

CONSIDERACIONS PATOGENIQUES I CLINQUES SOBRE DOS CASOS DE DIVERTICLES VESICALS

Pel Dr. PERE GAUSA

Primerament descriurem la història clínica d'aquests malalts amb presentació de la Cistorradiografia per fer després algunes consideracions sobre patogenia i la que ens ensenya la clínica, i profit que d'ella en podem treure.

CAS PRIMER:

J. V. T. fill de Valls, 58 anys, casat, primera visita 8 d'agost de 1928, metge de capsalera Dr. Batalla.

Des de fa 3 anys que té disuria i polaquiuria nocturnes.

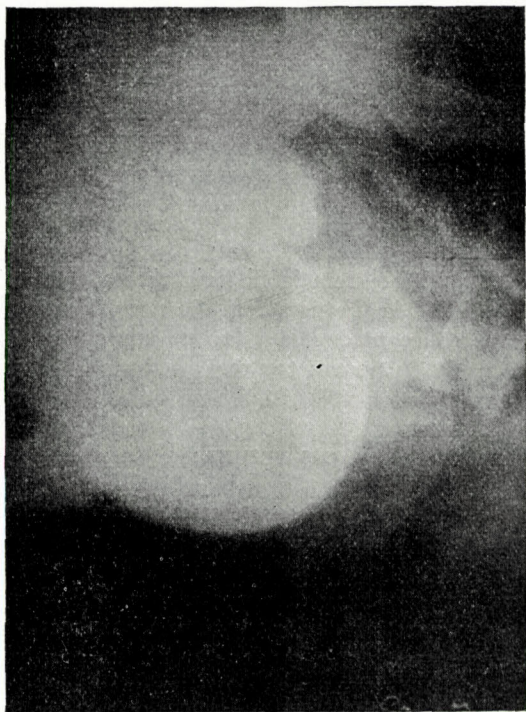
Fa un any que va tenir durant 15 dies una crisi d'exacerbació de polaquiuria diurna i nocturna, orinant cada 10 a 15 minuts, amb dolors a la micció i disuria mes intensa que va desaparèixer amb un tractament mèdic apropiat.

Fa 10 dies, després d'un altre augment de la polaquiuria i disuria, quedà amb retenció completa d'orina, tornant a orinar a les 24 hores, però amb molt dolor, a cada moment, a gotes, amb micció imperiosa quasi incontinència (micció per sobreixement) queixant-se de dolors als lloms per distensió vesical.

A la inspecció, globus vesical visible i zona mate dos dits per sobre el llombrigo, llengua seca, uretra sense obstacles, sondatge amb sonda "bequille", sortida de 2.800 c. c. d'orina clara ambrina i transparent, fent un buidatge lent, per evitar les hemorràgies "ex vacuo". Per tacte rectal es troba una pròstata grossa, bilobulada, elàstica, limitada. Es posa sonda permanent. Azotemia 0'79 per mil.

Diagnòstic: Hipertrofia de pròstata amb retenció aguda d'orina.

Al cap d'un mes d'estar amb sonda permanent, ha desaparegut del tot el quadre agut d'intoxicació urinària, l'azotèmia ha baixat a 0'21 per mil, l'orina és tèrbola i en fer rentats vesicals, l'aigua del rentat surt més bruta cap al final.



Cas I

Cistoscòpia: Relleu prostàtic intravesical al voltant del coll, no hi ha lòbul mig. Forat del tamany d'una moneda de dos céntims de fons obscur, voltejat de rugositats a faisó de raigs divergents, no contràctil caires llisos, típic d'una entrada a un diverticle vesical, i situat en la paret postero esquerra per sobre el meat ureteral.

Cistorradiografia: Solució de Colargol al 10 per 100, injecció de 700 c. c. Radiòleg Dr. Comas Requesens. Posició lateral dreta. El diverticle

té un tamany com la meitat de la bufeta aproximadament, que es distent fàcilment, colocat darrera la bufeta.

Es proposa la intervenció del diverticle que no és acceptat. Es fan rentats antisèptics abundants matí i tarda forçant la bufeta a fi de què l'aigua renti i entri dins del diverticle.



Cas II

Es fa la Cistostòmia suprapública primer temps continuant els rentats de distensió intradiverticulars fent-se el segon temps o sigui l'adenomec-tomia al cap d'un mes amb orina clara, havent-se pogut fer una erucleació perfecte. El malalt mor bruscament als dos dies d'operat per embolia cerebral.

Cas segon.—F. P. C. de 62 anys, vidu, fill d'Albacete, recomenat del Dr. Sanmartí, entra a l'Hospital de la Creu Roja el 13 de gener de 1930.

Blenorràgia i sífilis als 22 anys, no havent-se tractat.

Fa de 6 a 7 anys que pateix de disúria i polaquiúria diürna i nocturna que poc a poc ha anat augmentant. Fa 7 mesos dolor a la micció que darrerament s'ha fet més fort, com també la polaquiúria. Fa 12 dies va tenir una hematúria total que va durar 4 dies, amb gran disúria i doll prim.

Meat uretral retret i estret, uretra amb estretores múltiples, estretor en la regió bulbar en la qual solament hi passa una bujia filiforme. Pròstata normal. Piúria forta en 80 c. c. d'orina 20 c. c. de sediment format per leucocits, estafilococs i colibacils. Azotèmia 1'07 per mil. Aspecte d'intoxicat orinós.

Uretrotomia interna, sonda permanent, rentats amb nitrat de plata al 1 per mil, i injectables de Cylotropina millorant el seu estat general.

Cistoscopia, als 17 dies d'operat: Mucosa amb cistitis. En posició, de 7 hores, el cistoscop, es veu un forat gros del tamany de dos ralets propi d'un diverticle, del qual surt pus, per sobre el meat uretral i a la paret posterior. Posat el cistoscop en posició de 5 hores, es veuen 3 forats més petits, dos d'ells semblen *celdillas*, l'altre és de fons negre, col·locat per sobre i per dintre del meat esquerre.

Es fa una radiografia simple, i no es veu cap ombra de calcul. Radiòleg Dr. Val Martin.

Cistorradiografia: Solució de Colargol al 10 per 100, injecció de 300 c. c. Diverticle vesical situat en el costat dret i per darrera la bufeta, del tamany meitat de la bufeta. Posició lateral esquerra. Petit diverticle al costat oposat, corresponent al forat vist a la cistoscòpia.

L'Azotèmia ha baixat lleugerament fent un règim hipoalbuminat absolut, la prova de la fenolsulfoneftaleïna dona un 40 per 100 en 70 minuts.

Degut al procés de nefritis crònica que pateix el malalt, no és aconsellable l'operació. Continua el tractament amb dilatacions uretrals i rentats vesicals.

Una divisió ha estat feta des de fa molt temps pels autors, i és la de dividir els diverticles en congènits i adquirits, cal no confondre un diverticle amb altres afeccions congènites de la bufeta: Bufeta doble, mig closa, etc. El diverticle és una expansió vesical que surt fora de la bufeta i comunica amb ella per mitjà d'un forat o d'un coll estret.

Molts d'ells no podem negar que són congènits per l'edat del pacient i per l'absència d'obstacles a la micció i per les lesions congènites que acompanyen el diverticle, com és el cas de Stiles i el de Gayet i Gibert d'absència total de ronyó, ureter i vesí-

cules seminals esquerres i en el seu lloc presència de dos diverticles; la situació d'alguns d'ells ajuda a creure en l'origen congènit, com son els del urac o v rtex.

Però els autors es divideixen per explicar l'origen dels de la regió corresponent a la zona ureteral o de Wolff, alguns creuen con Delbet, que és degut a un plec o Bossa del sinus urogenital al voltant de l'ureter, altres a un segon ureter que no s'ha desenrotllat.

Legueu i Papin junt amb altres són partidaris de qu  hi ha una zona d'afebliment a la paret vesical corresponent a sobre el muscle trigonal i limitat a banda i banda per una línia que passa pels meats ureterals, corroborats per l'anatomia i per la formació de columnes i c l ules, observades tan freqüentment en els dis rics i retencionistes, i que per a que es formi un diverticle és necessari que hi hagi un obstacle en les vies urinàries baixes que dificulti la sortida lliure de l'orina; afavoreix la retenció i d'aquí la dilatació de dita zona vesical.

Nosaltres ho creiem aix  en els nostres dos casos i en el segon es veu la presència d'un diverticle més petit en vies de formació.

En els treballs d'Englisch fets sobre nens i nou-nats, hom diu que no ha vist mai diverticles formats, sinó petits bonys o abonyegadures a nivell del lloc on són més freqüents els diverticles, aix   s, la paret posterior.

L'edat dels dos malalts coincideix amb l'edat més freqüent de tots els autors, aix  com també el sexe masculí, que és l'únic ja que els casos descrits en les dones, no corresponen a veritables diverticles sinó a c l ules o cistoc les. No s'ha descrit cap intervenció de diverticles de gros tamany ni que dongues molèsties fortes en la dona.

Tant en un com en l'altre existeix l'obstacle de vies urinàries baixes que és el causant de la formació dels diverticles, al nostre entendre.

En el primer existeix retenció completa, i encara que moltes vegades el diverticle d na retenció, sigui per reflexe o per compresió mec nica, la presència de la pr stata grossa i la peça que s'extreu en un segon temps prova el mecanisme i la causa de dita retenció. En aquest cas el diverticle, gràcies als caidados pre i post-operatoris de la Cistostomia, no va arribar a infectar-se, però en el segon cas, la infecció del diverticle quan vàrem veure'l per primera vegada, era tan abundant que malgrat dels rentats de bufeta fets dues vegades al dia, no hem fet res per treure la infecció sinó sols disminuir-la.

Tant en un com en l'altre cas, el diagnòstic fou fet mitjançant el cistoscòp i el volum i la situació, per la Cistorradiografia, el que demostra la latència d'aquesta afecció, i com pot passar oculta, si no es fa una exploració endoscòpica ben feta.

En el primer la Cistoscopia fou feta abans de fer la Cistostomia suprapúbica, cosa que fem sempre sistemàticament a tot prostàtic per veure la formació del coll i prominència de l'adenoma intravesical, i en els casos de prostatisme sense pròstata, si hi ha lòbul mig, i encara que el diagnòstic es fa per tacte rectal, d'ençà d'aquest cas, la fem sempre per no tenir sorpreses desagradables post-operatòries.

En el segon cas després de feta l'operació d'uretrotomia interna i posat a sonda permanent, el malalt millora del seu estat urèmic, però per la piúria intensa que tenia i per la hematuria que havia tingut, es va fer la cistoscòpia fent-se així el diagnòstic.

No ens ficarem en discussions sobre el tractament, creiem que l'únic que pot curar un malalt portador d'un diverticle, és la diverticulectomia, encara que l'operació és d'un gran choc operatori.

L'operació no ha pogut ésser feta en el primer cas per no haver estat acceptada i en el segon per l'estat pèssim del malalt tant general com local, ja que en aquests casos de infecció diverticular és antiga, hi han lesions inflamatòries peridiverticulars que fan més difícil i perillosa la intervenció.

CONCLUSIONS

que es desprenen d'aquestes dues històries clíniques

Primer: La latència dels diverticles vesicals.

Segon: La necessitat en la major part dels casos de l'existència d'un obstacle a les vies urinàries baixes, per explicar la formació dels diverticles adquirits, per això és tan rara en les dones.

Tercer: En tot malalt amb obstacle baix, sigui prostàtic, estretor, pòlips uretrals, etc. deu sempre fer-se una exploració Cistoscòpica, per evitar possibles sorpreses en el curs post-operatori i per explicar-nos moltes vegades piúries que són atribuïdes a una Cistitis senzilla.