

Cátedra de Urología del Hosp. Rawson.  
Jefe: Profesor Dr. ENRIQUE CASTAÑO

Por el Doctor  
ARMANDO TRABUCCO

## NUEVOS CONCEPTOS SOBRE LA PATOGENIA DEL ADENOMA PROSTATICO

EL tumor adenomatoso de la próstata ha querido ser explicado por diversas alteraciones fundando otras tantas hipótesis con algunos signos de verosimilitud unas, caprichosas otras.

En el siglo pasado Mercier, Civiale, Velpeaud, Leroy D'Étoles, consideraban al adenoma como una hipertrofia en masa de la glándula.

Launois, creía que la arterioesclerosis era en realidad la iniciación del adenoma. Ciechanovsky y Rotchil fueron partidarios de la teoría inflamatoria; teorías todas que tuvieron su apogeo, pero que no resistieron a los más mínimos embates, por lo que fueron abandonadas.

En los comienzos de este siglo Albarrán, Hallée, Parearneau, Motz expusieron una teoría patogénica, ya preconizada por Rochitansky en 1881, en la cual desarrollaban la hipótesis de que el adenoma tenía lugar en las glándulas llamadas periuretrales, colocadas por debajo de la mucosa uretral dentro del esfínter del cuello y que, con su desarrollo producían el llamado adenoma.

Estas teorías fueron defendidas por Tandler y Zuckerkandl, tan convencidos estaban los autores europeos que Papin y Verliac preconizaron llamar a esta afección, adenoma de la uretra posterior, en lugar de adenoma prostático, queriendo con esto separar categóricamente la próstata de la producción adenomatosa que creían no pertenecer a ella. Con el concepto de la teoría periuretral del adenoma de próstata hemos permanecido hasta ahora.

Ultimamente Randall en un detenido examen del lóbulo mediano llama la atención de que no sólo las glándulas periuretrales se

pueden hipertrofiar, sino que también los elementos glandulares pre-espermáticos pueden desarrollarse en forma adenomatosa.

Reischauer y Deming y Wolff por otra parte afirman que no es el adenoma que primeramente se forma sino numerosos pequeños tumores fibromusculares que toman asiento en la pared posterior de la uretra, comparándolos a los fibromas de útero y atribuyéndolos a similar origen Müllleriano. Estos autores dicen que la presencia de estos tumores fibromusculares evitarían la proliferación de las glándulas vecinas, especialmente periuretrales que serían englobadas por los mismos procesos fibrosos neoformados.

En Francia, Cúneo, recientemente ha expuesto ante la Academia de Medicina de París una nueva teoría similar en cierto modo a la de Moskowicz sobre el adenoma, atribuyendo este proceso a la hiperplasia glandular de los elementos situados alrededor del utrículo y afirmando que todos los adenomas se desarrollaban en ese sitio.

No entraremos a rebatir los argumentos de unos y otros autores porque todos están descriptos y no es aquí el sitio apropiado. Es indudable que todas estas hipótesis tienen algo de cierto y no se deben tomar independientemente como categóricas.

La opinión de Albarrán y Motz es de indudable valor; existen en efecto adenomas desarrollados dentro de la musculatura, lóbulos medios de glándulas llamadas periuretrales, pero también existen adenomas desarrollados en cualquier parte de la próstata, interviniendo cualquier parte de la glándula en la producción de estas formaciones patógenas. Y si extremamos la lógica veremos también que dichas glándulas periuretrales son tales por la situación en que se encuentran, pero son prostáticas por naturaleza. Son glándulas en latencia y en potencia cuyo desarrollo más o menos tardío puede explicarse por estímulos de origen endócrino que ya hemos analizado oportunamente.

Para ser más explícitos veamos sucintamente cómo se desarrolla la próstata y con eso podremos demostrar que las glándulas llamadas periuterales de uretra posterior deben considerarse como prostáticas. Por otra parte, el mismo desarrollo adenomatoso en ese sitio nos indica que no son glándulas que puedan asemejarse en ningún momento a las glándulas periuretrales.

Embriológicamente considerada la región prostática en un embrión humano de 32 mm., presenta por arriba y abajo de la desembocadura de los tubos de Müller y Wolff, dos zonas de mesénquima cuyas células están perfectamente conglomeradas que rodean por así decir, al tubérculo genital. De más está decir que es en la pared posterior del seno uro-genital en donde se acomodan estos elementos del mesénquima. Recordaremos de paso que la zona situada entre los uréteres y conductos de Wolff representa la única inclusión mesenquimal en el seno uro-genital derivado de la alantoides y que, por lo tanto, este seno es de origen netamente entodérmico, quiero decir con esto que es únicamente la pared posterior del seno uro-genital dentro de la zona compuesta por los uréteres y los conductos de Wolff, en donde van a producirse los elementos prostáticos derivados directamente del mesénquima; la pared superior, como ya dije, que es de origen endotérmico, producirá también glándulas, pero veremos cómo evolucionarán de una manera completamente distinta.

En cuanto al hecho de que la producción glandular pueda tomar nacimiento en la mucosa o en el mesénquima tiene interés relativo.

Lo evidente es que se desarrolla siempre en una parte determinada con tubos glandulares que se sitúan alrededor de los conductos mesonéfricos y siempre en la pared inferior del seno uro-genital. Estos elementos glandulares nacidos en la pared inferior son los verdaderos elementos prostáticos. Los nacidos en la pared superior del seno uro-genital se pueden considerar periuretrales y se atrofian formando la comisura anterior del adulto, lo que confirma su origen embriológico distinto.

Al observar el estado de la uretra posterior en un feto de cuatro meses podemos ver al tubérculo de Müller perfectamente saliente en la luz uretral, donde desemboca el utrículo y a ambos lados los conductos Wolffianos. Los elementos glandulares prostáticos están perfectamente diferenciados permitiéndose observar cómo orientan su eje mayor hacia la pared posterior de la uretra. Hay todavía en el embrión de esta edad elementos glandulares en la pared superior; estos elementos no tienen nada que ver con los elementos que se desarrollan en la pared inferior cuyas glándulas van diferenciándose, arracimándose y adquiriendo poco a poco la forma que le corresponde.

La próstata de un niño de 5 meses muestra al complejo glandular colocado evidentemente en la parte posterior de la uretra por delante de los conductos eyaculadores rodeando a éstos y desarrollándose también hacia la parte más inferior por detrás de ellos. Ya en el niño de 5 meses no existen glándulas periuretrales en la pared superior, se han atrofiado completamente. Las glándulas prostáticas al parecer se acomodan por lóbulos, están separadas por tejido conjuntivo muscular a fibras lisas. Además comienzan a mostrarse otras formas glandulares, que se interponen entre los conductos eyaculadores y que toman nacimiento en el utrículo prostático. Estas glándulas según Vimtembergen se cree que son comparables a las glándulas de coagulación de los roedores. Además con el desarrollo podemos ver que ya en el niño de 9 años existen en la pared posterior de la uretra, glándulas de las llamadas periuretrales, desarrolladas por dentro del músculo del cuello cuyos caracteres son muy similares a los de las glándulas prostáticas embrionarias.

La próstata sigue su crecimiento de acuerdo a las leyes embriológicas que la rigen y podemos ver en el adolescente cuando se hacen cortes seriados, verdaderas secciones topográficas transversales sorprendidas a distintas alturas, que, a nivel del cuello vesical puede distinguirse el músculo del cuello en forma nítida con algunas pequeñas glandulitas en la mucosa. La próstata está colocada por detrás del músculo del cuello y por delante de los conductos eyaculadores. Esta glándula va a rodear más abajo a los conductos eyaculadores para formar un corte más inferior todavía, a la altura de del verumontanum, una masa glandular al parecer unida en la parte media formando un lóbulo único detrás del verumontanum. Podremos distinguir además a la cavidad del utrículo rodeado por tejido muscular y con glándulas dentro de él.

Es perfectamente visible la división de la próstata en distintos lóbulos de acuerdo a su origen embriológico, que debe terminar en un complejo glandular formado por múltiples lóbulos cada uno de ellos separado por una red conjuntivo muscular dividiendo por así decir, a la próstata en compartimentos de distinto tamaño y situación.

Alcanzada la edad adulta, la próstata permanece en estado estacionario en cuanto a tamaño, pero desde ya puede comenzar a sufrir procesos alterativos. En la preparación perteneciente a un hombre

de 25 años que ha alcanzado su estado más activo, goza de todas las características estructurales que tienen estos elementos. Sin embargo, podemos ver fenómenos patológicos en la glándula que a pesar de tener tan sólo 25 años de edad ha desarrollado en su lóbulo posterior, por detrás de los conductos eyaculadores un proceso adenomatoso limitado y perfectamente evidente (Fig. 1).

Estas pequeñas alteraciones de la próstata son posibles de encontrarse en todas las glándulas adultas, pudiendo ser atribuidas a obstrucciones radicadas en sus canales excretores o a procesos realmente hiperplásicos abortivos. Siguiendo con la objetivación de estos elementos podremos ver en la preparación correspondiente a un hombre de 52 años, en un corte caído a la altura del veru-montanum donde puede verse al utrículo, alrededor del cual hay una espesa capa de tejido muscular que lo rodea y que nos pone en guardia con respecto a la teoría de Cúneo formulada en estos últimos tiempos; este tejido muscular sería una verdadera barrera hacia la hipotética proliferación adenomatosa de las glándulas utriculares, que por otra parte alterarían inmediatamente la imagen endoscópica del veru-montanum, cosa que nunca sucede en los adenomas de la próstata; podemos ver también en esta próstata, prácticamente uno de los momentos de la iniciación del futuro adenoma; hay pequeños focos diseminados en todo el parénquima cuya dilatación glandular podría ser causa primera para que más adelante se desarrolle un adenoma (Fig. 2).

En algunas otras preparaciones y en especial una perteneciente a un hombre de 48 años (Fig. 3), existen verdaderos adenomas en la parte supramontanal de la próstata; adenomas que no son de las glándulas llamadas periuretrales o subcervicales sino que son verdaderos adenomas de la parte preespermática de la próstata.

En casi todas las preparaciones podemos ver como poco a poco se fragua la cápsula delimitante al futuro adenoma patológico que permitirá enuclearlo sin producir grandes traumas en la glándula. Podemos ver también cómo el adenoma que con su crecimiento va rechazando a la glándula, se rodea a su vez de tejido conjuntivo, haciendo una verdadera cápsula al tumor adenomatoso, separando a la próstata aparentemente normal de esta nueva próstata hiperplasiada. Es la defensa de la naturaleza contra el proceso patológico; en el comienzo, el músculo del cuello permanece inalterado.

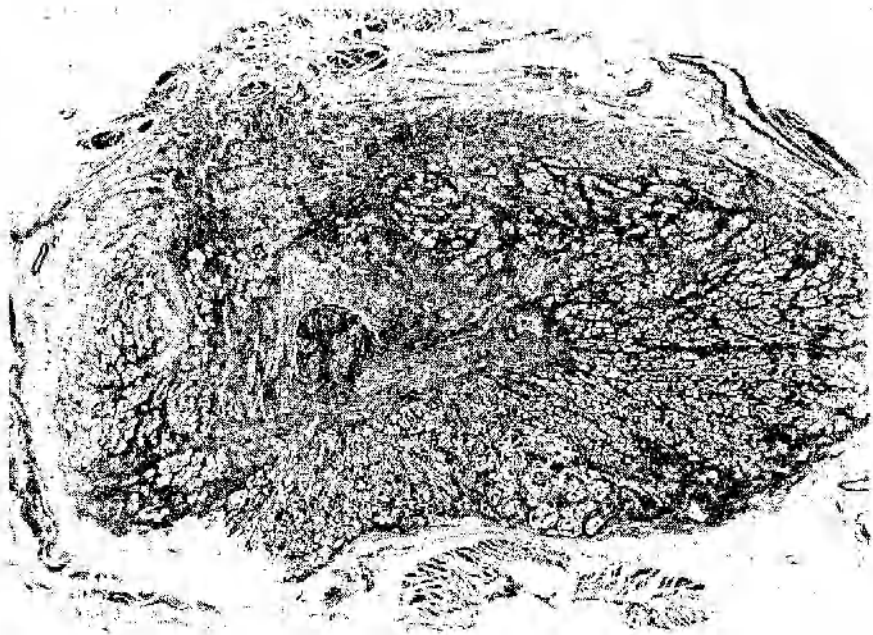


Figura 1

Corte transversal de próstata a la altura del veru montanum, de un hombre de 25 años de edad. Obsérvese en el lóbulo posterior un nódulo adenomatoso.

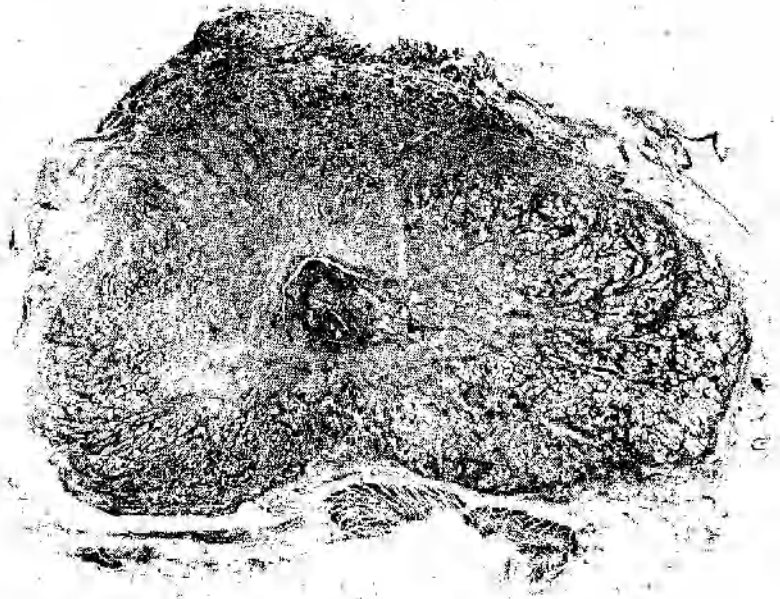


Figura 2

Corte transversal de próstata cayendo a la altura del veru-montanum, de un hombre de 52 años. Puede observarse diseminados en toda la glándula pequeños acinís en vía de degeneración adenomatoso, con cuerpos amiláceos en su interior.

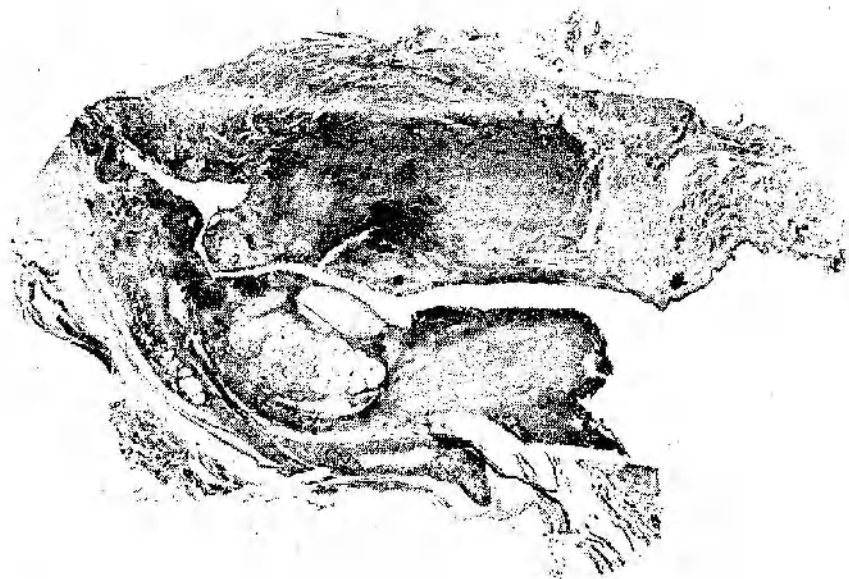


Figura 3

Corte longitudinal de la uretra posterior y de la próstata. Obsérvese en el medio, la luz uretral, abajo la vesícula seminal y el conducto deferente que va a desembocar en el veru-montanum. Por abajo y arriba del deferente hay glándulas prostáticas que en este último lado presenta una manifiesta degeneración adenomatosa quística.



Figura 4

Corte longitudinal de una próstata de un hombre de 55 años de edad, en donde puede observarse una próstata atrófica, pero presentando glándulas prostáticas submucosas en la pared inferior, mal llamadas periuretrales.

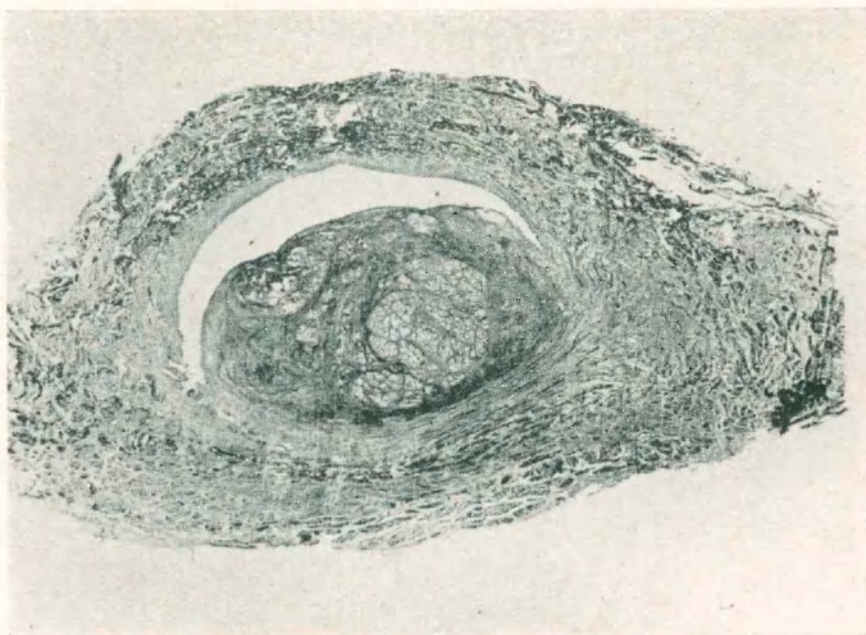


Figura 5

Corte transversal de próstata. Pequeño adenoma de las glándulas prostáticas periuretrales que rechaza hacia abajo al músculo del cuello.

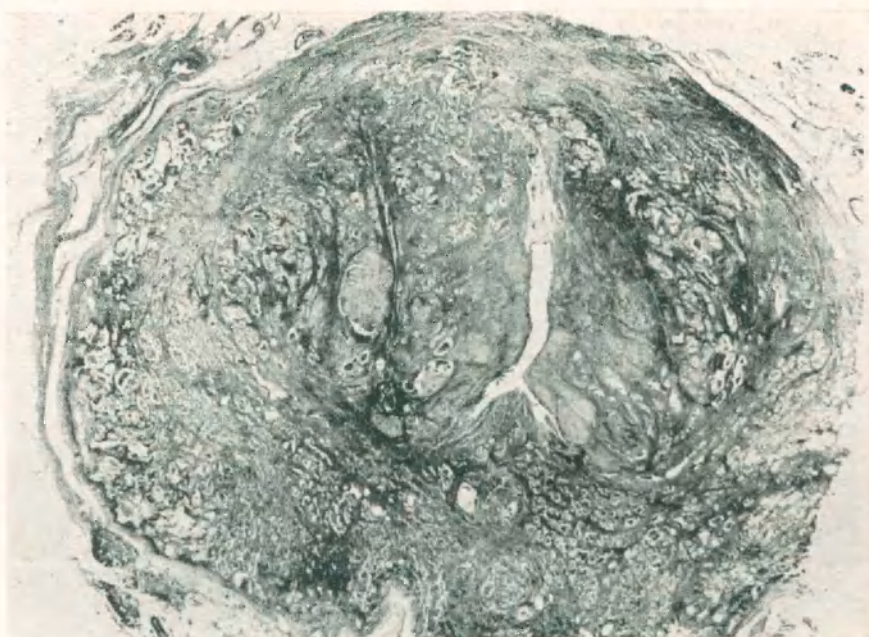


Figura 6

Corte transversal de próstata. Múltiples fibromas y fibroadenomas localizados algunos en la periuretra y otros en pleno parénquima glandular por fuera de la musculatura del cuello.



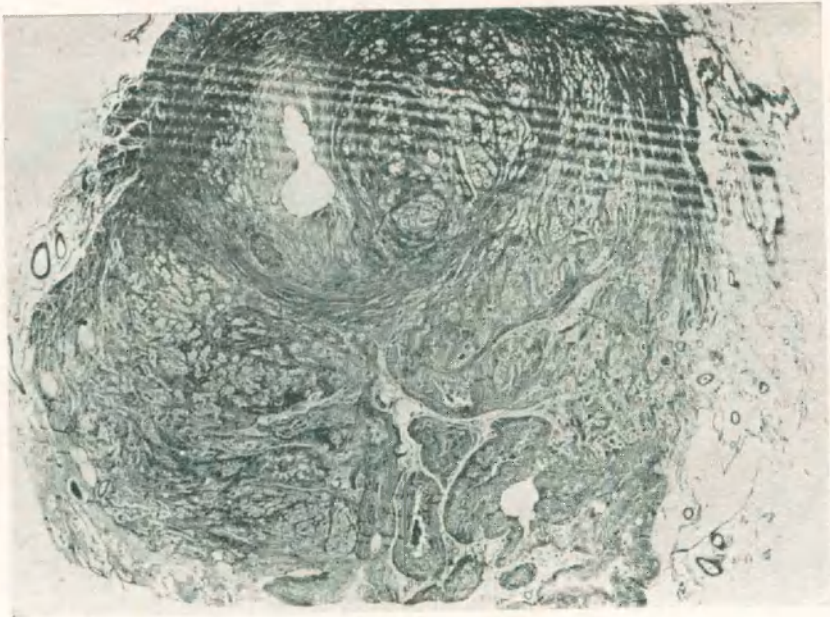


Figura 7

Corte transversal de próstata. Nódulos adenomatosos localizados por fuera de la musculatura del cuello, en la pared lateral de la próstata.

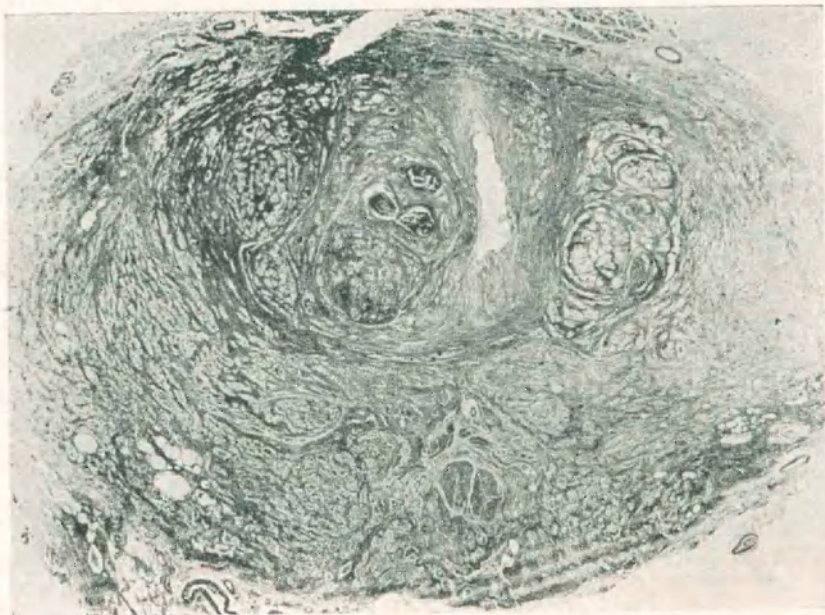


Figura 8

Corte transversal de próstata a la altura del cuello vesical. Pueden observarse en este corte nódulos adenomatosos, fibroadenomatosos y adenomas quísticos localizados en distintos puntos de la glándula, ya sea por dentro del músculo del cuello, por fuera de él y en el lóbulo posterior prostático.

Dijimos que el punto de proliferación adenomatosa puede radicarse en cualquier sitio de la próstata; hemos visto en una próstata

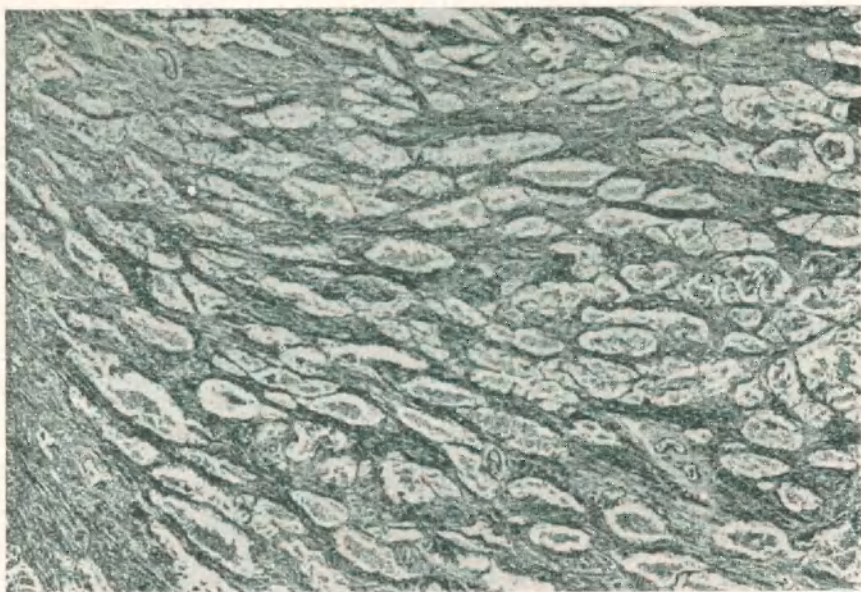


Figura 9

Parte de glándula normal de la figura 8.

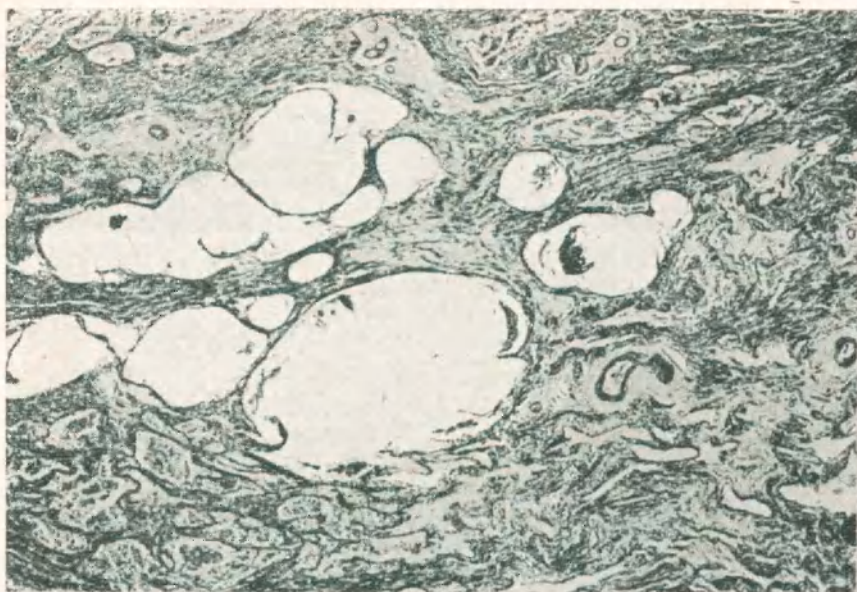


Figura 10

Zona de adenoma quístico perteneciente a la figura 8.

de un hombre de 25 años cómo había puntos evidentemente patológicos en el lóbulo posterior prostático cuyas características podría-

mos llamar de iniciación. La producción adenomatosa podemos encontrarla en los lóbulos laterales, en la porción preespermática



Figura 11

Zona de adenoma común perteneciente a la figura 8.

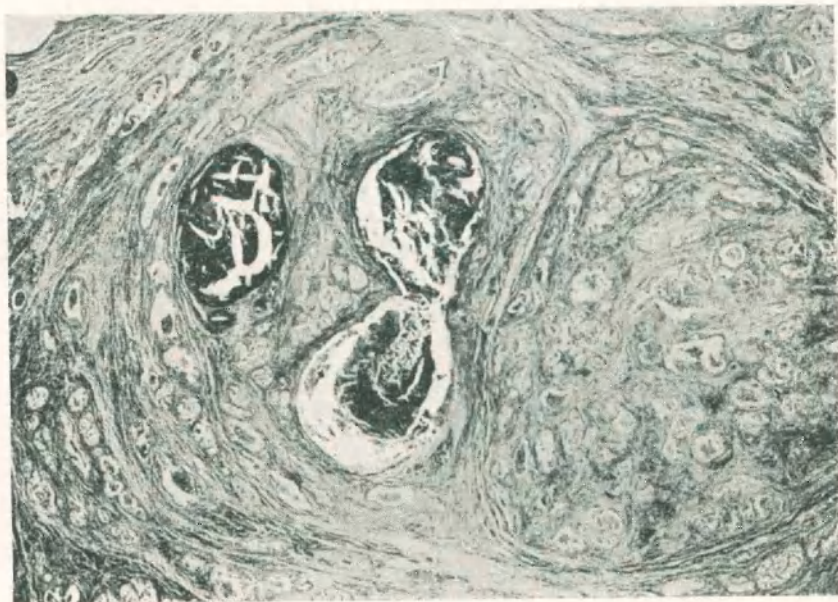


Figura 12

Zona de fibroadenoma perteneciente a la figura 8.

de la próstata, en el tejido submucoso de la pared posterior de la uretra, pero es indudable que predomina en la zona preespermática.

Estos focos adenomatosos múltiples van desarrollándose lentamente y rechazan paulatinamente al tejido noble preestablecido haciéndose una verdadera caparazón fibro-conjuntiva-glandular.

Nos llamará la atención y es la preocupación de todos los investigadores que han detallado la proliferación adenomatosa en zonas especiales de la próstata, porque se encuentra el lóbulo posterior prostático siempre rechazado cuando hay algún tumor adenomatoso.

Ante la evidencia de los hechos comentados más arriba y que tienen indudablemente sus procesos proliferativos de comienzo en cualquier parte de la próstata, nos preguntamos también, por qué, si hemos encontrado repetidas veces adenomas de comienzo en la porción retroespermática de la próstata están poco frecuente que en las intervenciones nos encontremos con adenomas colocados por detrás o debajo del veru-montanum?

La explicación creo que no es difícil. Consideremos la próstata como una glándula encarcelada dentro de un cubo que la rodea por 5 costados estando abierta su cara superior, y tendremos así a la próstata limitada, a los lados por los ligamentos sacropúbicos; por debajo por el diafragma perineal; por delante por el pubis y por detrás por la aponeurosis de Denonvilliers, ésta la parte más elástica de las que he mencionado; queda pues la próstata libre por la pared superior incluyendo dentro de la superior a la uretral. Toda proliferación adenomatosa tenderá a hacerse hacia la uretra, vejiga o bien empujará a la aponeurosis de Denonvilliers en lo que ésta sea de extensible. Otra conjetura debemos hacer además. La próstata es un órgano prácticamente dividido en dos secciones: una preespermática y la otra retroespermática, siendo la zona divisoria la establecida por los conductos eyuculadores en su marcha hacia la uretra. Como podemos ver en las microfotografías adjuntas y colegir del estudio de la embriología, estos conductos forman una verdadera brida resistente, a concavidad superior, dividiendo a la glándula a su vez en dos partes; una, la superior que puede soportar una gran hiperplasia adenomatosa puesto que no tiene impedimento su desarrollo y conseguirá extenderse hacia vejiga o uretra; y otra, la inferior, cuya proliferación adenomatosa está inmediatamente detenida por el aprisionamiento que le hacen las paredes que la rodean. Cualquier

proliferación más grande que lo que puedan soportar las paredes laterales repercutirá indudablemente sobre la vascularización de dicha zona comprendiendo los vasos arteriales o venosos y dificultando de esa manera el metabolismo celular de esa parte particular de la próstata, llevando como resultado a la atrofia del foco adenomatoso neoformado, favoreciendo además el rechazo del lóbulo posterior por los adenomas o llamémosle por la prostatopatía adematosa preespermática.

Y así vemos en la preparación (Fig. 3) correspondiente a un hombre de 48 años en donde existe un verdadero adenoma preespermático rechazando hacia abajo a los conductos eyaculadores y vesículas seminales; adenoma situado lejos de las glándulas llamadas subcervicales y también lejos de la musculatura del cuello.

Es indudable que estos adenomas con su crecimiento irán a hacer su salida hacia la uretra posterior, rechazando hacia arriba a la musculatura lisa del cuello vesical.

En otra preparación correspondiente a un hombre de 55 años (Fig. 4) nos es dable ver cómo a pesar de una próstata atrófica existen glándulas llamadas periuretrales, pero que para nosotros son glándulas prostáticas de desarrollo tardío, sin características patológicas que nos hagan pensar en el adenoma.

En cambio, en otra preparación (Fig. 5), podemos ver un pequeño adenomita de estas mismas glándulas que con su crecimiento rechazará al músculo del cuello hacia abajo, produciendo las alteraciones máximas que puede producir el adenoma de próstata.

Más demostrativa podría ser la preparación de la Fig. 6 por ser de un hombre de 49 años en donde se ha producido un fibroma radicado especialmente en la parte inferior de las paredes de la uretra, en donde puede verse también algunas zonas fibroadenomatosas en pleno parénquima prostático.

La limitación de estos procesos patológicos en la zona periuretral y que nosotros llamaremos la zona de crecimiento tardío de las glándulas prostáticas puede ser la predominante. Tenemos múltiples preparaciones donde se ve una limitación perfecta de estos procesos patológicos hecha por el músculo del cuello vesical con fibras algunas veces capaces de contraerse y relajarse.

Queremos recalcar que el adenoma de próstata no es patrimonio exclusivo de la zona periuretral, como hemos visto más adelante, ni del lóbulo posterior, como vimos más arriba, sino que puede desarrollarse en cualquier parte de la próstata y así en la Fig. 7 es dable ver un franco núcleo adenomatoso situado por fuera de la musculatura cervical y rechazando a éste hacia adentro.

Estas imágenes se repiten infinidad de veces. Todas estas transformaciones adenomatosas situadas en diferentes partes de la glándula pueden presentarse concomitantemente como por ejemplo en la Fig. 8, donde se puede ver un adenoma lateral situado por fuera de la musculatura del cuello y algunas zonas con tendencia adenomatosa en lo que es el lóbulo posterior.

Vimos más arriba cuáles eran los límites de la próstata que la defendían contra la proliferación excéntrica regular hacia todos los sentidos y creemos ver de una manera evidente por qué generalmente predominan los adenomas preespermáticos.

Establecido el predominio absoluto de uno, dos o tres lóbulos adenomatosos preespermáticos es fácil comprender cómo ese tejido neoformado rechazará hacia abajo y atrás al remanente de la próstata, haciéndola aparecer como a una cápsula especial. Algunos autores creyeron ver en esta particularidad una neta diferenciación de la neoformación adenomatosa de la próstata verdadera representada por el tejido noble desplazado por la proliferación patológica; a nuestro entender en cambio ese tipo de cápsula está formado no sólo por la próstata normal sino también por los pequeños focos adenomatosos prostáticos que se encuentran rechazados y atrofiados formando un todo con la glándula normal y el tejido conjuntivo periacinoso. Se forman de esta manera verdaderos tumores encapsulados debiéndose ver en el predominio de las fibras conjuntivas que rodean a estos procesos adenomatosos, la defensa de la glándula que trata de aislarlos por ser una producción anómala en su seno.

#### CONCLUSIONES

Nuestra opinión acerca de la patogenia de la próstata está basada en los hechos que se desprenden de la observación de numerosas glándulas prostáticas de todas edades, en donde se ha podido sorprender a la degeneración adenomatosa desde los primeros comienzos

hasta las últimas etapas, pasando por todos los estados intermedios.

Nuestro resumen es el siguiente:

- 1°— En cualquier parte de la glándula puede desarrollarse un adenoma.
- 2°— Las llamadas glándulas periuretrales que radican en la pared inferior de la uretra retromontanal son verdaderas glándulas prostáticas en latencia, que por estímulos probablemente hormonales se desarrollan durante todo el transcurso de la vida del individuo de una manera ininterrumpida.
- 3°— El adenoma tiene tendencia a desarrollarse hacia vejiga y uretra por ser los únicos sitios que no ofrecen resistencia en su desarrollo.
- 4°— Por la causa antedicha la mayor parte de los adenomas que se desarrollan y que llegan al estado de verdadero tumor son preespermáticos.
- 5°— La cápsula periadenomatosa está formada no sólo por la próstata normal sino también por todos aquellos brotes adenomatosos que debido a la compresión ejercida por el adenoma que prevalece, son rechazados conjuntamente con la próstata remanente.

#### DISCUSION

Dr. García. — *Considero interesantísima la comunicación del doctor Trabucco. Creo que pone en su lugar un concepto, que muchos autores de reconocida capacidad han puesto en duda, sobre una tradición que se conserva quizá injustificadamente o por falta de análisis, y probablemente también, por una grosera apreciación anatómica macroscópica.*

*Es muy interesante el concepto de la unidad patogénica de los elementos de la uretra posterior y de la próstata verdadera. Si los unos pueden estar sometidos a una influencia X, que por el momento*

no está en discusión, para su transformación adenomatosa, los otros lo pueden estar por la misma razón. Cualquiera elemento puede ser causa de un adenoma de la uretra posterior y es muy interesante el concepto de lo que se llama la cápsula prostática, constituida por los adenomas que no pueden llegar a desarrollarse. El tejido prostático no degenerado, diré, no transformado en adenoma, y los adenomas que no se han desarrollado.

Respecto a este asunto, yo quisiera recordar un concepto de Heitz - Boyer, que viene a confirmar lo que dice el doctor Trabucco. El profesor Heitz - Boyer, basado especialmente en los trabajos anatómicos de Chamby sobre la patogenia de la cervicitis adenomatosa hiperplásica del cuello de la matriz, y homologando con el tejido prostático la transformación adenomatosa de las glándulas pericervicales del útero, por efecto de un continuado estado inflamatorio, ha observado en algunos casos de enfermedad diverticular de la próstata, la degeneración adenomatosa de la zona glandular que circunscribe al divertículo. Admite, sin generalizarlo, como patogenia, que la inflamación crónica, o la peri-diverticulitis crónica, puede ser causa de una degeneración adenomatosa.

El divertículo de la próstata no es patrimonio exclusivo de la glándula peri-uretral, sino que lo es también de lo que convenimos en llamar la glándula prostática verdadera. Vale decir, que si esa glándula, como él parece haberlo demostrado con los estudios de Chamby, (aún en la próstata humana en algunos casos en que ha tenido la suerte de operar enfermos en que anteriormente había diagnosticado una enfermedad diverticular), si él admite que es la verdadera glándula prostática la que hace la degeneración adenomatosa, también ello sería una prueba más de que en circunstancias patológicas o fisio-patológicas X, cualquier elemento de la glándula prostática puede ser asiento de una degeneración adenomatosa.

Respecto a lo que ha dicho el doctor Trabucco sobre el accidente operatorio de la prostatectomía, en relación con el esfínter externo, en los casos en que hay un arrancamiento o lesión del mismo, al extirpar la porción infra-espermática del adenoma, a mí se me ocurre, por un accidente no hace mucho tiempo visto, que quizá,



en más de un caso, sea ello debido a un arrancamiento extenso de la mucosa uretral. Una vez terminada la enucleación del adenoma, la mucosa queda como un verdadero cordón que lo mantiene fijado. Los que han hecho muchas prostatectomías, han visto que se hace una verdadera disección de la mucosa, produciéndose, arrancamientos extensos de la misma, que involucran un grave traumatismo.

La incontinencia, que algunas veces es relativa y hasta llega a desaparecer, es posible que se deba en muchos casos, al traumatismo de la mucosa, lo mismo que muchos procesos de estrechez, que por la uretrografía se ve que no son del cuello de la vejiga, sino al nivel del esfínter estriado.

Es muy posible que en algunos casos, esa sea la patogenia.

Dr. Minuzzi. — Felicito al doctor Trabucco por su espléndido resumen y por su puesta al día del tema y sobre todo, quiero recordar un accidente.

Yo he tenido desgraciadamente, el año pasado, después de 14 años de ejercicio de la urología, un accidente posiblemente por lesión del esfínter externo, en un caso de próstata de tipo escleroso en que la nucleación fué muy laboriosa y evidentemente, esa pudo haber sido la causa de que el exceso de traumatismo para liberar esa causa de forma esclerosa, quedó una lesión del esfínter externo. Ese es el único caso que yo cuento en mi estadística personal, de una lesión del esfínter externo, cuya incontinencia no he podido dominar.

Dr. Trabucco. — Agradezco los conceptos de los doctores García y Minuzzi.

Es indudable que yo he tocado sólo de paso ese punto e hice una conjetura sobre la relación que podría tener un adenoma desarrollado en el lóbulo posterior prostático con el esfínter, por la vecindad que tienen y me hacía esta reflexión: ese adenoma prostático desarrollado allí, ya sea, según la teoría de la prostatitis hipertrofiante de Heitz - Boyer o de acuerdo a cualquier otra patogenia, como ser por ejemplo, la hormonal, pero con infección, ésta trae un tejido escleroso de defensa sumamente adherido, lo que podía

*haber tenido sus relaciones con el diafragma perineal, sobre todo con los músculos que gobiernan la micción y con la inervación de los músculos que gobiernan esa micción. El arrancamiento trae aparejado esos fenómenos de incontinencia urinaria que si se corrigen algunas veces, otras veces no.*