

## SARCOMA RETROVESICAL

Prof. Luis A. Surraco y Dr. Juan E. Cendán Alfonso

OBSERVACIÓN. -- N. T., 51 años, oriental, casado. Procedente de Colonia.

Ingresa al Hospital Maciel el 11 de diciembre de 1944, enviado para exploración urológica.

**Interrogatorio.** — Ha sido siempre sano y no recuerda ningún antecedente hereditario o personal digno de mención. No hay antecedentes de infección gonocócica.

En los primeros días de noviembre, bruscamente, sin ninguna molestia premonitoria, hace una *retención aguda de orina*. Consulta médico que practica cateterismo uretral.

Pasa bien dos días, al cabo de los cuales se repite la retención, siendo nuevamente sondado. Se le aconseja estudio urológico, motivo por el cual es internado en la Clínica.

Desde sus episodios de retención hasta el momento del examen (un mes) no ha tenido trastornos importantes. Sólo acusa ligero ardor a la micción (sondajes).

En ningún momento ha habido hematurias. Orinas claras. Examen de orinas practicado en ocasión de la retención: No hay elementos anormales. Sedimento: algunas células epiteliales planas; raros leucocitos.

No hay ningún trastorno funcional. Orina una vez por noche desde hace muchos años.

Ha adelgazado algo últimamente, pero conserva el apetito y las fuerzas.

**Examen.** — Buen estado general. Piel y mucosas de coloración normal. El examen somático general no muestra ninguna particularidad digna de mención. Apirexia. Pulso regular de 72 por minuto.

La palpación del vientre muestra de inmediato una gran tumoración hipogástrica con los caracteres de una vejiga en retención. La presión despierta el deseo de orinar. Se le hace orinar en tres copas. Disuria inicial. Orina normal en los 3 vasos. 200 c.c. Se pasa una sonda Béquille Nº 36 sin dificultad. Residuo de 60 c.c.

La palpación realizada nuevamente demuestra que persiste la *tumoración hipogástrica*, pero ahora no tan grande y groseramente irregular extendiéndose especialmente a la derecha (Esquema Nº 1). Da la impresión de estar desarrollada en la vaina alantoidea. Tumoración abollonada, de consistencia elástica, con una zona dura suprapúbica derecha.

**Tacto rectal.** — Próstata de tamaño y consistencia normales. Se individualiza bien su borde superior. Por encima y lateralmente se palpan dos *aleros* fibrosos, duros, difusos, particularmente a la derecha, con todos los caracteres de los aleros neoplásicos. En el centro, se toca una *tumoración supraprostatica* de consistencia quística, regular, indolora, inmóvil y adherente a la pared pelviana por los aleros laterales; respetando las paredes rectales. (Esquema N° 2).



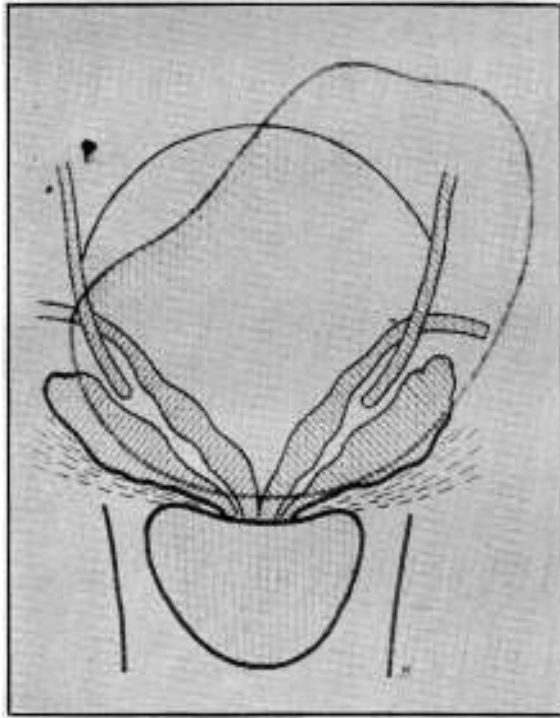
Esquema 1

Dicha tumoración forma cuerpo con la que se toca en el hipogastrio, lo cual es muy evidente por palpación bimanual; esta maniobra permite apreciar que se trata de una tumoración quística muy grande, lobulada, a contornos netos, de forma irregular (Esquema 3) con tendencia a desarrollarse en dirección hacia la F. I. D. Su semiología recuerda groseramente el aspecto de la hidatidosis pelvianas. Indolora, fija, desarrollándose entre el recto cuya pared anterior respeta, rechazándola algo hacia atrás, y la vejiga por delante, que es comprimida como se aprecia en la cistografía de perfil.

El polo superior, bastante cercano a la pared anterior del abdomen, alcanza hasta tres traveses de dedo por debajo del ombligo y lateralmente deja libres ambas fosas ilíacas pero desarrollándose principalmente hacia la derecha.

No se palpan ganglios aumentados en las zonas tributarias ni a distancia. Organos genitales normales. Resto del examen clínico, sin particularidades.

**Citoscopia.** — La cara posterior, por encima del trigono, está rechazada hacia adelante y hace una saliente ovoidea en la luz vesical, en cuya zona la mucosa no presenta alteraciones.



Esquema 2

**Cistografía.** — Frente: sin particularidades. Perfil: muestra el rechazamiento y compresión de la vejiga hacia adelante, limitado a la parte superior de la cara posterior, sin presentar modificaciones en la zona del cuello.

Radioscopia de tórax: normal.

Reacción de Cassoni: Negativa.

Reacción de Wassermann: negativa. Urea en suero sanguíneo: 0.35 por mil. Leucocitos: 9.800 gl. blancos por mm.<sup>3</sup>

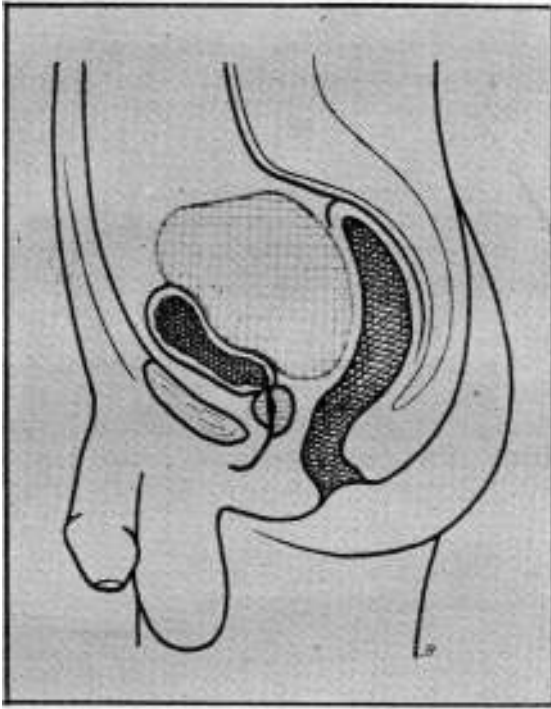
**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

Fórmula: Polinucleares neutrófilos: 69 %; Polinucleares basófilos: 1 %; Polinucleares eosinófilos: 2 %; Mononucleares 13 %; Linfocitos: 15 %.

Gl. rojos: 3.980.000 por mm<sup>3</sup>. Hemoglobina: 80%. Valor Glob.: 1. Tiempo de coagulación (en tubo) 8'. Tiempo de sangría (Duke): 1 y ½'

Orina: Albúmina: indicios. No contiene otros elementos anormales. Sedimento: raros glóbulos de pus, leucocitos, células planas.

**Intervención.** — Enero 8 de 1945. Prof. Surraco, Dr. Cendán, Pte. Negrotto.



Esquema 3

Anestesia: Raquinovocaína: 14 cgrs. al 8 %. Buena.

Incisión paramediana derecha infraumbilical. Se visualiza vejiga y uraco. Abordaje subperitoneal, retrovesical de la tumoración. Tumoración quística de pared hialina. Tumoración retrovesical que ha tomado contacto y adhiere a la pared posterior de la vejiga. Punción y aspiración con trocar grueso, obteniendo un magma papilomatoso con coágulos y restos de tejido necrosado. Vaciamiento de la cavidad y de dos cavidades adyacente análogas. Se punciona una pequeña cavidad quística láterovesical derecha, que da líquido hemático (que se envía al laboratorio). La explo-

ración muestra una gran masa tumoral, del tamaño de una cabeza de adulto, formada por una cáscara de constitución tumoral, de la que se extraen fragmentos para su estudio histológico ulterior, que limita una cavidad anfractuosa, pseudoquistica, con un contenido papiloso, y gelatinoso, por degeneración y necrosis central.

Tubo y mechas. Sulfatiazol en polvo local. Cierre de la pared por planos.

En resumen: **Tumor pseudoquistico papilifero retrovesical.**

Examen del líquido de punción: Líquido hemático, viscoso, que no coagula. Albúmina: 0.32 grs. por mil. Rivalta negativo. Urea 0.85 grs. por mil. Sedimento: abundantes glóbulos rojos.

Evolución postoperatoria buena. A los 25 días (2 de febrero) es dado de alta con la herida operatoria completamente cerrada.

Marzo 9/1945. Nuevo examen (2 meses). Al tacto se palpan los alerones láteroprostáticos y la tumoración retrovesical muy disminuida de tamaño. La vejiga tolera 300 c.c de orina. Ha aumentado varios kilos de peso. Buen estado general. No hay trastornos funcionales.

En agosto 26 (2 meses de operado) hemos tenido noticias por su médico. La tumoración ha aumentado considerablemente de volumen, alcanzando casi la línea umbilical. Disuria. Algunos episodios de retención de orina que han cedido con sondeos. Estado general malo. Anemia, gran adelgazamiento.

**Examen histopatológico:** (Realizado por el Br. R. Ardao).

Se practicaron varios cortes histológicos que se han teñido por las técnicas de Hematoxilina-eosina y hematoxilina férrica-picrofucsina (método de Van Gieson).

“Tumor muy celular, a células redondas, pequeñas, a núcleo atípico, de origen conjuntivo; vasos y lagunas vasculares sin pared propia, con la misma constituida por las propias células del tumor; grandes focos de hemorragia y necrosis; células atípticas en el interior de los vasos y lagunas vasculares, mezcladas con los elementos de la sangre; por ello son de presumir las metástasis. En partes, aspecto perivascular de las células del tumor.

En suma: sarcoma común a células redondas, con disposición perivascular en algunos sitios”.

Los tumores retrovesicales de origen mesodérmico son mal conocidos y muy a menudo erróneamente clasificados en su histología y en su origen, dando lugar a gran confusión.

En la literatura figuran unos 200 casos publicados de sarcoma de próstata, entre los cuales se incluyen numerosos casos de tumores retrovesicales malignos de origen conjuntivo, cuya vinculación con la próstata como sitio primitivo de origen del proceso, no ha sido demostrada y es poco probable. Aun en lo que se refiere a la histología, autores como Ewing, Ray, etc., ponen

en duda la autenticidad de muchos sarcomas, en particular los linfosarcomas, considerando que se les confunde a menudo con formas anaplásticas de carcinoma.

La primera observación de sarcoma retrovesical parece haber sido la de Socin en 1875 (cit. por Melikow y col.) quien relató el caso de un tumor "entre la vejiga y el recto" en un niño de 8 años. El estudio histológico mostró que se trataba de un sarcoma blando, vascular, a células redondas, localizado en el espacio retrovesical.

Muchos autores describen los sarcomas retrovesicales como sarcomas primitivos de la próstata desarrollados hacia arriba. (La observación N° 3 de la casuística de Young pertenecería a este tipo).

Otros autores piensan que en estos casos el sitio de origen del tumor está en los tejidos retrovesicales y que la próstata, en caso de estar englobada, sería invadida secundariamente. Tal vez sean estos los casos más frecuentes.

El origen de algunos de estos tumores en las vesículas seminales es seguro Wassiljeff, Zahn, Ceelen (cit. por Rolnik) describen casos de esta índole. Pero en la mayoría de los casos es muy difícil demostrarlo. Se ha pensado que la vaso-vesiculografía, permitiría el diagnóstico al visualizar las deformaciones de las vesículas seminales; pero ellas pueden ser determinadas, lo mismo que las imágenes cistográficas, por la compresión extrínseca, lo cual le resta por lo tanto valor en ese sentido.

De todos modos resulta muy difícil precisar el lugar de origen de estos tumores, pues su evolución clínica silenciosa, hace que puedan alcanzar un volumen considerable antes de ser descubiertos, en cuyo momento es ya imposible determinar su origen cierto aún en piezas de necropsia.

Frente a tales dificultades consideramos que es conveniente mantener la clasificación adoptada por Young, quien en un análisis de 20 casos de sarcomas de la región próstato-vesicular, distingue cuatro grupos:

- 1º Sarcomas primarios de la próstata (2 casos).
- 2º Sarcoma prostático y retrovesical (10 casos).
- 3º Sarcoma retrovesical no englobando la próstata (5 casos).
- 4º Sarcoma de fosa isquiorectal; retrovesical pero no tomando la próstata (3 casos).

Esta clasificación es sólo relativa, pues muchos de los casos incluidos lo han sido sólo por los datos clínicos, y algunos por las comprobaciones operatorias, existiendo solamente cuatro observaciones con estudio histológico (Casos 3, 10, 14 y 20) y en una de ellas (obs. 10) aún después de realizada la necropsia y el estudio histológico, subsistió la duda pues se encontraron áreas de aspecto sarcomatoso y otras de adenocarcinoma.

Nuestro caso entraría en el grupo 3º; en los 5 casos de Young en él comprendidos, el sarcoma, como en nuestro caso, formaba un voluminoso tumor retrovesical que no incluye la próstata y que oculta la región de las vesículas seminales de ambos lados. El único caso de estos 5 estudiado histológicamente, mostró un sarcoma a células redondas análogo al de nuestra observación.

El sarcoma retrovesical es una entidad clínica muy interesante a considerar del punto de vista de la sintomatología y del diagnóstico.

Uno de los principales síntomas ocasionados por la afección que nos ocupa es el desplazamiento y deformación de la vejiga. Dicho desplazamiento puede obedecer a tumores, quistes, procesos inflamatorios o supurados de la región.

De todas las afecciones tumorales con esta localización, la hidatidosis retrovesical, por su frecuencia en nuestro medio y por sus características clínicas y semiológicas, es la que plantea el diagnóstico más difícil. En nuestro caso, el único elemento que hizo pensar que no se trataba de una hidatidosis, fueron los *aleroses látero-prostáticos* hallados por el tacto rectal. Todos los demás datos físicos inclinaban a la posibilidad de una hidatidosis.

El quiste dermoide es raro y a menudo infiltra la pared vesical (Rolnick).

Los tumores que toman origen en las paredes pelvianas son fijos, sesiles, y a desarrollo más lateralizado.

Una imagen semejante puede ser dada por un hematoma retrovesical (caso de Grant). El antecedente de traumatismo o herida orientan de inmediato.

Entre los tumores retrovesicales malignos que pueden prestarse a confusión debemos citar:

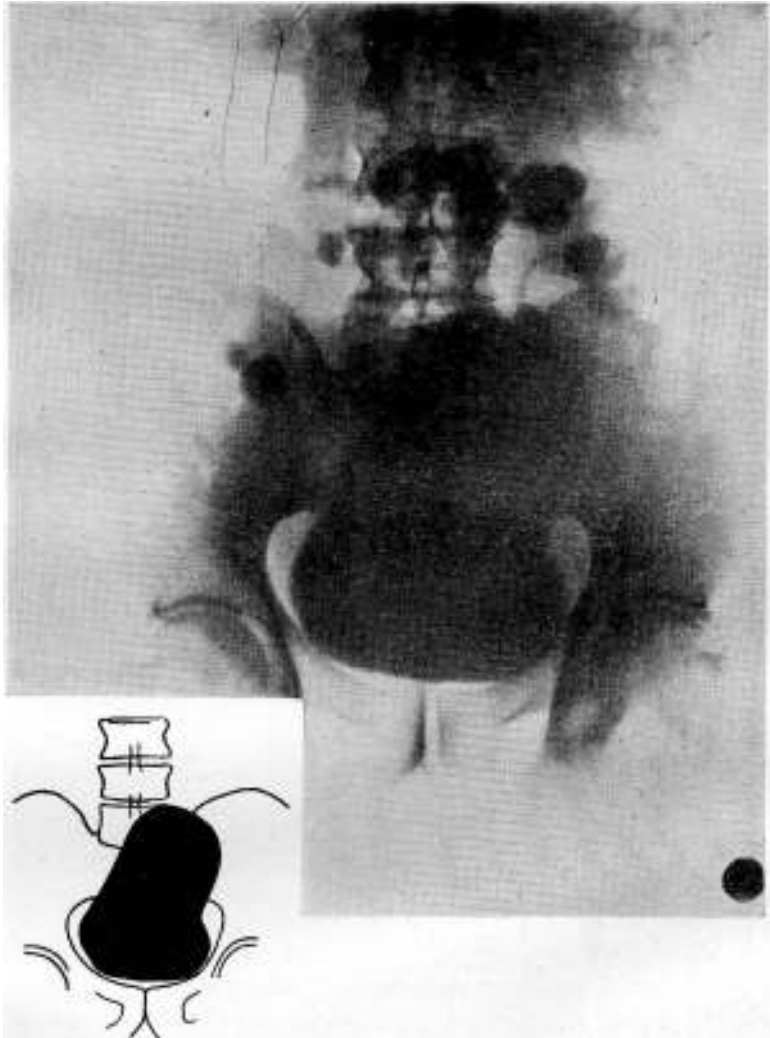
Los carcinomas recto-sigmoideos.

Los carcinomas y sarcomas de la vejiga.

Los sarcomas prostáticos.

Los sarcomas de las vesículas seminales.

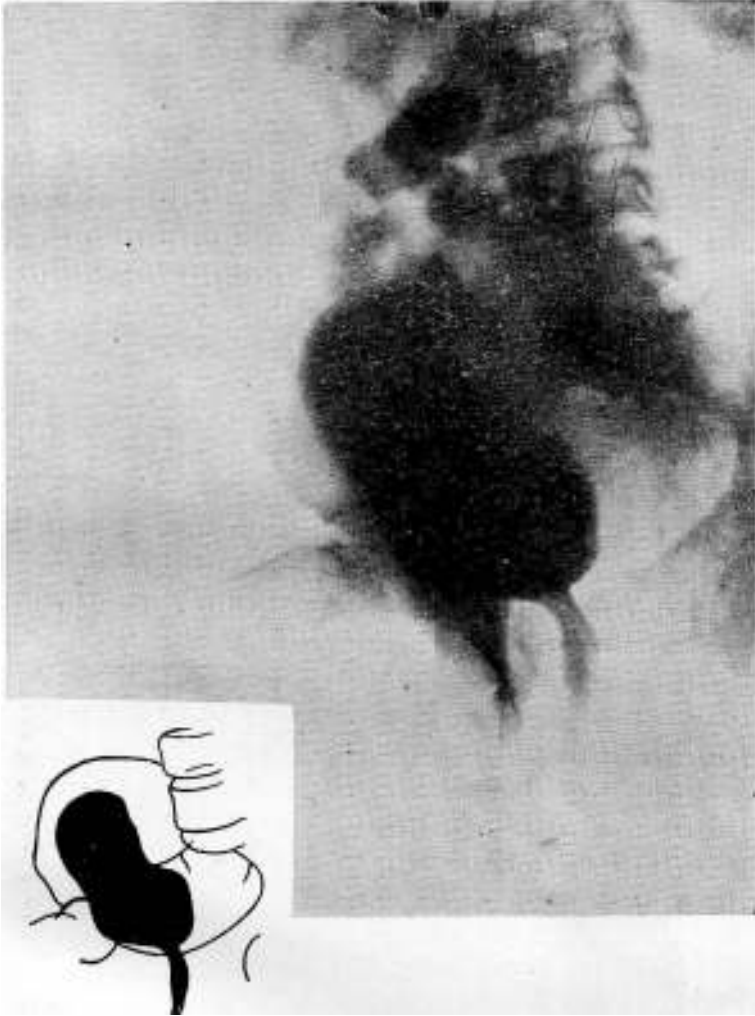
Ya hemos hecho referencia a las dificultades diagnósticas entre estos diversos tipos. Sin embargo cabe hacer notar que los



sarcomas retrovesicales respetan mucho tiempo la vejiga, y aún en casos avanzados como el nuestro, en que existía adherencia a la pared posterior, no había sin embargo, modificaciones apre-



ciables a la citoscopía, contrariamente a lo que se observa en los tumores de origen vesical. Como hace notar Rolnick en su interesante y documentado trabajo, "el sarcoma retrovesical,



aunque raro, es el sarcoma más común de la región vesical, ocurriendo más frecuentemente que el sarcoma de la vejiga, que ha recibido mucha más atención. El sarcoma retrovesical, dice, no debería ser confundido con el sarcoma de pared vesical, pues es

un tumor extravesical, enteramente separado de la vejiga a la que infiltra solamente cuando está muy avanzado”.

Los sarcomas retrovesicales, por lo menos durante mucho tiempo, respetan también la región prostática y es posible comprobar su separación de la próstata por tacto rectal. Esta maniobra es tal vez la que da datos semiológicos más importantes, pues además de mostrar la independencia del proceso con la región prostática y el estado normal de la próstata y la región prerrectal, permitió apreciar en nuestro caso la presencia de los alerones láteroprostáticos, que hicieron presumir inmediatamente la naturaleza maligna del proceso en ausencia de todo signo en ese sentido.

El estudio de los sarcomas retrovesicales que hemos logrado encontrar en la literatura, muestra las siguientes características generales que son muy semejantes a las de nuestra observación:

1º Edad. Más de la mitad de los casos han sobrevenido antes de los cuarenta años. Casi todos los restantes, después de los 50 años (entre ellos tres casos de Young y el nuestro).

2º Tamaño: Grande; a veces gigante. Consistencia variable, pero muy a menudo quísticos por degeneración (mixomatosa, grasosa, etc.).

3º Manifestaciones clínicas; en general pobres y tardías: Trastornos urinarios: disuria, polaquiuria, retenciones. Hematurias. Dolores locales o irradiados. Son las manifestaciones más comunes.

4º Por la misma razón, cuando estos casos llegan al médico, ya el tumor ha alcanzado gran volumen y en general está fuera de las posibilidades de exeresis quirúrgica.

5º La evolución es rápida y el pronóstico malo.

6º Son frecuentes las metástasis (Ganglionares, óseas, viscerales).

7º Son tumores bastante sensibles en general a la radiumterapia. Young tiene tres casos con sobrevida importante, uno de los cuales de 7 y 1/2 años. Por lo menos se consigue la fusión más o menos completa del tumor con alivio importante de los síntomas. Pero a pesar de ello casi todos llevan a la muerte en plazo más o menos breve (6 meses a un año).

8º Las formas histológicas más comunes son los sarcomas que tienen por origen el tejido fibroso (a células redondas, a célu-

las fusiformes). Luego los tipos pleomórficos, los miosarcomas, y en último término los linfosarcomas cuyas dificultades de diagnóstico hemos visto.

### Resumen

1. Se relata una observación de sarcoma retrovesical a células redondas, pseudoquístico, de gran volumen, adherente a la cara posterior de la vejiga.

2. Se hacen consideraciones sobre el origen posible de estos sarcomas, estableciendo las dificultades que se oponen a la determinación de su lugar de origen.

3. Dada la pobreza de sus manifestaciones clínicas precoces, el diagnóstico es siempre tardío. El estado general, se conserva bueno durante mucho tiempo.

4. Se insiste en las dificultades del diagnóstico de naturaleza por el examen clínico, se jerarquizan los síntomas y se da gran valor al hallazgo de los alerones *látero-prostáticos* que orientan hacia el diagnóstico de neoplasia.

5. Se hace una breve reseña de la literatura sobre el tema y a manera de conclusiones se establecen las características generales de los sarcomas retrovesicales.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1) CEELEN (W.). — *Virchow Archives*. 207:200-206; 1912.
- 2) EWING (J.). — *Neoplastic Diseases*. 4ª ed.: 851-853; 1940. W. B. Saunders. Phila.
- 3) HESS (E.). — Sarcoma of prostate and adjacent retrovesical structures. *Journal of Urology*. 40: 629-640; 1928.
- 4) MELIKOW (M. M.), PELTON, T. H. y FISH (G. W.). — Sarcoma of the prostate gland. *Journal of Urology*. 49: 675-707; 1943.
- 5) RAY (E. H.). — Sarcoma of the prostate in infants; case report and brief review of literature. *Journ. of Urology*. 34:686-691; 1935.
- 6) ROLNIK (H. C.). — Retrovesical sarcoma. *Journ. of Urology*, 35: 353-360; 1936.
- 7) SOCIN (A.). — *Billroth's Handbuch*. 3, 1; 1875. (Cit. por Melikow y colab.).
- 8) SURRACO (L. A.). — Los quistes hidáticos retrovesicales. *Anales de la Fac. de Medicina de Montevideo*. 22: 855-884; 1937.
- 9) WASSILJEFF. — *Ztschr. f. Urol. Chir.* 25: 1-12; 1928 (Cit. por Rolnik).

- 10) YOUNG (H. H.). — Sarcoma of the prostate and its adnexa. LEWIS, WALTERS, *Practice of Surgery-Urology*. IX:127-154; 19. NELSON Loose Leaf L. *Surgery. Urology*. VI: 304-309; 1928.
- 11) ZAHN. — Sarcoma de las vesículas seminales a células redondas y fusiformes, con metástasis en mesenterio, riñón y corazón. — *Ztschr. f. Chir.* 22:22 30, 1885. (Cit. por Rolnik).

**Dr. Vigil Señora.** — Yo tengo un caso muy parecido al que acaba de relatar el Dr. Cendan. Lo operé hace ya algunos años y no recuerdo exactamente los detalles de la operación, pero podría traerla para una próxima sesión.

Me parece que la comunicación tiene tres aspectos que hay que destacar:

Primero: la sintomatología.

Segundo: la naturaleza del tumor.

Tercero: la topografía exacta que condiciona la técnica y táctica operatorias.

La sintomatología es la común a las tumoraciones retroperitoneales de la zona, quistes hidáticos, etc., sorprendentemente parcos en sus manifestaciones clínicas.

En cuanto al segundo punto no nos detendremos, aunque creemos importante señalar como lo destaca el comunicante la enorme variabilidad de estos tumores y de ahí sus múltiples posibles orígenes.

Lo más importante que tienen estos tumores es sin duda el aspecto topográfico. En este caso, que no se había podido llegar a un diagnóstico preoperatorio seguro nosotros le hicimos primero una incisión baja, que nos ha permitido llegar a la seguridad de que el tumor estaba colocado por detrás de la vejiga. Abrimos el peritoneo y nos encontramos con que el tumor hacía una gran saliencia por detrás del peritoneo. Lo que correspondía era cerrar la tala, decolar el peritoneo y teníamos así perfectamente limitado el tumor y fué la única forma de poder abordar aquel tumor de tal tamaño y compleja situación topográfica.

El caso nuestro, sumamente desfavorable, por el tamaño, vascularización y conexiones, sólo nos permitió puncionarlo y sangró en forma tan copiosa que contribuyó al éxitus del enfermo durante las próximas 48 horas: lo único que hicimos luego, fué un examen necrópsico y anatómico patológico.

Del punto de vista de la táctica operatoria y la técnica operatoria, me parece que estos tumores son muy interesantes. Por eso me interesa mucho el dato del Dr. Cendan de la posibilidad de encontrarlos y el valor que le da al hecho de la presencia de los alerones prostáticos como señalamos antes del punto de vista de la etiología, que sean de la vaina o no, para nosotros no tiene importancia ahora.

Hay mismo, tumores provenientes probablemente del sistema nervioso simpático, de lo que hay un caso que ha sido publicado en Buenos

Aires, por el Dr. Balado, que tiene una topografía casi exactamente igual a éstos que yo cito.

Le preguntaría, terminando, al Dr. Cendan, sobre la importancia, el valor semiológico, de que se encuentren estos alerones prostáticos en este tipo de tumores, destacando además el hecho de la sintomatología y la curiosa topografía que estos tumores adoptan.

**Dr. Cendán.** — Debo agradecer a los que han hecho uso de la palabra por el interés que han demostrado por nuestra comunicación. Trataremos de responder brevemente a sus comentarios:

a) En lo que se refiere a *naturaleza* de algunos de estos tumores, existen algunos casos, que, como el del Dr. Vigil, dado su aspecto histológico, deben ser considerados como desarrollándose a partir de células nerviosas. Recordamos en este momento dos observaciones de este tipo: Una observación de Rolnik, de neurofibrosarcoma retrovesical en un paciente de 64 años, cuyo origen ha sido relacionado con la neurofibromatosis de Recklinghausen. Y un caso de Hess, de fibrosarcoma neurogénico, cuyo estudio histopatológico fué hecho por Ewing quien dice al respecto: "Es un notable ejemplo de neurofibrosarcoma plexiforme del sistema nervioso simpático".

b) Respecto a *sintomatología*, hemos insistido en el silencio clínico durante mucho tiempo, lo que permite al tumor alcanzar gran volumen antes de que el examen clínico lo descubra. Contrasta este grado avanzado de evolución, con la poca o ninguna repercusión funcional y general, y especialmente el excelente estado general, frecuente en estos enfermos como ha hecho notar el Prof. Soto Blanco.

c) En cuanto al *valor de ciertos síntomas*, consideramos que la comprobación de la existencia de los *aleroses fibrosos* látero-prostáticos, es fundamental para descubrir la naturaleza de la afección. Fueron ellos los que en nuestro caso hicieron pensar en la naturaleza maligna, neoplásica, del proceso, permitiendo descartar la hidatidosis pelviana, a la que hacían inclinar toda la sintomatología funcional y física y la frecuencia con que se presenta en nuestro medio, contrastando con la rareza excepcional de los tumores que nos ocupan.

d) En lo que atañe a *evolución*, de esta afección, todos los autores están de acuerdo en la corta duración a partir del momento en que es diagnosticada. Young dice que la sobrevivida de los enfermos que no han sido sometidos a radiumterapia no pasa de un año; en cambio los enfermos irradiados tienen sobrevividas importantes; un enfermo de Young se encontraba en buenas condiciones de salud después de 7 años y medio de tratado.

Sin embargo hay casos que tienen evolución que puede ser larga a pesar de no haber sido sometidos a irradiación. Recordamos una observación cuyo autor no tenemos presente en este momento, de un sarcoma retrovesical en un niño, que fué operado, extirpándose incompletamente; se hizo pronóstico malo a breve plazo; a los nueve meses vuelve a ser visto comprobándose la existencia de la tumoración más o menos con los mismos caracteres que cuando se fué de alta, y sin que hubiera aparecido ningún síntoma general ni funcional. Basado en ello, y no obstante los resultados del estudio histo-

patológico, el autor pone un signo de interrogación respecto a la malignidad de estos tumores.

e) Por último, en lo relativo a la *vía de abordaje*, creemos que la más conveniente es la seguida en nuestro caso, y que fuera aconsejada por el Prof. Surraco para el abordaje de los quistes hidáticos retrovesicales. Ella comprende los tiempos siguientes que reproducimos del trabajo citado:

“1º Abertura y levantamiento del fascia umbílico-prevesical y con ella los fondos de saco peritoneales.

“2º Descubierta del uraco.

“3º Sección del uraco y levantamiento del peritoneo retrovesical hasta la cara superior del quiste que queda así ampliamente descubierto”.

“*La maniobra de sección del uraco da la clave de la entrada al espacio retrovesical*, facilitando el descolamiento de la serosa”.

“Cuando se trata de quistes bajos en los que es necesario descolar el peritoneo en gran extensión, se complementa la maniobra de sección del uraco con la sección posterior del cordón de la arteria umbilical que levanta en tienda el peritoneo de cada lado: y como el quiste tiene desarrollo preferente a un lado, es suficiente en la práctica realizar esa sección unilateral”.

La vía citada demostró ser excelente en nuestro caso, dando amplio acceso al tumor; ella hubiera permitido seguramente la exeresis, de no mediar el grado avanzado de evolución que lo hacía inextirpable.

---