

TRACTAMENT PEL RADIUM DELS CRANCS DE LA PROSTATA I DE LA BUFETA

Pels Drs. ANGEL SANCHIZ ROQUE i A. TORRA HUBERTI

Hom sap el difícil i complicat que és el tractament d'aquests crancs, per la seva multiplicitat de mitjans terapèutics, i sobretot pel que respecta a l'elecció del més apropiat en cada cas particular.

També no ignorem la negra estadística que en tots els països d'arreu del món arriben fins a nosaltres, siguin quins siguin els mitjans de tractament usats. Però àdhuc, veiem, una corrent favorable a l'aplicació del ràdio en aquestes greus malalties, ja siga com a únic tractament ja com un dels dos o tres tractaments combinats a l'ensens. Es, doncs, cap aquest camí per on nosaltres decidim dirigir, encoratjats, els nostres passos.

Els mitjans emprats en aquests casos, són el més variable que es pot imaginar. Des de l'operació més mutilant, quasi podríem dir-ne abusiva, fins a la perfecta inocuïtat, el "*noli me tangere*".

A manera de recordatori, citarem les intervencions quirúrgiques i la terapèutica física més adequada per tractar els tals crancs.

La cirurgia és diferent pels crancs de bufeta i pels de pròstata.

Per la bufeta s'ha recomanat la cistectomia parcial per les neoformacions localitzades en el vèrtex i paret anterior de la mateixa: la cistectomia subtotal per tumors extensos localitzats per fora del trigon vesical, en els quals s'extirpa tota la bufeta, menys el trigon, i es substitueix la porció ressecada per una ansa intestinal desplegada (generalment el cec o un tros de budell prim) prèviament excluïda i alimentada pel seu mesenter: la cistectomia total pels crancs que radiquen en la part més fisio-

l gica de la bufeta,  s a dir, en el trigon i llurs proximitats, consistint en una extirpació total de la bufeta, després d'un primer temps operatori en el qual es pràctica una nefrostomia bilateral o es fa un abocament d'ur ters en una regió cutània tal com la lumbar, la lateral del ventre, la hipog stica o en una cavitat tal com l'intestí.

Les cistectomies subtotal i total, tenen una gran mortalitat immediata i mediana. La immediata  s per peritonitis, shock operatori, insuficiència renal, cel lulitis i infiltracions urinàries dels voltants de la ferida. La mediana  s per la pielonefritis ascendent.

Com a paliatiu, per disminuir les molèsties mecàniques i la sensibilitat vesical a les miccions, però sense pretensions de curació, s'aconsella la talla hipog stica amb o sense raspat de la tumoració o socarrimament de la mateixa pel terme cauteri. Per després, aquesta talla, pot servir a derivar definitivament l'orina pel meat hipog stic que resta. En la dona, la derivació d'orina pot també aconseguir-se per una colpocistostomia. Malgrat aquesta desviació urinària, retornen els t nesmes vesicals doloros ssims dels malalts, després d'una curta temporada de millora.

La cirurgia del cranc prostàtic sols ha ésser practicada en el cas que el carcinoma està limitat a l'interior de la glàndula, o tot el m s hagi interessat solament part de les vesícules seminals. Són per a rebutjar quirúrgicament, els casos en què la neoplàsia infiltra les parets del recte i s'adhereix als ossos de la pelvis.

L'extirpació extracapsular de la pròstata i vesícules seminals carcinomatoses  s preferentment practicada per via perineal, rarament per les vies  squio-rectal, para-sacral i hipog stica.

L'extirpació perineal deu fer-se respectant la integritat de l'esfínter extern o uretramembranosa, doncs sols aix  evitarem els casos d'incontinència definitiva en què queda el malalt després de l'operació, convertint-lo en invàlid. Es també difícil d'evitar la formació de fistules urinàries perineals en el transcurs de curació de les ferides operatories.

L'extirpació extracapsular suprap blica no és tampoc molt aconsellable, doncs no permet una clara resecció del carcinoma, encara que es faci un ampli camp operatori, que estigui ben controlat per la visió. A més del perill de l'hemorràgia immediata, existeix també el de formació d'una estretor cicatricial

en la uretra posterior esquinçada amb retenció d'orina que pot obligar a tornar a obrir la ferida hipogàstrica per obtenir una meat hipogàstric permanent de derivació urinària.

També com a tractament paliatiu s'aconsella la fístula hipogàstric definitiva de desviació urinària, encara que les molèsties i els tenesmes vesicals difícilment desapareixen.

Tots aquests tractaments quirúrgics, tant pel cranc de la bufeta, com pel de la pròstata, no poden evitar, malgrat la importància i la extensió d'alguns d'ells, la possibilitat d'una nova recidiva *in situ* o el d'una neoformació en els teixits veïns, en els ganglis limfàtics, o la formació d'una metastasi.

Els mitjans de terapèutica física que s'utilitzen són: el ràdium, la Röntgenteràpia, les corrents d'alta freqüència, el termo o galvanocauteri i molt menys la neu d'àcid carbònic.

De tots els citats agents físics, el que té més bon historial i més partidaris en matèria de carcinomes urinaris baixos, és indubtablement el ràdium, sobre tot des de que es fan les aplicacions en el parènquima de la neoplàsia.

Les aplicacions extraparenquimatoses es deixen cada dia més en oblit degut als seus escassos resultats i fins efectes perjudicials que portaven a un accelerament en la creixença del carcinoma i un augment dels tenesmes vesicals i rectals que tant temien els malalts. El mateix acostuma a esdevenir amb la Röntgenteràpia.

La tècnica per nosaltres seguida, consisteix en la implantació de tubs de ràdium en plena massa tumoral. Comencem practicant una àmplia talla suprapúbica, a fi de poguer efectuar còmodament les maniobres d'implantació del ràdium. La implantació des tubs es verifica servint-se d'un tròcar especial. El tròcar consta d'una part perforant amb el seu mànec, d'una part tubular que serveix de beina a la perforant i d'un mandri metàl·lic en l'extrem del qual s'hi posa el ràdium.

Primerament s'introdueix en la massa tumoral la part perforant embeinada de la tubular es retira la perforant deixant la tubular que queda com enclavada en la dita massa, després pel conducte d'aquesta part tubular s'hi fa passar el mandri, portant en el seu extrem el tub de ràdium, i més tard, un cop ben col·locat el tub, es retira la part tubular i el mandri. Així queda solament abandonat en la neoplàsia el tub de ràdium que porta un fiador de seda resistent per a comunicar-se amb l'exterior. Amb aquesta tècnica es pot localitzar el tub de ràdium en el lloc que més convingui.

Hom deu tenir cura de què el tròcar no perfori el recte. (cosa relativament fàcil quan llurs parets estan infiltrades per la neoplàsia), pel qual procurarem que un ajudant expert segueixi per tacte rectal, els moviments del tròcar i ens adverteixi de la seva proximitat a la mucosa rectal.

Els tubs d'aquesta manera implantats permaneixen en el seu lloc tot el temps que sigui necessari i en cap dels nostres casos els hem vist desplaçats en anar-los a retirar.

La via hipogàstrica és la preferida per nosaltres, perquè permet implantar els tubs quasi perpendicular al recte, i d'aquesta manera podem administrar una major dosi sense gairebé perill del mateix, doncs sabem que els tubs irradien molt poc pels seus extrems. A més, com que en els crancs de pròstata existeixen molts trastorns a la micció, aquests es corregeixen temporalment per la desviació urinària hipogàstrica, molt millor que per sonda permanent que no deixa d'obrar com un cos estrany, provocant supuració uretral.

Altra via recomanada és la perineal. Ella es pot usar prèvia perineotomia que posi al descobert la cara posterior de la pròstata o sense ella, mitjançant un tròcar llarg que travessant el perinè arribi en ple parènquima prostàtic per a depositar el ràdium.

Les dosis que donem són molt variables: depenen del tamany de la tumoració i de la seva forma anàtomopatològica, però en termes generals podem dir que es distribueixen de 4.500 a 9.000 mm. El filtratge és d'un mm. Pt.

Els tubs en nombre variable, segons la massa a irradiar i el poder del ràdium que contenen, es disposen uns al costat dels altres, de manera que tota la massa tumoral quedi interessada.

Ara bé, nosaltres, que fa una sèrie d'anys que veiem i tractem malalts d'aquesta classe, hem de confessar que no havíem mai obtingut els efectes objectius que ara hem observat en alguns dels pocs malalts que hem pogut tractar amb el ràdium intraparenquimatós.

No volem dir amb això que el problema estigui solucionat ni molt menys, però sí que veiem un raig de llum on tot eren tenebres. Segurament amb l'estudi dels casos, de la seva selecció, de la dosificació del ràdium, del temps de permanència del mateix, de la via més apropiada, de la cooparticipació d'altres agents físics o d'intervencions quirúrgiques, etc., podran anant-se aclarint les coses, i tal vegada desxifrar el problema.

Molt resumidament exposarem sis casos que poden donar idea de l'assumpte.

A. B. de 80 anys, català, resident a Sant Domingo, ve a Barcelona per consultar respecte a uns trastorns urinaris, que diagnostiquem d'una hipertròfia prostàtica, presentant signes evidents de degeneració maligne, amb retenció vesical incompleta bastant important. Previ un examen funcional renal total, fem en data 9 d'abril de 1929, una àmplia cistostomia que ens permet confirmar el diagnòstic clínic, extreure un trosset de neoplàsia per l'examen histològic i implantar cinc tubs de ràdium. El malalt es refà i surt de la Clínica amb un drenatge suprapúbic d'orina. Al mes de juny se li fa una radiografia per comprovar l'absència de cap metastasi òssia i un nou examen funcional renal que denota la seva superioritat sobre l'altre i el dia 10 de juny de 1923 se li fa una nova aplicació de tubs de ràdium, prèvia destrucció per termo-cauteri de les masses neoplàsiques prominents en el coll vesical. El malalt ha presentat després de les dues aplicacions, fenòmens molestos de radium-cistitis i se li han accentuat els dolors d'irradiació nerviosa al gland. No ha pogut tolerar la sonda permanent col·locada per vies naturals a fi de facilitar el tancament de la ferida hipogàstrica. Cap a mitjans d'agost el malalt orina quasi tot per l'uretra amb lleugeres molèsties i una petita quantitat per la fistula hipogàstrica.

A finals del mateix mes, fem un reconeixement i trobem amb gran sorpresa una pròstata del tamany i consistència normals gens de retenció vesical i una orina quasi neta. Al primer de setembre marxa altra volta cap a Sant Domingo amb una polaquiúria variable entre una i dues hores i la petita fistula hipogàstrica. A l'octubre escriu que encara persisteix la fistuleta, però que té dies que resta completament tancada, augmenta la recuperació de forces i minven les molèsties. Al febrer del present any diu que es troba bé, que treballa matí i tarda, que té gana i digereix bé, que s'ha tancat la fistula i que sols queda la polaquiúria amb lleugeres molèsties, com de tant a tant a l'acabar d'orinar. Dosis totals destruïdes, primera vegada 4.788 mil·lígrams Radio hora. Segona vegada 6.720.

A. M. obrer, es presenta amb una història d'hematúries a repetició; cistitis aguda intensa que li obliga a caminar encongít. Encara que amb dificultats se li pot practicar una cistoscòpia que dona el diagnòstic de neoplasia maligna vesical de la part baixa de la bufeta amb forta inflamació vesical per infecció. Als dos dies 15 febrer de 1929, se li practica una talla hipogàstrica que comprova un carcinoma infiltrat de bufeta i se li posen uns tubs de ràdium. Els dies postoperatoris passen amb febre alta per infecció de la cavitat prevesical, més tard amb una cistitis pel ràdium bastant pronunciada. Els primers dies d'abril surt de

l'Institut Policlínic, amb una derivació d'orina pel meat hipogàstric i amb bon estat general.

El 10 de maig li practiquem una cistoscòpia hipogàstrica que posa en evidència una reducció extraordinària de la neoplàsia però que, per més tranquil·litat, acordem una nova implantació de ràdium abans de deixar tancar el forat hipogàstric.

Desgraciadament això no pot ésser practicat, perquè els primers de juny una repentina septicèmia hipertòxica de probable origen urinari acaba amb el malalt en qüestió d'un parell de dies. Dosis destruïdes 3990 milígrams Ràdium hora.

A. C. del comerç, presenta una lleugera hipertensió hipertròfia prostàtica amb forta retenció incompleta vesical distensiva, que és tractada primerament per radioteràpia fonda i després, fracassada aquesta, passa al domini de la cirurgia.

El 25 de setembre de 1929 se li fa una cistostomia que desinfecta i desintoxica el malalt. En 28 octubre de 1929 aconseguida una bona prova funcional renal, s'intenta de practicar inútilment una prostatectomia per via hipogàstrica. El nòdul adenomatós, del tamany aproximat d'una avellana, es pot enuclear, amb moltes dificultats i forces que esgoten a l'operador, fins a la part uretral, on s'ha d'abandonar per cansaci. Entre la càpsula prostàtica i el nòdul adenomatós es fa un taponament.

El 7 de novembre de 1929 es practica un tercer temps de prostatectomia en el qual s'aconsegueix, amb relativa facilitat, acabar d'enuclear intracapsularment, l'adenoma.

L'examen histològic del mateix, ens demostra que no és adenoma, sinó carcinoma, explicant-nos les dificultats tècniques de l'extirpació, però deixant-nos estranyats de no haver-ho pogut clínicament, diagnosticar-ho abans. Les dificultats tècniques d'extirpació ens havien fet suposar una possible degeneració, però també dubtàvem, per l'experiència que teníem d'altres casos, de si tot podia ésser degut a la forta irradiació Röntgen a què havia estat sotmés amb anterioritat.

El 19 de novembre de 1929 feiem una aplicació de tubs de ràdium en plena càpsula prostàtica.

A últims de desembre, sortia de l'Institut Policlínic, en franques vies de curació, però amb una fístula hipogàstrica que s'obria i tancava fàcilment.

En la seva casa, encara vàrem tenir que lluitar durant algun temps, per què es tanqués la fístula, tractar una epidimitis doble per causa d'haver tingut de portar sonda uretral permanent tan llarga temporada i combatre la infecció vesical que per la mateixa causa havia esdevingut crònica.

Afortunadament, en aquest mateix mes de juny hem tornat a veure

el malalt amb un excellent stat general físic i moral. Localment una pròstata més aviat atròfica, però de consistència normal: solament es toca lleugerament indurada la vesícula dreta que difícilment pot interpretar-se respecte a la seva naturalesa inflamatòria o neopl sica, tenint en compte el llarg historial detallat. L'evolució ens ho dir . Dosis destruïdes 6.720 mil grams Ràdium hora.

J. G. industrial de Lleida, presenta una neoplàsia maligna de pròstata en grau d'inoperabilitat, può infiltra les parets rectals i està intimament enganxada als ossos pelvians. Marcada adenitis bi-inguinal. L'estat general del malalt deixa molt que desitjar: decaigut, poca gana i cara de color semi-bili s.

El dia 7 de gener de 1930, l'operem fent-li una àmplia cistostomia que permet comprovar el relleu que fan, sota la mucosa vesical, els p tits nòduls neoplàsics de la pròstata. Tot seguit li practiquem la implantació de tubs de ràdium dins la massa tumoral, segons la tècnica descrita. Donat lo adelantat del procés i la quantitat de massa a irradiar augmentem el nombre de tubs i llur temps de permanència dintre la neoplàsia.

Durant el curs postoperatori, el malalt s'ha queixat vivament dels tenesmes vesicals per ràdium-cistitis i dels rectals per ràdium-rectitis. Aquesta rect tia ha arribat a ésser quelcom hemorr gica. També han augmentat els dolors d'irradiació als glands. L'estat general ha sofert una nova baixa i la gana  s poca.

Al posar, per dues vegades, una sonda uretral permanent s'ha tancat la ferida hipog stica, però ella es torna a obrir perquè en orinar el malalt té encara dis ria i probablement retenció, que reventa de nou el forat *infrap bic*. Decididament li deixem el drenatge urinari per tal forat i amb aquestes condicions cada vegada més precàries decideix tornar-se cap a Lleida, sortint de l'Institut Policlínic, els primers dies de març.

A mitjans d'abril, per carta, ens donen notícies del progressiu *em-*pitjorament del seu estat general i local, al que s'hi ajunta ara, dolors neuràlgics de la cama esquerra.

En el tacte rectal que li vàrem practicar abans de que sortís de l'Institut Policlínic, apreci rem solament escasses modificacions de la consistència de la pròstata però que no deixaven lloc a dubte respecte la continuació del procés cancerós. Dosis destruïdes 8.937 mil grams Ràdium hora.

M. S. de 64 anys, casat, natural de Tarrasa. Com antecedent familiar important; existeix la mort de la seva mare per cranc de mamella.

Des de fa 2 anys (1928), té molèsties en orinar, sobre tot a la nit, que amb el temps s'han fet doloroses. En juny de 1929, varen començar les hematúries que han anat continuant fins a la nostra visita en setembre del mateix any.

Es tracta d'un malalt amb un estat general deplorable i molt pàlid.

Per l'exploració es troba una pròstata gran, dura, mal limitada i amb algun nòdul més dur que la resta. Retenció de 150 c. c. d'orina tèrbola.

Pocs dies després és operat: s'implanten 6 tubs de ràdium, destruint-se 6.603 mm.

L'anàlisi histològic demostra una adeno-carcinoma.

Per febrer de l'any actual, hem tornat a veure aquest malalt amb la tumoració desapareguda, bon estat general i orinant sense dificultats de cap mena.

C. M. de 64 anys, natural de Berga, sense antecedents d'importància.

Fa 3 anys tingué hematúries fou diagnosticat per un especialista, de papiloma vesical i com a tractament se li aconsella l'extirpació que no accepta.

Després continua bastant bé fins ara fa un any, que s'han tornat a repetir les hematúries, però aquesta vegada més intenses i duraderes.

Un de nosaltres li practica una cistoscòpia al cap de mig any, notant una massa proliferant del tamany d'una nou amb una base d'implantació ampla per damunt del trigon. Practicada una biòpsia mitjançant el cistoscop, demostra l'anàlisi histològic un epitelioma pavimentós tubulat.

Com a tractament, talla hipogàstrica i implantació en plena massa tumoral, de 5 tubs de ràdium, destruint-se en total 4.788 mm. Ra hora.

Als 15 dies d'haver retirat el ràdium es deixa tancar el forat suprapúbic i queda curat als 27 dies.

Desapareguda la cistitis del primers dies, el malalt no ha tingut cap més hematúria i s'ha trobat bé.

Als tres mesos d'operat se li practica una cistoscòpia i s'observa una llaga d'aspecte tòrpida en el lloc de la implantació tumoral. Als 6 mesos de l'operació, la cistoscòpia revela la curació de la llaga i una bufeta normal.

Per tot l'indicat en aquest treball, i el que bonament podem deduir de les històries clíniques que l'acompanyen, podem fer les següents:

CONCLUSIONS

1. El problema de la curació dels crancs de la bufeta i de la pròstata no està resolt.

2. L'ur tractament per la implantació de tubs de ràdium dintre la massa tumoral, sembla ben orientat a jutjar pels seus resultats objectius o palpables.

3. Que convé fer una investigació, no sols del resultat proper dels malalts, sinó també dels llunyans.

4. La indicació principal radica en els casos incipients de la neoplàsia.

5. La indicació és dubtosa pels casos avançats, i és en ells on existeixen els màxims perills de tècnica.

6. La via hipogàstrica és la que creiem més apropiada per fer la implantació de ràdium.

7. Els mètodes mixtes o combinats a base de ràdium i altres agents físics o apropiats, intervencions quirúrgiques, són els procediments que deuen posar-se en pràctica avui dia.

Discussió: Dr. Serrallach.

Per la comunicació dels dits Drs. i per les ensenyances que hem rebut en la clínica, creiem que la radioteràpia de la pròstata és inútil per via endoscòpica i per via vesical; en canvi, pel mitjà de les agulles el creiem excellent, ja que és amb l'únic procediment que hem vist curacions. Ara cal també tenir en compte que no tot el que es diagnostica és neoplàsia; no és sinó que molt sovint són processos d'inflamació crònica que cedeixen amb la cistostomia, com ho han vist els Drs. Jeanbreau Pasteau, i ara actualment ho veiem nosaltres en un malalt que té una pròstata dura, i que es va reabsorbint lentament, i per tant, en contra el criteri de neoplàsia, com ho semblava a primera vista.

Dr. Perearnau:

Crec que fins ara, el tractament del càncer, inclús pel ràdium, és un fracàs. Els disertants poden portar una nova orientació, per poder aplicar degudament el ràdium en la pròstata. Així i tot, no crec amb el resultat definitiu.

Aquest és tant més probable, si es pot fer el diagnòstic precoç, prematur, del càncer de la pròstata.

Aquest diagnòstic és la majoria de les vegades extraordinàriament difícil. Tant és així, que es confon amb lesions que no són tributàries de cap intervenció. La prostatitis amb periprostatitis, sobretot antigues, poden portar a un error lamentable. Tothom pot recordar algun cas. Nosaltres recordem un cas d'un malalt que quasi va venir desahuciat per un altre com-

pany per fonamentar el diagnòstic de càncer de la pròstata, per les dades proporcionades el tacte rectal. Nosaltres, que el vejérem al cap d'algun temps i sospitàvem que no hi havia tal cranc, fent-li inòcues sessions de diatèrmia, s'ha pogut transformar de tal manera l'aspecte de la pròstata al tacte rectal, que avui, aquesta prostatitis (ja molt resolta), ningú la podia confondre amb un cranc inicial de la pròstata, que com sabem, el degut tractament seria l'extirpació completa de la pròstata per via perineal, i encara sense poder esperar res de segur.

Dr. Francesc Serrallach:

Creiem que en casos precoços, la ràdium i la radioteràpia profunda poden donar alguns resultats bons. S'ha de tenir en compte, abans de tota irradiació, l'estat d'infecció vesical. Una infecció intensa, al nostre entendre, contraindica una irradiació röntgen o ràdium. Igual que en el càncer del coll de l'úter, la desinfecció prèvia és indispensable.

Amb la radioteràpia profunda, sobretot en neoplàsies vesicals de tipus exuberant, hem obtingut bones remissions de varis anys. Seguint les indicacions de De Nabas, creiem que les dosis de ràdium deuen donar-se petites, però durant llarg temps, depenent aquest de l'índex Karisquinètic. Buscant aquest efecte, de sostenir un temps llarg, la dosi de saturació röntgen, en Phaler, aconsella de donar una HED en pocs dies, i repetir després de tant en tant petites dosis suplementàries per a mantenir la saturació röntgen.

Dr. Gil Vernet:

Es molt útil i interessant l'aplicació de ràdium en els casos de càncer de pròstata, sense que això vulgui dir que exclueixi el tractament operatori; ens trobem davant de mateix problema d'altres òrgans efectes de càncer.

Jo porto practicades 4 prostatectomies extra-capsulars per càncer, amb extirpació de vesícules seminals, amb resultats fins ara favorables, encara que daten de poc temps, doncs solament fa mig any.

Per tant, crec que deu insistir-se en practicar els dos procediments.

Rectificació:

El Dr. A. Torra Huberti contesta als Drs. Serrallach i Pe-rearnau, dient que els casos que porten en el treball són comprovats histològicament respecte a la naturalesa epiteliomatosa.

Resecte al tractament quirúrgic del càncer de pròstata, es sab que quasi fatalment, es reproduïxen al cap de pocs anys.

Val, doncs, la pena de seguir aquests malalts irradiats amb ràdium en l'esdevenidor.

El Dr. Sànciz creu que la infecció és de tenir en compte abans de fer tot tractament radioactiu, però no pensa que totes les reaccions irritatives siguin degudes a l'associació infectiva.

També creu que les agulles de ràdium són insuficients per al tractament, per la poca dosi de ràdium que contenen.