

Jonescu C. Dumitru

UNIVERSITATEA " REGELE FERDINAND I " CLUJ - SIBIU.

FACULTATEA DE MEDICINA.

No. 1782

CYSTITELE.

T E Z A

pentru

Doctorat în Medicină și Chirurgie
prezentată și susținută în ziua de

.....1940.

De

IONESCU C. DIMITRU

24 MAY 2005

44621

UNIVERSITATEA "REGELE FERDINAND I " CLUJ- SIBIU.

FACULTATEA DE MEDICINA.

D E C A N: Prof. Dr. V. PAPILIAN.

PROFESORI :

Clinica stomatologică.....	Prof. Dr.	I. Aleman.
Bacteriologie.....	" "	V. Baroni.
Fiziologie medicală.....	" "	Gr. Benetat
Farmacologie.....	Supl."	V. Baroni.
Patologie generală și experiment.	Prof. Dr.	M. A. Botez.
Istoria medicinei.....	" "	V. Bologa.
Cl. Oto-Rino-Laringologică.....	" "	Gh. Buzoian
Istologie și embriologie.....	" "	Drăgoiu I.
Cl. medicală II/semiologie/.....	" "	Goia. I.
Cl. obstetricală și ginecologică..	" "	Grigoriu C.
Cl. medicală I.....	" "	Hațieganul.
Medicina legală I.....	" "	Kernbach M.
Chimie biologică.....	" "	Manta I.
Cl. neurologică.....	" "	Minea I.
Cl. oftalmologică.....	" "	Mihail D.
Igiena și medicina preventivă....	" "	Moldovanu.
Radiologie.....	" "	Negru. D.
Anatomie umană.....	" "	Papilian. V.
Cl. chirurgicală/semiologie/medi- cina operatorie.....	" "	Pop. Alx.
Cl. infantilă și puericultură....	" "	Popoviciu G.
Chimie generală medicală.....	" "	Secăreanu. S
Cl. balneologică și dietetică....	" "	Sturza M.
Cl. chirurgicală II și boalele că- ilor urinare.....	" "	Teposu I.
Cl. dermatologică și sifiligrafică	" "	Tătaru C.
Anatomie patologică.....	" "	Vasiliiu. T.
Cl. psihiatrică.....	" "	Urechea C.
Fiziologie și fizică medicală... Conf.	" "	Bărbulescu. T
Igiena generală și igienă soc... Agr.	" "	Zolog. M.
Cl. boalelor contagioase..... Conf.	" "	Gavrila. I.

JURIUL DE PROMOTIE.

PRESEDINTE : Prof.Dr. Teposu E.

MEMBRIL : " " Goia I.

" " Bologa V.

" " Benctato Gr.

" " Pop Al.

SUPLEANT : Conf. " Gavrilă I.



Mamă și tatălui meu,
toată dragostea și recunoștința
mea.



Sororii și fratelui meu.

C Y S T I T E L E.

INTRODUCERE.

Cystitele sunt procese inflamatorii ale peretelui vezicii urinare. Vezica, fiind un rezervor fiziologic care recoltează și elimină periodic urina, ce conține în soluție și suspensie toate elementele organice și minerale, ca rezultat al arderilor în organism, se poate ușor infecta în anumite condițiuni, când prin urină se elimină și agenții patogeni aflați în torrentul circulator precum și produsele patologice ale afecțiunilor căilor urinare sau ale altor organe.

În patologia urologică, inflamațiunile peretelui vezicii sunt de o importanță capitală, dat fiind frecvența și etiologia lor foarte variată.

Prezența numai a microbilor în urină nu implică apariția cystitei, sunt bacteriurii fără cystite.

Pentru declanșarea fenomenelor inflamatorii sunt necesari diferiți factori care să favorizeze inocularea germenilor pe mucoasa vezicii urinare. Sunt clasice

experimentările făcute de Hallé, Guyon și Abarran, care injectând intravezical la câini o cultură microbiană, urina devine aseptică după câteva ore, fără ca animalul să facă cystită. În schimb, determinând o retenție de urină prin legarea penisului, fenomenele inflamatorii își fac apariție.

Etiologie și patogenie.

Din lucrările lui Rowsing, Abarran și Hallé relativ la patogenia cystitelor rezultă câteva noțiuni fundamentale și incontestate :

1.- Pluralitatea agenților microbieni în provocarea cystitei.

2.- Rolul atribuit transformării amoniacale a urinei în etiologia lor și

3.- Rolul important ce i se atribuie colibacilului în infecția peretelui vezical.

În producerea acestor inflamațiuni distingem factori predispozanți și factori determinanți. Factori

Factorii predispozanți - determină condițiuni prielnice pentru infecție în urma diminuării rezistenței peretelui vezical. În ordinea importanței lor sunt :

Congestia mucoasei vezicale, retenția de urină, traumatismele, alterațiunile peretelui vezical precum și corpii străini.

A/ Congestia mucoasei vezicale survine în urma frigului, șederii prelungite în pat, inflamațiilor de vecinătate, afecțiunilor gynecologice, sarcinei, exceselor genitale, acțiunii unor substanțe medicamentoase - canterida, oxicianura de mercur - etc.

B/ Retenția acută sau cronică, parțială sau totală, datorită stricturilor uretrale, hipertrofiei de prostată sau polipilor, determină un contact mai prelungit al urinei infectate cu pereții vezicali.

C/ Traumatismele cauzate fie prin sondaj, fie înă/ urma unor spălături puternice, creează porți de intrare pentru agenții patogeni.

D/ Alterațiunea pereților survenită în scleroză și tumori, favorizează apariția cystitei în urma diminuirii rezistenței tisulare. Același rezultat îl avem și la medulari, în urma paraliziei musculaturii vezicale.

E/ Calculii vezicali precum și corpii străini introduși accidental prin uretră, favorizează infecția

in urma iritațiunii continue la nivelul mucoasei vezicale.

Tinând seamă de acești factori predispozanți avem mai multe tipuri de cystite: Cystita calculoasă, cystita de retenție, cystita gravidică, puerperală, etc. Factori determinanți

Factori determinanți.

Alături de colibacilul care este cel mai frecvent, urmează în ordine : stafilococul, streptococul, proteus Hauser, gonococul lui Neisser, bacilul Eberth, diplococul lui Fränkel, diplococul lui Friedländer, piocianicul, precum și anaerobii : streptobacilul fuzi - form, bacilul Ramosus, stafilococul parvulus, fie singur, fie asociat cu alți microbi și micrococcus fetidus.

La început, infecția este monomicrobiană, urmând ca în scurtă vreme să survină asociațiunile microbiene.

Cele mai grave cistite sunt cele date de proteus Hauser, care de altfel sunt destul de rare / 26 cazuri din 304, Hallé /.

Căile de pătrundere ale acestor microbi sunt

foarte variate :

1.- Calea uretrală sau ascendentă este cea mai frecventă, infecția pornind, fie dela un focar uretral, /prostatic sau vezicular, fie in urma unei instilațiuni puternice sau unui cateterism septic. La femei, din cauza scurtimii canalului uretral și al vulvo-vaginitelor repetate, calea aceasta este frecventă / cystita vaginală a lui Guyon /.

2.- Calea reno-ureterală sau descendentă când infecția vine dela rinichi prin ureter sau in rare cazuri, numai dela ureter.

3.- Calea parietală sau prin continuitate, infecția pornind dela un proces de vecinătate / pericystită, salpingită, chist ovarian supurat etc./.

4.- Calea limfatică, când infecția din vecinătate trece la vezică prin intermediul vaselor limfatice.

5.- Calea prin efracție in urma deschiderii in vezică a unui abces pelvian, determinând astfel o inoculare masivă.

6.- Calea sanghină este încă in discuție, admitându-se numai in infecțiuni generale, gripă, febră

tifoidă, și pneumonie.

După studiile lui Suter, relativ la raportul dintre agentul patogen și căile de infecție s'a observat că infecțiunile pe cale ureterală sunt provocate în special de colibacili.

În infecția uretrală, colibacilul are deasemenea un rol important, /23 cazuri cu colibacili din 61 iar restul de 38 sunt provocate de infecțiuni mixte/.

Cystitele apar la orice vârstă, atât la copii adulți cât și bătrâni. Dintre copii, fetițele dau procentul cel mai mare din cauza scurtimii canalului uretral cât și al frecvenței vulvitelor. La adulți, apar cu predilecție la bărbați, deoarece infecțiunile aparatului urogenital sunt mai numeroase.

Din punct de vedere al evoluției clinice, cystitele se împart în acute și cronice.

Anatomia patologică.

Leziunile anatomo-patologice ce survin în cystitele acute, sunt caracterizate prin hiperemie, edemul, și infiltrațiunea mucoasei.

Mucoasa congestionată e de culoare roșie din cauza

augmentării în număr și volum al vaselor sanghine. Ea prezintă mici puncte hemoragice sau pete de sufuziun sanghine, de culoare roșie vie, iar epiteliul începe a se descoama. Edemul mucoasei precum și lichidul de infiltrație disociind epiteliul, determină apariția unor mici vezicule de culoare roză, transparente, dând aspectul mucoasei de ciorchine de strugure / edem bulos /.

Veziculele se pot transforma în pustule care plesnind dau naștere la mici ulcerațiuni cu un fond fibrinos sau fibrino-purulent. / Cystită purulentă, pseudomembranoasă/. În formă acută, leziunile nu interesează decât mucoasa și submucoasa. Inflamația poate cuprinde toată mucoasa vezicală când vorbim de cystită locală, sau poate fi localizată numai pe o porțiune a feței mucoase, ca în irigonită sau ca în cystita colului.

În formele cronice, leziunile sunt mult mai profunde, interesând toată vezică. Aceasta devine globuloasă, cu pereții îngroșați, elasticitatea redusă, volumul extrem de mic și capacitatea fixă. Luciul și desănul vascular este dispărut. Leziunile întâlnite în această formă sunt granulațiunile de unde și numele de cystită

granuloasă, care se poate transforma în adevărate
vegetațiuni mai mici sau mai mari, asemănătoare poli-
pilor / cistită vegetantă /.

Acste granulațiuni sunt formate din grupe de
celule embrionare în care se găsesc capilare dilatate.

Mai avem exudate pseudo-membranoase ce formează
adevărate falge membrane / cistită pseudo-membranoasă/
și care detașându-se, dau naștere la lambouri flotante
ce pot fi uneori punct de plecare pentru calculi secun-
dari.

La nivelul unde mucoasa este erodată sau ulcerată,
se produc unori incrustări cu săruri phosphate-calice,
ce se prezintă cu plăci albicioase, plate sau neregulate,
aderente de musculară și înconjurare deun burelet al
mucossei edematișate / cistită incrustată /.

Există cazuri, când se dezvoltă adevărate chiste
formate din incluziuni epiteliale / cistită chistică / sau
din celule glandulare / cistită glandulară /.

Când epiteliul devine pavimentos, stratificat
sau fornos, dau naștere plăci bine delimitate, întotdeauna
multiple, cu dungi albe și cu aspect lizat / cistită leuco-

coplaxică. /

În formă cronică submucoasa este aderentă de mușcul lară iar țesutul conjunctiv și muscular hipertrofiat și sclerosat. Vezica este înconjurată de un țesut sclero-adipos ce constituie pericystita fibro- ligamentoasă.

Simptomatologie.

Din punct de vedere al simptomelor, nu putem separa cystitele acute de cele cronice, diferențierea fiind bazată mai mult pe durata afecțiunii și rareori pe intensitatea simptomelor.

În cystite avem o triadă simptomatică foarte expresivă, durerea, polakiuria / micțiuni frecvente/ și piuria / urini purulente/.

Durerea este cu atât mai vine cu cât inflamația este mai accentuată. Ea precede micțiunea și uneori nevoia de a urina se traduce printr'o senzație dureroasă. Ea se ^{ex}acerbează la sfârșitul micțiunii, provocând un tenesm vezical și uneori chiar rectal. Bolnavul este nevoit să ia în aceste momente poziții bizare, figura lui se contractează, arătând suferințele de care e cuprins.

Durerea persistă până la evacuarea ultimelor picături

piepturi de urină. Sediul lor este în hipogastriul la nivelul perineului, penisului, iradiând spre vecinătate.

În intervalul dintre micțiuni, bolnavul acuză o sensibilitate localizată în mod vag la nivelul regiunii pubiene.

Polehiuria este și ea în raport cu intensitatea inflamațiilor. Se caracterizează printr-o senzație imperioasă de urinare, bolnavul fiind obligat de a urina din oră în oră și chiar la intervale de câteva minute.

Polehiuria în inflamațiile veziciare are un caracter diurn, spre deosebire de cea care survine în prostatită și în afecțiuni piele-rensale și care are un caracter nocturn. Acest simptom este mai ușor de suportat când bolnavul se află în stare de repaus.

Piuria sau urina purulentă este simptomul cel mai constant al cistitelor. Ea poate fi lejeră când cantitatea de puroi e mică și mai accentuată, când tulbură considerabil urina. În unele cazuri, urinele sunt murdare, geroase, caracteristice pentru cistitele cronice infectate. Când denotă o fermentație amoniacală a urinei.

Depozitul acestor urini este gros și vâscos, aderent

putenție de poroșii vasului și e format din masee gelatinoase în care sunt înglobate celule de puroi și cristale de fosfați amoniac-magneșieni.

Accesta este triada simptomatică a cystitelor.

Pe nu este exclusivă numai în formele acute ci e găsită și în formele cronice cu deosebire că în aceste forme ea poate fi tradusă uneori numai prin două simptome și chiar printr-un singur simptom.

Printre simptomele inconstante, mai frecvente avem totuși hematuria, sau urina cu sânge, care se caracterizează prin prezența unor firicioare sau picături de sânge ce apar la sfârșitul micșionii. Când sângele se află în cantități abundente, colorează urina de unde și numele de cystite hemoragice. Acest simptom îl întâlnim mai des în cystita gonococcică și colibacilară.

În unele cazuri, urina conține mase fibrinoase pseudo-membranoase, nisip fosfatic sau resturi sfacelate. Mirosul ei este extrem de fetid și e caracteristic cystitelor complicate cu neoplasm.

La cystitele prin incrustații pe lângă simptomele enumerate, găsim la eliminarea urinei mici

calcaili și concrețiuni fosfatice.

Oa fenomene generale acutiză febra care nu este un rezultat al cistitei ci denotă întotdeauna o complicație renală, perivezică, prostatică sau o infecție urinară.

Simptome furnizate prin explorare.

La introducerea unei sonde intravezicale se constată o sensibilitate acută a vezicii, provocând la contactul instrumentului cu colul sau cu peretele vezical o durere mai mult sau mai puțin vie.

Sensibilitatea este exagerată, mai ales la distensiune, din cauza micșorării capacității vezicale. Se poate remarca în aceste cazuri, cantitatea de lichid injectată este mult inferioară cantității de urină pe care o poate acumula bolnavul în vezică.

Evoluția cistitelor este în legătură cu originile lor, cauza care o întreține și leziunea vezicăle.

Din punct de vedere al evoluției și simptomelor, distingem :

a/ cistita acută, al cărui tip este cea blanoragică și cea produsă prin sondaj, cu simptome foarte vii și în special cu hematurii abundente /cistită

hemoragică /.

b/ Cystitele subacute cu simptome mai puțin accentuate decât la forma precedentă și care sunt întâlnite mai des la femei, având punct de plecare organele genitale. Acestea sunt cystitale recidivante.

c/ Cytitale cronice ce se caracterizează prin simptome atenuate și evoluție lentă, ele survin în special în stricturi uretrale, hipertrofiile prostatei, prostatite, veziculite, etc.

d/ Mai avem cystite cronice prin evoluție dar acute prin manifestările lor., persistând cu tot tratamentul făcut. Ele se mai numesc cistite rebeloase sau dureroase, din cauza durerilor mult mai accentuate ca în formele acute. În cadrul lor sunt înglobate cystitele ulcerose, leucoplazice și cele pseudo-membranoase.

Complicații.

Pericolul cel mare al cystitelor sunt infecțiunile renale ascendente și în special pielonefritele. O complicație mai rară este pericystita supurată care uneori dă naștere la un abces perivezical. Amintim printre complicații, infecția renală urinară și sauci calculoza secundară.

Diagnosticul.

Diagnosticul se face pe baza simptomelor clinice și examenelor de laborator.

Se impune să avem triada simptomatică, durerea, polakiuria și piuria.

Durerea poate apare în foarte multe afecțiuni renale, calculoza, hidronefroza, care pot da în mod reflex la distanță dureri vezicale. Sunt de asemenea nevralgii vezicale care se produc în fisuri anale, hemoroizi sau alte afecțiuni, fără să avem cistită.

Aceste dureri sunt izolate, nefiind însoțite nici de polakiurie, nici de piurie.

Polakiuria o putem întâlni atât la indivizii sănătoși în urma ingerării de alimente și băuturi diuretice, la medulari / tabes / precum și în afecțiunile organelor vecine ce întrețin o congestie. / Fisuri anale, hemoroizi etc./, fără ca bolnavul să prezinte cistită. Ea ne poate induce în eroare ori de câte ori e însoțită de piurie. În cistite are însă un caracter diurn, spre deosebire de polakiuria din prostatite și pielonefrite când apare mai ales noaptea.

Piuria o întâlnim în toate inflamațiunile aparatului urinar precum și în cazurile de abcese ale organelor de vecinătate care s'au deschis în căile urinare.

Proba celor trei pahare în cistită ne arată o piurie terminală.

Examenul clinic trebuie completat cu un examen de laborator și anume, examenul urinei, examenul sedimentului, stabilirea florei microbiene prin frotiuri, culturi și injecțiile cobai.

Un al treilea mijloc necesar diagnosticului și care ne oferă date prețioase este cystoscopia. Această metodă ne arată chiar de la introducerea lichidului intravezical necesar cystoscopiei capacitatea redusă și sensibilitatea mărită a vezicii urinare.

La cystoscop vom observa toate caracteristicile pe care le prezintă mucoasa vezicală în caz de inflamațiuni.

Cystoscopia este contraindicată în formele acute.

Prognosticul.

Cystitele acute cu origine cunoscută și fără leziuni ale aparatului urinar sunt afecțiuni benigne și se vindecă ușor în urma unui tratament bine aplicat. Cele

care sunt întreținute de o leziune a căilor urinare, sau de afecțiuni perivezicale cu un prognostic în raport cu gravitatea acestor leziuni.

Tratamentul.

Tratamentul este cauzal, medical, local și chirurgical. În primul rând vom îndepărta cauza care întreține cystita / stricturile, hipertrofia de prostată, calculii vezicali etc. / și apoi vom aplica celelalte tratamente.

Tratamentul medical. Constă în igienă în aer liber, exerciții moderate și suprimarea excitațiilor genitale. Regimul alimentar trebuie să elimine substanțele fermentescibile sau excitante. Vinul, alcoolul sub orice formă și în special cafeaua vor fi oprite.

În stările acute sau în cazurile de febră bolnavii vor sta la pat. Prescriem regim lactat hidric și aplicațiuni de căldură deasupra regiunii vezicale / comprese calde și termofoare/. Deasemenea se vor face băi calde de șezut de 38° - 40° și de durată de 20 minute de ori pe zi. Același efect îl putem obține și prin injecții rectale de 50 ccc, alea cald la 35° - 37° . Bolnavul va avea un scaun regulat prin administrare de purgative sau supozitoare. În același timp vom da un desinfectant urinar

pe care-l vom stabili potrivit reacției chimice pe ce
care o prezintă urina și agentul patogen. In mediul
acid administrăm salol și bicarbonat de sodiu,
poi aroformină, piridium și hexal, iar helmitolul
beroverina in mediul alcalin.

Un bun acesdifiant al urinei este acidul ben-
zoic 0,50 gr. de 2 ori pe zi.

Contra tenacelor sunt indicate supozitoare
calmante cu beladonă sau ciliane rectale cu antipirină
și tinctură de opium.

Tratament local. Se începe după ascunderea
fenomenelor acute. Efectul va trebui să fie bactericid
și astringent. In forma dureroasă sau intolerabilă a
vezicii regurgem la inatilaționi. Pentru cistita
gonococică, indicamentul suveran e nitratul de argint
/ contraindicat in tbc. vezicii, / in concentrație
de 0,50 - 1 - 2 % ; Deasemenea protargolul și
argirolul 3-5 % sau oleum gomencolat 10 %, și soluție
uleioasă de colargol 3 %. Injecția deodată
iar
3-5 ore/zi in soluțiile uleioase 3-10 ore și repetăm
zilnic sau la 2 zile.

Pe măsură ce toleranța vezicii cedează, mărim
concentrația soluției sau trecem la tratamentul

prin spălături vezicale. Pentru spălături utilizăm solu-
ție de nitrat de argint 0,5 %, argirol, protargol și
calceal 1-2 1/2 %, acid boric 3 %, hipermangan de
potasiu 0, 15- 0,30 % și rivanol 0,20 % / totdeauna
proaspăt pregătit.

Recurgem deseori la proteinoaterapie, /lapte,
acetoproteina, protagen, /și vaccinoaterapie potrivit
florii microbiene în cauză. / Baccili Contacuzino
antigoneococic, anticoli / artihonul, Conacrinol, Coli-
jetrenul etc./ Toate cazurile care sînt rezistă trata-
mentului trebuie să le examinăm din nou bacteriologic
și cistoscopic. %

Cu tratament special în cistita colibacilară
Marion recomandă spălături vezicale cu oxicleanură de
mercur 0,10 - 0,20 %.

În cystitele cronice e util a lăsa în vezică
cîtiva ore din soluția antiseptică pentru spălături
sau gorenol 10 %. În caz de reziduri vezicale se va aplica
cu o sondă permanentă.

Tratament chirurgical.

Dacă la examenul cistoscopic observăm leziuni
vegetante ale mucoasei sau incrustațiuni ce nu cedează

tratamentului local, încercăm electrocoagularea endosco-
pică sau deschiderea vezicii prin talia hipogastrică, rac-
lăm incrustațiunile cauterizăm escrescențele și punem
vezica în repaus prin fistulă temporală. Nu vom neglija
mai ales în cazuri de cistite cronice, / fără reziduu
vezical / efectele bune pe care le putem obține prin
cura de diureză cu ape minerale, vitel /sau apa de
Evian /sau curele cîn stațiunile noastre balneare,
/Căciulata, Clănicul Moldovei și Săngiorgiu/.

C O N C L U Z I I.

1.- Cistitele sunt procese inflamatorii ale peretelui vezicii urinare.

2.- In etiologia lor distingem factori predispozanți și factori determinanți.

a/ Factori predispozanți sunt : congestia necooinei vezicale, retenția de urină, traumatismele, alterațiunile peretelui vezical și corpi străini.

b/ Factori determinanți sunt : microbi /colibacilul, streptococul, stafilococul, proteus Hauser, anaerobii etc. /.

3.- Căile de pătrundere ale microbilor sunt :

a/ Calea uretrală sau ascendentă,

b/ Calea reno- uretrală sau descendentă,

c/ Calea perietală,

d/ Calea prin efracție și

e/ Calea sangvină.

4.- Simptomele caracteristice sunt : piuria, durerea și polakiuria.

5.- In evoluția lor distingem o formă acută, sub-acută și cronică.

6.- Diagnosticul se face prin prezența triadei simptomatice, examenului de laborator și cistoscopia.

7.- Prognosticul este bun, atât timp cât nu avem leziuni ale aparatului uro-genital.

8.- Tratatamentul în cistite este general / medicamentos/local și chirurgical.

Văzută și bună de imprimat.

PROF. DR. V. PAPILIAN :

PREȘEDINTELE TEZEI :

ss. Prof. Dr. V. Papilian

ss. Prof. Dr. Teodosiu E.

