

## SÍNDROME DE CISTITIS

Anatomo-patológicamente Cistitis es una inflamación de la pared vesical.

Clínicamente se dice que hay Cistitis cuando el enfermo presenta a la vez dolores durante la micción, deseos frecuentes de orinar y piuría.

El dolor empieza antes de la micción, durante toda ella y se acentúa al fin. El terminal es más claro en la región suprapúbica, periné y extremidad del pene.

La polaquiuria es variable según la extensión de las lesiones; en los casos muy agudos se acompaña de deseos imperiosos de orinar debiendo ser evacuada la vejiga so pena que salga espontáneamente.

A veces se agrega a esta triada la hematuria.

Un examen microscópico demuestra la presencia de pus y calidad de gérmenes.

La capacidad vesical está disminuida tanto como sea la extensión de las lesiones.

A la cistoscopia se encuentran la cantidad, calidad y extensión de las lesiones que primitivamente se caracterizan por centenar de casos registrados en todas las estadísticas.

Para concluir quiero afirmar la extrema frecuencia de embarazos tubáricos que existe en esta ciudad, ya mi record pasa de 30. Del 5 de febrero al 19 de marzo he tenido 4 casos más del referido, todos con retardos de 10 días hasta un mes; uno de

nómenos de congestión con aumento del número y volumen de los vasos. Un grado más avanzado y la mucosa pierde su color haciéndose rosada o roja, sea sólo en el cuello, en el *fondo* o en su totalidad. En los casos crónicos la mucosa se esclerosa y aparece pálida y grisácea. Se ven además edemas, sufusiones sanguíneas, abscesos, ulceraciones, placas de leucoplasia.

El diagnóstico se hace con la cistalgia caracterizada por dolores, frecuencia de micciones y ausencia de piuría, frecuente en el embarazo, prolapso genital, tumores uterinos, salpingitis. Igual cosa con los pólipos de la uretra y el prolapso de la mucosa de sencilla exploración.

Con las neuralgias vesicales secuelas de cistitis curadas, del tabes, de las fisuras anales. Con los cálculos de la vejiga, una exploración metálica, la cistoscopia y radiografías los eliminan.

Las bacteriurias renales y vesicales se acompañan de cistalgias sin que haya inflamación de la mucosa. El diagnóstico es muy difícil pero la orina es ligeramente turbia, da visos; al

ellos bilateral a gran bolsa izquierda y mediana derecha. Una inundación peritoneal de 13 días y dos de un mes. La del bilateral nunca tuvo hemorragias. Todas las enfermas fueron operadas con éxito.

S. Paredes P.

agitarla en un vaso se ven reflejos deslumbrantes, ondulados. Las uretritis a estafilococos o colibacilos dan bacteriurias. Hay ausencia de pus.

Los cálculos de la extremidad inferior de la uretra producen dolores y deseos frecuentes de orinar; si hay piuria pueden confundirse con la cistitis, pero la radiografía, cistoscopia y antecedentes de cólicos establecen el diagnóstico.

Pueden haber deseos frecuentes y dolores en la retención piélica de la hidronefrosis pero no hay pus. Se hará la medida de capacidad piélica y radiografía.

En las pielonefritis puede haber inflamación pero generalmente sólo se observa la cistalgia. La polaquiuria es más frecuente por la noche. El origen renal se establece por que el lavado de la vejiga aclara rápidamente el medio vesical. El cateterismo uretral prueba la infección piélica y la cistoscopia la ausencia de lesiones vesicales.

Demostrando la integridad de la mucosa vesical la cistoscopia se diferencia la tuberculosis renal cuando no ha sido corita - minada.

La prostatitis blenorragica se parece a la cistitis pero los síntomas son menos pronunciados; la piuria está limitada al prin-

cipio y al fin de la micción; los deseos son más imperiosos que frecuentes. Medida de la capacidad vesical y tacto prostático' resuelven la cuestión.

Una vez eliminadas todas estas afecciones parecidas a las cistitis habría que averiguar la naturaleza y causa de ésta. Las cistitis de evolución y manifestaciones muy agudas son debidas sea a un sondaje séptico o a la gonococcia, se acompañan de hematuria con frecuencia, duran poco, curan en 8 a 10 días bajo tratamiento o espontáneamente.

Las cistitis subagudas en las mujeres se deben a infección intestinal o genital y en ambos sexos a la tuberculosis renal; la cistitis aparece sin causa ostensible, rebelde al tratamiento, recidivante, la orina es pálida y turbia, acidas, piuria sin microbios o con bacilos de Koch. La cistoscopia muestra: granulaciones, ulceraciones y placas equimóticas. La granulación se presenta como una semiesfera, del tamaño de la cabeza de un alfiler, gris transparente o gris lechoso, perfilándose sobre una aureola roja que la circunscribe, son múltiples y se desprenden claramente de la mucosa sana, La ulceración resultado de la abertura de la granulación es de bordes tallados, levantados, crateriforme, de fondo blanco o

amarillo y regular. Otras veces es una exulceración saliente poco profunda, granuda e irregular, recubierto de una capa purulenta, adherente, amarillenta y para otras ulcerada, roja y rosada. La excavación está limitada por un borde como un minúsculo platillo periférico, amarillento, bastante regular, rodeado todo por una zona congestiva rojo vivo de algunos milímetros de ancho.

Cuando las granulaciones y ulceraciones residen en el vértice de la vejiga son patognómicas de tuberculosis.

Las placas equimóticas aparecen en forma de manchas rojo vivo del tamaño de una lenteja de límites imprecisos formadas de vasos turgescientes. Se les encuentra en todas las cistitis agudas; en la tuberculosis son poco numerosas y se ven sobre mucosa sana.

En la tuberculosis se observa una alteración de uno de los orificios ureterales rodeado sea por una mancha hemorrágica, por una exulceración o por un edema; otras veces está ulcerado, crateriforme, en boca de horno. Cuando a la infección tuberculosa se agrega una banal los caracteres cistoscópicos se pierden y entonces el diagnóstico se hace por la división y examen microscópico de la orina.

Las cistitis subagudas de origen intestinal son recidivantes y se afirmarán hasta haber eliminado la tuberculosis vesical.

Las cistitis crónicas consecutivas a cistitis agudas no tratadas o mal tratadas de los estre-

chos prostáticos y prostato-vesiculares. Desconfiar de los cálculos, tuberculosis renal, en un hipertrófico de la próstata si hay pus sin haber sido sondeado. La cistitis rebelde al tratamiento con detenimiento del chorro durante la micción o dolor a la marcha y movimiento despertará la idea de cálculos vesicales.

Se presentan también cistitis crónicas con caracteres de agudeza en los divertículos vesicales, estrecheces uretrales, hipertrofia de la próstata y cálculos vesicales.

Las cistitis gangrenosas evolucionan en forma especial: los fenómenos de cistitis son poco marcado en tanto que los generales son acentuados; orina muy purulenta y fétida; el sondaje puede evacuar la vejiga porque la mucosa gangrenada aplicándose en el agujero de la sonda lo obstruye.

En los cancerosos de la vejiga hay cistitis crónica banal, cistitis pseudo-gangrenosa acompañadas frecuentemente de hematurias, pequeñas y terminales al principio y persistentes y abundantes al fin de la evolución cancerosa; tacto prostático y cistoscopia aclaran el diagnóstico.

La bilharsiosis se distingue por la hematuria muy abundante, la presencia de huevos bilharzia y la cistoscopia que muestra numerosas pequeñas eminencias blancas, redondas, refringentes.

O. M.