

RÉSUMÉ

Traitements de 60 malades de différents tableaux allergiques par le nouveau antihistaminique Sandosten (tartrate de méthyl-amino-phényl-thényl-pipéridine) avec de bons résultats.

Dans les affections allergiques dermatologiques (urticaires, dermatites de contact, œdèmes angionévrotiques, exanthèmes médicamenteux, eczèmes) les résultats sont excellents.

Dans la polynose il se produit une rapide disparition de la symptômatologie, ainsi que dans l'asthme par champignons et par poussière de grenier; il n'est cependant pas efficace dans l'asthme bactérien, où on n'obtient que des améliorations fugaces dans un petit nombre de malades.

Les effets secondaires sont moins fréquents qu'avec d'autres antihistaminiques et ne se produisent que par l'emploi de doses élevées.

L'injection endoveineuse de l'association Sandosten-glucono-galacto-gluconate de calcium doit se faire lentement et étant le malade couché; on évite ainsi plus certainement la production de vertige et somnolence intense.

también hay que saber que una cromocistoscopia normal no excluye la existencia de una uropatía; un cálculo, un quiste o incluso un tumor de riñón, sin repercusión sobre su función, no modifica la cromocistoscopia.

La cistoscopia en el prostático.—MARION aconsejaba la cistoscopia sistemática en el prostático.

Con ella se confirma la afección (columnas y celdas, deformación en V invertida del cuello, signo de Marion) y además descubre patologías vesicales asociados (tumores, cálculos, divertículos).

Pero la cistoscopia tiene sus inconvenientes, debidos a las modificaciones mecánicas de la porción prostática de la uretra (desviaciones, compresión, alargamiento) y a los fenómenos inflamatorios (congestión cérvico-uretral) asociados. El cistoscopio, sonda rígida, topa con dificultades en su introducción y produce traumatismos de esta mucosa cérvico-uretral congestiva, de la que resulta la producción de hemorragias que al difundirse por el medio vesical lo enturbia, e impide la visión intravesical. Al faltar la transparencia del medio vesical, condición necesaria para la visión, la cistoscopia resulta inútil.

Por si fuera poco, por efectos del traumatismo pueden aumentar las molestias que el enfermo aquejaba antes de la exploración, fenómenos inflamatorios más intensos y hemorragia; la cistoscopia entonces resulta perjudicial.

Por urografía intravenosa obtenemos en el prostático los informes necesarios para su diagnóstico y para orientar la conducta terapéutica, con comodidad y sin ninguno de los inconvenientes de la cistoscopia. La urografía intravenosa indica poder funcional renal (test de CIBERT) y detalles morfológicos tanto del riñón como de su vía excretora, y asimismo, vésico-prostáticos (imagen en boina, deformación en anzuelo del uréter terminal).

Cuando un prostático lleve unos días con sonda permanente, la indicación de la cistoscopia puede hacerse con mayor garantía. El catéter ha modelado la uretra posterior, rectificando, aunque parcialmente, la compresión y la desviación y mejorando extraordinariamente los fenómenos congestivos uretro-cervicales. La cistoscopia en estas condiciones no es tan perjudicial y de mayor utilidad.

Desde el punto de vista operatorio, la vía transvesical es la única que puede evitar la exploración cistoscópica; la exploración de la superficie interna vesical puede hacerse con todo detalle a vejiga abierta. La vía retropubica y la perineal, a pesar de la colocación de valvas largas y estrechas o de artíluguos que pretenden la separación de las paredes vesicales, no permiten la visualización suficiente. Ello es importante, porque puede existir un tumor vesical asociado y pasar desapercibido a las vías extravesicales, mientras que la vía transvesical lo descubre con seguridad.

La cistoscopia en la tuberculosis renal.—Cuando la cistoscopia dominaba la exploración en uro-

INDICACIONES DE LA CISTOSCOPIA

L. BATALLA SABATÉ.

Servicio de Urología del Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús de Barcelona.
Director: Dr. L. BATALLA SABATÉ.

Por cistoscopia se explora la superficie interna de la cavidad vesical.

La cistoscopia, considerada como la exploración fundamental en urología, ha debido asistir desde hace pocos años y desde su privilegiada situación al encumbramiento de la urografía intravenosa; urografía intravenosa que ha adquirido asimismo el rango de fundamental, y desplazado a la cistoscopia al carecer de sus inconvenientes.

La cistoscopia era practicada de una manera sistemática en los presuntos urópatas, cuando éstos eran atendidos en servicios medianamente organizados. Asociada a la eliminación ureteral del índigo carmín injectado por vía intravenosa, cromocistoscopia, se consideraba como la exploración de orientación ante un enfermo de aparato urinario.

La cistoscopia descubre todas las afecciones vesicales, y la cromocistoscopia puede descubrir indirectamente las afecciones renoureterales cuando han producido ya perturbaciones en la función del riñón, o alteraciones en la fisiología de la vía excretora.

Por cromocistoscopia se puede presumir la existencia de una afección renoureteral. Pero

ología, era el método por el que se diagnosticaba la tuberculosis renal, revelando las lesiones unilaterales del orificio del meato ureteral, de la región paraureteral o de la hemivejiga correspondiente.

Si por cistoscopia se observaban lesiones hemivesicales y la eliminación del indigo carmín aparecía perturbada en el mismo lado, era verosímil la existencia de la tuberculosis renal. Se tenía el concepto que la cistoscopia diagnosticaba la tuberculosis renal, el cateterismo ureteral lo confirmaba y localizaba y la pielografía ascendente demostraba sus lesiones.

Pero la cistoscopia en la tuberculosis renal tiene sus inconvenientes. Fundamentalmente hay que tener presente que tuberculosis equivale a infección, y que cistoscopia equivale a traumatismo. Un traumatismo en una mucosa urinaria infectada, cualquiera que sea la naturaleza de la infección, abre puertas de entrada y facilita la producción de fenómenos infectivos, locales y a distancia, a veces de pronóstico particularmente grave, por lo que la cistoscopia ha sufrido grandes restricciones en el diagnóstico de la afección, para cuyo cometido se recurre actualmente a la urografía intravenosa.

No obstante, algunas veces, cuando precise aclarar alguna duda deberá recurrirse a la cistoscopia.

El control de las lesiones del orificio ureteral en la ureteritis yuxtapvesical mucosa estenosante debe hacerse por cistoscopia, único medio que permite controlar su evolución durante el tratamiento medicamentoso, que habitualmente cura el proceso haciendo retroceder las lesiones mucosas y por ende la estenosis.

La cistoscopia, exploración base.—Algunas afecciones o sus caracteres son indicaciones preponderantes de la cistoscopia.

Ciertos tumores vesicales, a pesar de manifestarse por alarmantes hematurias, pueden ser de reducido tamaño e invadir solamente hasta la submucosa, respetando la muscular. Escapan a la exploración física y urográfica. Únicamente la cistoscopia puede afirmarlos categóricamente.

Por su localización en cúpula vesical se confirman los tumores del uraco.

Aunque todo tumor vesical es considerado potencialmente maligno, la cistoscopia puede confirmar prematuramente la malignidad (estado de la mucosa en la base del tumor, ulceraciones de la mucosa, focos hemorrágicos y especialmente focos necróticos en la superficie del tumor, etc.).

En los tumores vesicales secundarios por invasión de neoplasias de origen uterino, prostático, intestinal, etc., la cistoscopia descubre las lesiones propagadas a la mucosa vesical.

El control postoperatorio de los tumores vesicales, especialmente los tratados por electrocoagulación. Conocida su tendencia a la recidiva, ésta debe ser descubierta prontamente. La cistoscopia es el medio más indicado.

Los quistes vesicales, aunque de observación rara, según su tamaño e idénticamente a los tumores, sólo son visibles con el cistoscopio.

En la cistitis quística colibacilar, la visión cistoscópica de multitud de pequeñísimos quistes que inundan el trigono y alrededores, nos da hecho el diagnóstico.

La dilatación quística del extremo inferior del uréter puede sospecharse por urografía (imagen en cabeza de serpiente en área vesical), pero afirmarla categóricamente solo puede hacerse al observar cistoscópicamente los movimientos de expansión y retracción que coinciden, respectivamente con la sístole y la diástole ureteral; la estrechez del orificio del meato ureteral, puntiforme e incateterizable; la disposición de los vasos sin pérdida de continuidad entre mucosa vesical y quística, etc.

La visualización de cálculos radiológicamente transparentes. Cálculos vesicales libres, variables en número y volumen, especialmente cálculo único y pequeño, y los cálculos uretrales intramurales que "sacan la nariz" por el orificio del meato ureteral, o la observación del edema típico en zona ureteral correspondiente, sólo es posible por exploración cistoscópica.

Otras veces necesitamos completar informes sobre diagnósticos establecidos. Ante un trayecto fistuloso vésico-vaginal o vésico-intestinal precisamos detalles sobre el orificio vesical: morfología, localización, dimensiones (según éstas se podrá o no distender la vejiga), fenómenos inflamatorios, etc. En caso de duda, el cistoscopio nos puede dar la clave del diagnóstico diferencial entre una fistula vésico-vaginal o uretero-vaginal.

Ante una cistitis sometida al tratamiento conveniente, sin respuesta satisfactoria, la cistoscopia nos puede poner en el camino del diagnóstico al manifestar alguna alteración que pueda ser la causa de la persistencia de dicha cistitis.

Ante un enfermo con padecimiento vesical indefinido, que el interrogatorio no orienta, la exploración clínica y la radiología no sean explícitas, se debe recurrir sin ningún género de dudas a la exploración cistoscópica. En algún caso hemos diagnosticado una neoplasia vesical incipiente, lo que equivale a significar la importancia de la cistoscopia en casos de duda diagnóstica en afecciones vesicales.

Localización de las hematurias.—En donde la cistoscopia permanece insustituible es en el diagnóstico de la localización de una hematuria.

Ante una hematuria vesical resuelve totalmente el problema: localización y la causa.

Pero ante una hematuria renoureteral, la cistoscopia durante la hemorragia es una exploración inaplazable, por cuanto existen hematurias aisladas, y no debe perderse la oportunidad de localizarlas.

La localización de una hematuria renoureteral comporta la observación con toda evidencia de la eyaculación ureteral hemorrágica.

En ambos lados, en la hematuria bilateral.

En la hematuria unilateral, además de la observación evidente de la eyaculación hemática en el lado correspondiente, es absolutamente indispensable la observación de la eyaculación de orina clara "en remolino de glicerina" por el lado no sangrante.

Conocido el origen de la hematuria, resulta más fácil el diagnóstico de la causa, aunque ello en ocasiones resulta empresa difícil; hematurias criptogenéticas, de causa desconocida, etc.

Donde la utilidad del conocimiento por cistoscopia del origen exacto de la hematuria adquiere suma importancia es en aquellos enfermos que, por las circunstancias que en ellos concurren, inducen a diagnósticos erróneos.

Fundamentadas en enfermos de nuestra experiencia, vamos a considerar someramente estas causas de error.

Pueden existir, en un mismo enfermo, dos afecciones urinarias capaces cada una de ellas de producir hematurias. De estas dos afecciones una se manifiesta claramente a la U I V, y otra no se manifiesta. Lógicamente se relaciona la hematuria a la afección que la U I V descubre y ésta es objeto del oportuno tratamiento. No obstante, persiste la hematuria. Por cistoscopia se descubre la afección causante de la hematuria que, convenientemente tratada, acaba con la hemorragia.

Ejemplo: Enfermo con hematuria total, sin otras molestias. U I V; cálculo ureteral con ureteropilectasia. Ureterotomía y extracción del cálculo. Repetición de la hematuria. Cistoscopia; papiloma vesical.

Ejemplo: Enfermo con hematuria total. U I V; cálculo coraliforme polo inferior riñón derecho. Nefrectomía parcial derecha. Control U I V postoperatorio; riñón derecho sin cálculo, con buena función y morfología normal. Al día siguiente de la U I V de control, hematuria total. Cistoscopia; eyaculación hemática evidente por lado izquierdo, eyaculación orina clara por lado derecho. Litiasis transparente izquierda.

En otros casos la localización de la hematuria por cistoscopia permite corregir un diagnóstico y, por lo tanto, el pronóstico de la enfermedad.

Ejemplo: Enfermo diagnosticado de nefritis, por presentar hematuria total y albuminuria. Sometido a tratamiento, régimen sin sal, reposo en cama, etc., decaimiento del estado general, adinamia, anorexia, etc.

La cistoscopia permite establecer la unilateralidad de la hematuria por cuanto demuestra eyaculación hemática por un lado, y eyaculación en "remolino de glicerina" por el lado opuesto. La U I V descubre la lesión causante de la hematuria. Pielonefritis unilateral.

Por lo tanto, *hematuria considerada bilateral que la cistoscopia afirma unilateral*.

Ejemplo: Enfermo que por una hematuria es diagnosticado de neoplasia renal después de múltiples exploraciones radiológicas. La cistoscopia descubre, con toda evidencia, la eyaculación hemática por ambos lados. Nefritis hematúrica.

Por lo tanto, *hematuria considerada unilateral que la cistoscopia afirma bilateral*.

La cistoscopia puede prodigarse con mayor liberalidad en la mujer, pues las condiciones anatómicas de la uretra disminuyen el traumatismo.

Durante el periodo menstrual puede practicarse la cistoscopia. Es más, existe una afección, el endometrioma vesical, descubrible durante su período de actividad, que coincide con la menstruación y que el cistoscopio permite observar su eflorescencia y la hemorragia. El endometrioma vesical pues, es una afección al alcance del cistoscopio durante la mestruación.

De todo lo dicho se deduce que, aunque en los últimos lustros la cistoscopia ha disminuido sus indicaciones, continúa siendo una exploración ineludible en la especialidad y de la cual debemos forzosamente echar mano cuando sea necesario descubrir ciertas afecciones y complementar los informes en otras.

Por sus inconvenientes, hay que procurar no pasarse de raya y mantener un criterio comedido, por lo que la posición del urólogo frente a la cistoscopia debe ser dirigida siempre al mejor bien del enfermo, buscando la enfermedad y sus causas, sin regatear exploraciones de ningún género, pero también sin exponerle a contratiempos por someterle a exploraciones innecesarias.

Todo es relativo en Medicina y el empleo de la exploración cistoscópica no es una excepción.

RESUMEN.

Se exponen brevemente las principales indicaciones de la cistoscopia, así como su utilidad en el diagnóstico diferencial de las hematurias de origen vesical.

SUMMARY

The main indications for cystoscopy as well as its utility in the differential diagnosis of haematurias vesical in origin are briefly described.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden kurz die wesentlichen Indikationen für eine Zystoskopie angeführt und die Nützlichkeit derselben für die Differenzialdiagnose der Hämaturien die ihren Ursprung in der Harnblase haben, besprochen.

RÉSUMÉ

On expose brièvement les principales indications de la cystoscopie ainsi que son utilité dans le diagnostic différentiel des hématuries d'origine vésicale.