



Prof. BENIAMINO SORRENTINO

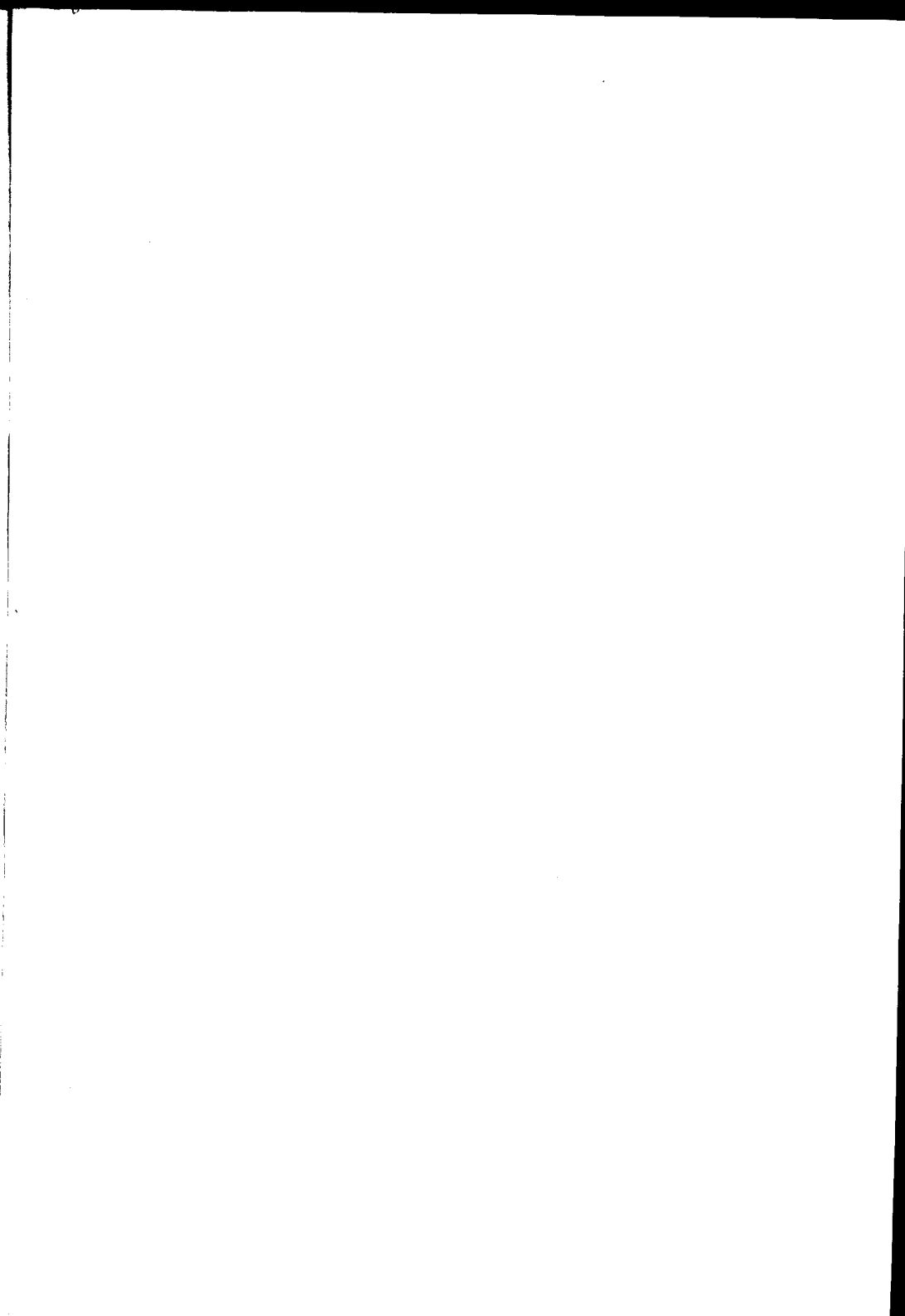
*Docente di Clinica Ostetrica e Ginecologia nella R. Università di Napoli
Ostetrico-ginecologo degli Ospedali Riuniti di Napoli*

Le cistiti in menopausa

Estratto da "Le Forze Sanitarie", Anno VIII, n. 5, del 15 marzo 1939-XVII









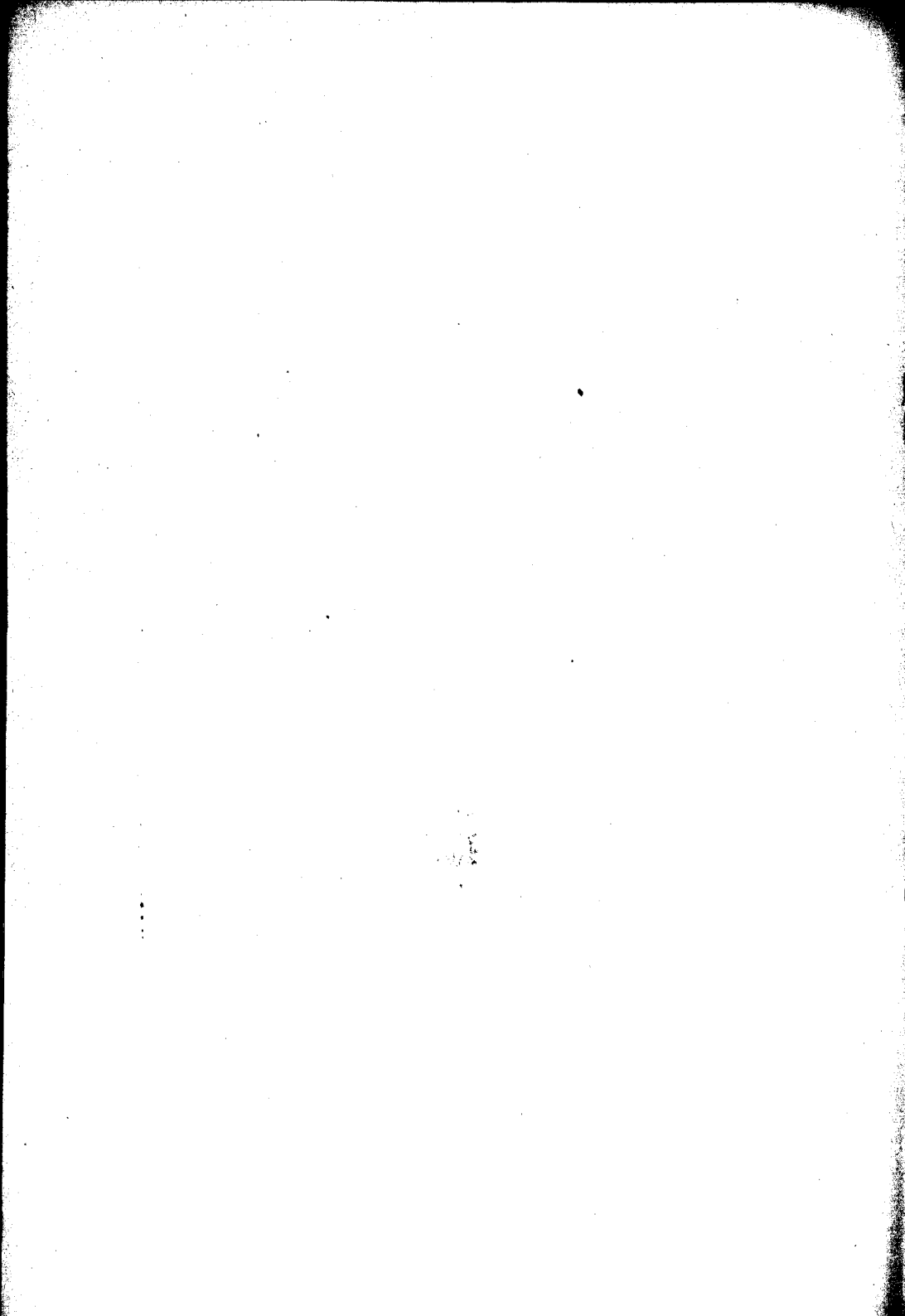
Prof. BENIAMINO SORRENTINO

*Docente di Clinica Ostetrica e Ginecologia nella R. Università di Napoli
Ostetrico-ginecologo degli Ospedali Riuniti di Napoli*

Le cistiti in menopausa

Estratto da "Le Forze Sanitarie", Anno VIII, n. 5, del 15 marzo 1939-XVII





Nel 1930 per la prima volta J. DE SMETH richiamò l'attenzione sul fatto che spesse volte donne in menopausa presentano disturbi vescicali; e che se queste inferme vengono accuratamente osservate, si può in un considerevole numero di esse riscontrare la presenza di formazioni pseudo-polipoidi del collo vescicale, che hanno determinato, e mantengono, potremmo dire indefinitamente, la sindrome vescicale, se una corretta terapia non si istituisce.

Ed il DE SMETH nel presentarsi dei disturbi, durante la menopausa, o non molto a distanza da essa, ha creduto di vedere non una coincidenza, ma anzi ha emessa l'ipotesi che lo stato di menopausa potesse elevarsi addirittura a fattore etiologico di questa particolare forma di cistite delle donne: la menopausa agirebbe per i disturbi endocrini e per le turbe vascolari ad essa connesse, nel determinismo delle su accennate formazioni polipoidi del collo vescicale.

Recentemente M. SORRENTINO (1), nel suo lavoro sulle cistiti ginecologiche, ha richiamato di nuovo l'attenzione su queste forme, che, se pur si vogliono raggruppare, tenendo presente il fattore menopausa, in un sottogruppo a sè stante, possono farsi rientrare nel gruppo più vasto delle così dette «cistiti meccaniche» (HEITZ-BOYER): «cistiti, o cistalgie ad urine chiare» (MARION), e che HEITZ-BOYER vorrebbe proprio

elevare ad entità nosologica, denominandola «malattia neoformante del collo vescicale nella donna».

Ora — osserva M. SORRENTINO — quante ammalate sofferenti di disuria e pollachiuria, da molto tempo; esaurite nello stato generale da tali sofferenze, vengono alla leggiera classificate come neurasteniche, o nervose, e curate con valeriana e passiflora, specie se i disturbi si presentano in donne in menopausa, sia fisiologica, sia consecutiva ad atti operatori; e se a DE SMETH spetta il merito di avere per primo richiamata l'attenzione sul fatto che in molti casi i disturbi compaiono nel periodo di menopausa, e che in tali casi se vengono studiate le inferme endoscopicamente si ritrovano le su accennate lesioni del collo, che rappresentano la base anatomopatologica della sindrome; è pur vero che ad HEITZ-BOYER spetta il merito di avere dimostrata a fondo l'importanza della uretoscopia nella donna. Quella che egli propone di chiamare malattia neoformante del collo vescicale nella donna, è devoluta al neoformarsi nel collo vescicale di «salienze» di un grande polimorfismo, sia per l'aspetto che per la struttura, ed è appunto per questo polimorfismo che egli pensa sia più giusto chiamarla «malattia neoformante» anzichè polipi del collo vescicale. Questa malattia può proprio dirsi della donna, perchè è nella donna che è molto più frequente; è nella donna che assume la sua maschera così tipica con la sua caratteristica di «ribelle» resistente a tutte le terapie classiche; con i suoi fenomeni così

Comunicazione al XXXV Congresso di Ostetricia e Ginecologia.

(1) M. SORRENTINO: *Le cistiti ginecologiche*. «La Clinica Ostetrica», 1938,

tenaci di frequenza, e di dolori minzionali, determinanti un risentimento a volta così grave sulla vita delle inferme (HEITZ-BOYER).

Ora accennavo dianzi che a questo gruppo (malattia neoformante del collo) si possono ricondurre quelle forme di cistiti, che sono state dette « meccaniche », meccaniche perchè la stranguria, la pollachiuria, la disuria sono devolute ad un fatto meccanico, alla presenza nel collo di un *quid novum*, di neoformazioni, salienze, polipi, ecc., agenti come spina irritativa quasi a guisa di corpo estraneo, e che turbano il normale dinamismo vescico-uretrale.

In tali forme non è la qualità delle urine: urine torbide, purulente, ecc., che domina la sintomatologia obbiettiva: ma un fatto, o fattore meccanico (saliensa). Anzi al contrario le urine possono essere assolutamente chiare e limpide, e solo al microscopio si può trovare una leggera piuria; e questa può anche mancare, ed ecco che allora ci troviamo di fronte alle cistiti ad urine chiare, o alle cistalgie ad urine chiare (MARION). Ed allora se la sindrome cistitica non può addebitarsi all'alterata qualità delle urine, dovrà addebitarsi ad altro: neoformazioni del collo.

Per l'etiologia va tenuto presente che ogni infiammazione prolungata della regione cervico-vescico-uretrale può provocare queste neoformazioni, ma HEITZ-BOYER pensa che piuttosto che incriminare una gonorrea cronica ascendente, si debba dare il primo posto alla infezione cronica discendente: tener presente cioè la sindrome entero-renale, così frequente nelle donne (M. SORRENTINO).

La menopausa ha indiscutibilmente una importanza etiologica. E' su questo punto che intendo richiamare l'attenzione, con i risultati delle mie osservazioni.

Partendo dal lavoro di DE SMETH (1930) e dalle ricerche di M. SORRENTINO, i cui risultati mi erano noti già molto tempo prima della pubblicazione del suo lavoro (1938), ho sistematicamente studiato un considerevole numero di donne con sindrome cistitica cronica, nelle quali nè lesioni renali: pieliti, tubercolosi, calcoli; nè lesioni genitali: processi infiammatori, fistole, prolapsi, tumori; nè lesioni vescicali: calcoli; potevano imputarsi quali responsabili della

sindrome cistitica tenace, e ribelle. La maggior parte di queste inferme era o in menopausa, potremmo dire in atto, o vi era prossima; o ne era da poco uscita (pochi mesi, un anno). Io tralascio in questa breve nota ogni dato statistico, numerico: ciò troverà posto in un mio lavoro di prossima pubblicazione. Qui mi limito a riferire le conclusioni.

In quanto all'anatomia patologica, DE SMETH parla di bottoni rosei, come ricoveriti dalla mucosa; a volta bianchi; a volta congesti: mai di aspetto papillomatoso, o sanguinanti; come irregolarità, o mammelloni, o semplici ondulazioni, raramente d'aspetto cistico. L'esame microscopico dimostra trattarsi di piccoli bottoni cellulari pieni, in connessione con l'epitelio vescicale, non aventi nettamente il carattere adenomatoso (DE SMETH).

Tutte le inferme da me studiate sono state sottoposte a numerose osservazioni ed indagini endoscopiche, e radiografiche: prima per potere escludere la presenza di altre lesioni, o processi morbosi che potessero determinare la sindrome cistitica come ho già detto, secondo per potere bene studiare le lesioni cervico-uretrali. E la uretrocistoscopia è preziosa ed indispensabile, non solo per una esatta diagnosi, ma anche, e principalmente, per la terapia.

La sintomatologia accusata da queste inferme era quella di una cistite cronica, ribelle alle comuni cure, spesso recidivante dopo periodi di tregua. Le urine erano generalmente limpide, o sub-limpide, con lieve piuria.

Ciò che maggiormente infastidisce queste inferme è la pollachiuria di alto grado, diurna e notturna, a volte maggiormente notturna, e la sensazione di bruciore che accompagna l'emissione delle ultime gocce d'urina.

All'esame uretro-cistoscopico ho riscontrato lesioni, il più spesso del tipo pseudo-polipoide; altre volte di edema duro: salienze irregolari dentellate, come creste di montagne; altre volte piccole formazioni sferiche, rosso fosco, come piccoli bottoni carnosì. La cura di queste forme è innanzi tutto subordinata alla esatta conoscenza di esse. Si intende facilmente come le comuni cure a base di lavaggi, ed antisettici per uso orale, restino inefficaci.

Diagnosticate le neoformazioni del collo, oc-

corre distruggerle mediante scintille di alta frequenza, servendosi di un uretro-cistoscopio operatore. Procedutosi a questa distruzione accurata, meticolosa, sarà bene mettere per qualche giorno una sonda di de Pezzer. Dopo si seguirà la cura con lavaggi all'ossicianuro di mercurio 1/4000, o di rivanolo 1/1700. Per bocca giova il bleu di metilene.

E' possibile, così facendo, guarire in poche settimane inferme che soffrivano da anni: ne ho curate alcune che si erano rassegnate a portare a permanenza un panno fra gli interfermori, tanto intensa erano la pollachiuria e lo stimolo imperioso, ed anche in tali casi ho ottenuta la guarigione.

Contemporaneamente alla cura locale, conviene praticare una rigorosa cura opoterapica: ho somministrato in questi casi Progynon-b oleoso forte (50.000 U.) in fiale ogni 5 giorni. Panglandina: 6 compresse al giorno.

Per concludere questa breve nota, dirò:

a) Esistono nelle donne delle forme tenaci e ribelli di cistite.

b) Spesso queste si riscontrano in menopausa, anzi tanto spesso che si potrebbe parlare di cistiti in menopausa, o da menopausa.

c) Che la menopausa possa ritenersi un fattore etiologico di tali forme, che abbia agito

da solo, o in associazione ad altri, posso affermarlo: 1) per la frequenza dell'insorgere di tali cistiti con l'approssimarsi della menopausa, durante tale periodo, o a breve distanza da essa; 2) per il fatto che in alcune inferme ho osservato benefici effetti sulla sindrome cistitica, per quanto relativi, dalla somministrazione dei soli preparati opoterapici, prima ancora di iniziare ogni qualsiasi trattamento locale.

d) E' necessario richiamare l'attenzione su queste forme, perchè siano meglio conosciute, e quindi curate.

e) L'esame uretro-cistoscopico si impone, decide della cura, e consente di praticarla correttamente.

f) La guarigione in un tempo breve o brevissimo si ottiene sempre, anche in casi nei quali i disturbi duravano da anni.

RIASSUNTO

L'A. richiama l'attenzione su quelle forme di cistiti che egli propone di chiamare «da menopausa». Esse sono molto interessanti a conoscersi: sono dovute a formazioni pseudopolipoidi del collo vescicale; sono in genere tenaci, ribelli ed a volte fastidiosissime. Per la diagnosi e la cura occorre la endoscopia. Difatti dette forme vanno curate con la elettrocoagulazione endoscopica seguita poi dal trattamento che l'A. espone.

La guarigione si ottiene sempre anche in casi che duravano da lungo tempo.

57745



329999



