dese, iar tratamentul lor necesită timp îndelungat pentru vindecarea bolnavului cașectizat. Toate acestea desavantaje îl fac să prefere calea supra-pubiană.

Prostatectomia supra-pubiană în Clinica urologică din Cluj se face în doi timpuri (operațiunea lui *Fuller-Freyerl*).

Odată ce diagnosticul a fost stabilit, înainte de a trece la intervențiunea chirurgicală vom căuta să stabilim funcțiunea renală, și în strânsă legătură cu aceasta vom institui bolnavului tratamentul preoperator.

Stabilirea funcțiunii renale în Clinica Urologică din Cluj se face prin următoarele examinări: examenul clinic al urinei, azotemia, *Constanta—Ambard*, proba cu indigo-carmină și poliuria experimentală după Albarran.

Prin examenul clinic al urinei punem în evidență puroiul, albumina și zahărul. Prezența puroiului ne arată gradul de infecțiune a aparatului urinar. Albumina ne dă indicii prețioase asupra leziunilor de scleroză renală, iar zahărul ne descopere glucozurie nebănuită.

*Azotemia* în general la prostatici este 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, poate să producă o scădere a azotemiei.

*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.

*Proba cu indigo-carmină* 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 la prostatici, 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.

*Contraindicațiunile* formale ale prostatectomiei sunt: carcinomatoza prostatico-pelvică a lui Guyon, forma difuză avansată, insuficiența renală avansată, starea generală gravă, vârsta prea înaintată însoțită de cașcsie urinară și carcinomatoasă, 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: emoragia, colapsul, infecția, uremie, etc.

În cazurile de retenții incomplete cu urină clară se sondează bolnavul, dacă se poate, de 2 ori pe zi. La cei cu urină infectată și și cu distensia vezicii se institue drenajul permanent al vezicii prin sonda à demeure, făcând zilnic spălături vezicale cu oxicianură de mercur 1 : 5000, acid boric 3—4% sau protargol 1 la mie.

Ca antiseptice urinare se administrează urotropină, salol cu bicarbonat sau elmitol.

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, se institue un tratament cu digitală. Celor cu retenție azotată li se prescrie un regim ipoazotat și se administrează ser glucozat 47 la mie sub formă de clisme sau injecții subcutanate, pentru a stimula funcțiunea epafică și pentru a grăbi procesul de desintoxicare a organismului printr'o diureză mai mare. Deasemenea vom trata afecțiunile aparatului respirator și regulăm digestia.

### Technica operatorie.

Talia ipogastrică tipul I.

Incizia se face pe linia mediană, la un deget deasupra simfizei pubiene și este de 5—6 cm. lungime.

Peretele vezicii se incizează aproape de cupolă; după o bună izolare a spațiului prevezical și a fundului de sac peritoneal. Apoi se fixează pereții vezicii la musculatura abdominală și cât mai sus posibil deasupra simfizei. În vezică se aplică două sonde Pezzer și restul plăgei se închide în două straturi.

După operație zilnic se fac spălături vezicale și se schimbă pansamentul.



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 dela caz la caz, sunt autori cari nu intervin niciodată înainte de trei săptămâni dela prima operație. În Clinica Urologică din Cluj această distanță s'a micșorat mult în ultimul timp până la 6—8 zile. În medie distanța între cei 2 timpi este 3 săptămâni.

#### Prostatectomia (timpul II).

Se face anestezia rachidiană, locală, sau epidurală. Este de preferat rachidiană care are avantajul că dă o relaxare a perineului și permite introducerea alor 2 degete în rect facilitând mult enuclearea adenomului.

După anestezie se lărgeste fistula ipogastrică cu degetul său prin o incizie în spre simfiză. Se introduce 2 degete dela mână stângă în rect, pentru ca sprijinirea prostatei să se facă în condiții cât mai bune, iar cu indicatorul drept se pătrunde prin vizică în orificiul intern al uretrei. Ruperea mucoasei se face pe partea anterioară și stângă o orificiului central. După ruperea mucoasei se pătrunde în spațiul decolabil din partea stângă și se enuclează prostata de jur împrejur.

Dacă tumora prezintă aderențe, enuclearea întâmpină greutăți extrem de mari și extragerea se face prin morselare.

În aceste cazuri prezenta emoragiilor este frecventă.

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

*Tratamentul post-operator*, asigură succesul intervenției și deci este foarte important ca acest tratament să fie bine condus.

Astfel imediat după operație facem bolnavului o injecție cu oleu camforat și cafeină aplicăm sticle calde și urmărim pulsul.

În seara operației se schimbă pansamentul și se controlează tubul *Marion*.

În dimineața zilei următoare se face prima spălătură vezicală cu ser fiziologic cald, sau soluție de acid boric 3%. Spălătura se face pe tubul subțire dela aparatul *Marion*.

În zilele următoare se schimbă pansamentul de două ori pe zi, se controlează calitatea 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 lucrurile merg bine în ziua 8—10 se îndepărtează definitiv drenajul ipogastric și se aplică o sondă permanentă de cauciuc tip *Tiemann*. Spălăturile zilnice ale vezicii se fac cu soluție de protargol 1 : 1000—2000 până la vindecare.

Ca încheiere se poate spune că soarta fiecărei canceros stă în mâna primului medic care îl tratează. Dacă acesta îi va indica operațiunea precoce, îl va salva.



## Concluzii.

1. *Hipertrofia de prostată este o tumoră benignă cu etiologia incomplet lămurită ce apare de obicei după vârsta de 60 ani. Cauzele cari favorizează apariția boalei, sunt în deosebi congestiile pelviene ori care ar fi natura lor.*

2. *Cancerul prostatei, este o tumoră malignă cu etiologia și patogenia desemenea incomplet elucidată, care apare mai frequent între vârsta de 45—60 ani.*

3. *Adenomul degenerat este o tumoră malignă cu etiologia necunoscută, ce apare între 50—77 ani și este considerat ca o formă de trecere a hipertrofiei de prostată la cancerul adevărat.*

4. *Patogenia adenomului degenerat este foarte discutată. Se crede că procesele cronice inflamatorii, formele de prostatită interstițială și intercanaliculară, prostatitele juvenile, hipertrofia de prostată și toate procesele iritative sunt cauzele principale ale regenerațiilor cari la rândul lor duc la malignizarea carcinomatoasă a prostatei. Adenomul degenerat poate avea o dublă origine: 1. O origină glandulară. 2. sau din părțile hiperplastice ale prostatei.*

*Frecvența adenomului degenerat la Clinica Urologică din Cluj este de 15,4% cifră foarte apropiată de a lui Albarran și Hallé (14%).*

6. *Simptomatologia adenomului degenerat în primele faze ale dezvoltării sale se aseamănă cu simptomatologia hipertrofiei de prostată iar în faza intermediară și terminală a evoluției coincide cu cea a cancerului adevărat. Evoluția este cu atât mai rapidă cu cât bolnavul este mai tânăr,*

7. *Complicațiunile sunt: turburările urinare, infecții urinare și generalizarea metastatică rapidă.*

8. *Diagnosticul adenomului degenerat este foarte greu de făcut, totuși nevoia de a face un diagnostic cât mai precoce se impune, deoarece de el depinde aplicarea tratamentului eficace și salvarea vieții bolnavului. Diagnosticul se poate stabili prin două căi: clinic și prin laborator.*

9. *Tratamentul adenomului degenerat este de două feluri: 1. Paleativ sau conservativ și 2. radical sau curativ. Tratamentul conservativ se aplică cazurilor în care tumoara a evadat din capsulă și a trecut în țesutul celular peri-prostatic, vezică, rect și ganglioni și constă din radio-terapie, radium-terapie, chirurgical paleativ și combinat chirurgical paleativ cu radium sau radio-terapie.*

10. *Tratamentul curativ radical se aplică în toate cazurile posibile în fază cu totul inițială a degenerescenței carcinomatoase sau în orice caz înainte ca tumora să fi trecut de capsula prostatică și constă din prostatectomie.*

11. *Cât privește prognosticul, adenomul degenerat atâta vreme cât este diagnosticat numai istologic și deci clinic se comportă ca un adenom adevărat, pare a fi mult mai favorabil decât cancerul.*

12. *Recedivele după statistică din serviciul Clinicii Urologice din Cluj de sub conducerea D-lui Prof. Dr. Emil Țeposu sunt rare,*

*Eeci dictonul obișnuit în prognosticul tumorilor maligne — „tratamentul aplicat precoce ameliorează prognosticul post-operator” se potrivește întocmai.*

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Fac. de Medicină:

(ss) Prof. Dr. I. DRĂGOIU.

Președintele tezei:

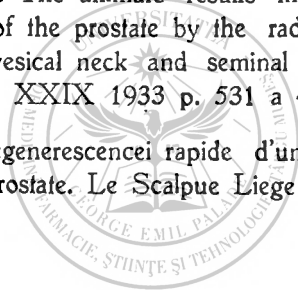
(ss) Prof. Dr. E. ȚEPOSU.

## Bibliografie.

1. VI Kongress der Internationalen Gesellschaft für Urologie Wien 8—12 September 1936, Herausgegeben von Priv. Doz. Dr. Th. Hryntschafn.
2. Al V-lea Congres Român de Urologie, București 15—19 Dec. 1936.
3. G. Marion: Traité D'Urologie.
4. Cohn: La syphilis de la prostate. Journal d'urologie 1927.
5. G. Marion: A propos du traitement du cancer de la prostate. Journal d'Urologie 1926.
6. Pauchet: Sarcome de la prostate. Journal d'Urologie 1012.
7. Pierre Duval et Gatellier: Appareil urinaire et appareil genital de l'home.
8. G. Roussy: Le cancer. Paris Deuxième édition entièrement refondue.
9. La presse Médicale 7 Juillet 1937. Raymond, Dossot: L'Hormonothérapie dans l'adénome prostatique 1004.
10. Ch. Champy: A propos de l'origine de l'hypertrophie de la prostate. Bull. de l'Académie de Médecine 1937.
11. Cunio: De l'origine endocrine de l'hypertrophie prostatique. Bull. de l'Académie de Médecine 1936.
12. Le Roy des Barres: Au sujet de l'origine endocrine de l'hypertrophie de la prostate. Acad. de Méd. 23 Mars 1937.
13. G. Marion: A propos de l'origine de l'hypertrophie de la prostate. Bull. de l'Acad. de Med. 101 aux. 1937.

14. Moszfłowicz: Prostatahypertrophie und intersesualität. Virchows. Archiv. f Path. Anat. 1932.
15. E Papin et H. Verliac: Etude sur les tumeurs bénignes uréthro-prostatiques (hypertrophie de la prostate) Archives Urol. de la Clin. de Necker 1920 Juille.
16. Blatt Paul: Über die maligne Entartung des Prostataadenomes. Urol. abt. Allg. Poliklin. Wien Arch. Klin. Chir. 1930.
17. Blum und Rubritius: Die Beziehung der Prostatahypertrophie zum Karcinom. Handbuch der Urologie Bd. V. 1928. S. 568—570.
18. Gayet: La cancerisation de l'adénome prostatique. Lyon med. Vol. 138. 196.
19. Albrtan et Hallé: Hypertrophie et néoplasies épithéliales dela prostata. Ann. dus urol. des org. gén. Fâvier-Mars 1906.
20. Bécclère: Radiologie et radiumthérapie.
21. Hermann C. Morel: D'Anatomie pathologique.
22. Chevassu: Le diagnostic différentiel du cancer et de l'hipertrophie prostatique, par le toucher rectal et l'explorateur métallique.
23. Desnos: Traitement du cancer de la prostate, par le radium. Congr. français de chirurgie. Strasbourg 1921.
24. Duraux: Les cancers.
25. Iacobovici și Teposu: Considerațiuni asupra tratamentului chirurgical al hipertrofiei de prostată. Rev. șt. medicale 1925.
26. Michel, Lyon: Cancer de la prostate. Prostatectomie par la voie périneo-coccygienne. Lyon Med. No. 26 1912.
27. Pasteau et Desgras: De l'emploi du radium dans le traitement des cancers de la prostate. Jour. d'urol. 1913.
28. Blanc H.: Cancer de la prostate a forme pseudo-kystique. Journ. d'urol. XIX p. 521 a 523.

29. Blatt P.: Über die maligne Entartung des Prostaadenoms. Arch. f. Klin. Csir. Bd. 160 1930. p. 544.
30. Bumpus H. C.: Carcinoma of the prostate. Surgery Gynecol. and. Obs. XLIII 1926 p. 150 a 55.
31. Chwalla R.: Beitrag zur Therapie des prostata carcinoms. Zeitschr. f. urol. chir. 38. 1933 p. 154 160'
32. Dossot R.: Les origines et les extensions du cancer de la prostate Arch. urol. de la clin. de Necker p. 257 a 311. rectal malignancy. The Journ. of Urology 1936.
33. G. Marion: Apropos du traitement du cancer de la prostate. Journ. Urol. XXI. 1926.
34. Joung H. H.: The ultimate results in the treatment of carcinoma of the prostate by the radical removal of the prostate, vesical neck and seminal vesicles. The Journ. of. Urology XXIX 1933 p. 531 a 443.
35. Brouk D.: Degenerescenței rapide d'une hypertrophie en cancer de la prostate. Le Scalpue Liege 25 Dec. 1926 p. 1062.



---