

Clinica de urologie din Tg. Mureș (cond.: conf. P. Kótay)

PRINCIPII DE CONDUITĂ URULOGICĂ ÎN ACTIVITATEA MEDICULUI DE CIRCUMSCRIPȚIE

P. Kótay

Problemele arzătoare ale asistenței noastre medicale arată în mod cert că la aprecierea anumitor cazuri, medicul de circumscripție trebuie să dispună de unele cunoștințe urologice.

Ca și în celelalte domenii ale medicinei, și în urologie soarta bolnavului este hotărâtă în mare măsură de medicul chemat să dea primul ajutor, care poate fi foarte util, dar și foarte dăunător. Evident, noi nu pretindem ca medicii de circumscripție să poată rezolva probleme de specialitate urologică sau sarcini care depășesc posibilitățile de care dispun, dar trebuie să subliniem că practica impune ca ei să aibă o bună orientare în acest domeniu pentru a-și putea duce la îndeplinire atribuțiile ce le revin.

Datele statistice cu caracter general arată că 12—15% dintre bolnavii internați în unități spitalicești sînt tratați pentru afecțiuni urologice. Unii dintre acești bolnavi se găsesc în secțiile: medicală, chirurgicală, ginecologică, pediatrică, dermatovenerică și infecțioasă, fiind trimși de pe teren. Dacă la numărul acestora adăugăm și bolnavii care nu solicită necondiționat un tratament spitalicesc și pe aceia care, fie din neglijență sau ignoranță nu se prezintă la medic, dar ale căror cazuri urmează să fie descoperite prin depistare, înțelegem de ce o bună parte din activitatea medicilor este consacrată problemelor de urologie. Pentru asistența medicală a acestora este necesară o pregătire medicală temeinică.

Și în acest domeniu, trecutul ne-a lăsat o moștenire tristă. Cînd în 1955, bazîndu-ne pe observațiile cîștigate în urma studiului unui material clinic mai vast, am publicat o comunicare despre bolnavii cu afecțiuni prostatice, am constatat că mai mult de jumătate (52,2%) dintre cele 400 de cazuri observate au fost internate în clinică, prezentînd complicația gravă a stazei urinare acute.

Medicii tineri din circumscripții nu dispun nici astăzi de o pregătire întotdeauna corespunzătoare. În secțiile spitalicești, unde se predă învățămîntul practic, cateterismul este încă și astăzi încredințat unui cadru mediu dispunînd de mai multă experiență. Acest exemplu nu este prea încurajator pentru candidatul de medic, astfel încît uneori însăși vanitatea profesională îl împiedică pe tînăr să-și însușească executarea acestui procedeu deosebit de important. Chiar și în anul acesta am avut bolnavi trimși în clinică pentru a fi operați cu diagnosticul de „tumoare abdominală”, sau „tumoare elastică pelviană”. În urma efectuării unui cateterism urinar curent, tumoara care avea dimensiunile unui cap de om, a dispărut.

Nimeni nu înțelege mai bine situația grea și plină de răspundere a medicului de circumscripție și nimeni nu-i poate aprecia mai judicios activitatea, decît medicul care lucrează la institute și unități spitalicești. În ciuda cunoștințelor de specialitate și a condițiilor materiale în care lucrează, și ei pot să greșească, devenind victima unor iluzii. Nimic nu poate ușura într-o măsură mai mare activitatea spitalicească, decît materialul clinic bine selecționat și judicios orientat, oglîndind buna pregătire a medicilor de circumscripție.

Scopul lucrării noastre este acela de a atrage atenția asupra unor probleme de urologie discutate pînă acum, de a ne fixa punctul de vedere față de ele și de a prezenta cîteva procedee de examinare ușor executabile pentru medicul practician.

La interpretarea afecțiunilor sistemului uropoetic criteriile urologului diferă esențial în multe privințe de cele ale internistului. Internistul consideră rinichiul un organ dublu, dar unitar în activitatea lui, care îndeplinește funcțiuni identice, iar în cursul îmbolnăvirilor prezintă de obicei același leziuni. În cazul afecțiunilor renale numite hematogene, de fapt așa și este. Cele mai multe boli renale însă sînt unilaterale sau leziunile din cei 2 rinichi nu sînt identice. Un examen negativ al urinei nu exclude pentru urolog posibilitatea unei afecțiuni renale grave. Urina poate fi negativă și atunci cînd procesul patologic a blocat sau chiar a distrus complet un rinichi.

Din unitatea organică a aparatului uropoetic, rezultă faptul că procesul patologic ce apare pe una din porțiunile acestuia cauzează în punctele îndepărtate ale aparatului fenomene subiective sau obiective patologice, provocînd totodată tulburări în activitatea totală, a organelor genito-urinare. Dată fiind unitatea funcțională inseparabilă a organismului, leziunile organelor uro-genitale provoacă tulburări în echilibrul funcțional al întregului organism. Să ne gîndim la starea subiectivă alterată a persoanelor care suferă de colici renale, la transpirații, la tegumentele palide, decolorate, reci, la tulburările de circulație, la ocluzia reflectorică instalată pe fondul colicilor, la anemia cauzată de o insuficiență renală cronică, la durerile occipitale rebele, la inapetență sau la tulburările vizuale ale bolnavului de nefrită acută. Observații făcute în ultimii ani ne atrag însă atenția și asupra unor cazuri contrare.

Azi cunoaștem din ce în ce mai amănunțit reacția prin care rinichii răspund aproape identic la diferitele noxe care afectează organismul, constituind sub denumirea de *insuficiență renală acută* un capitol foarte important din urologie. Asupra acestui tablou clinic ne-a atras atenția trista experiență din timpul celui de al doilea războiu mondial. Fenomene asemănătoare observăm din ce în ce mai des, ca simptome secundare ale accidentelor de muncă industrială, ale motorizării mijloacelor de circulație, ale tratamentului cu sulfonamide și ale transfuziilor de sînge frecvent repetate. După părerea lui *Sarre*, variatele denumiri utilizate (rinichi contuzionat, sindromul „crusch”, necroză tubulară acută, rinichi hemolitic, rinichi cromoproteinic, nefroză eritrolitică, rinichi în șoc, anurie postoperativă etc.) desemnează de fapt același proces fiziopatologic. Acest autor recomandă denumirea de „insuficiență renală acută” care exprimă bine esența procesului morbid. În tabelul de mai jos enumerăm factorii care cauzează această boală gravă (factori care cauzînd hemo-mio-proteoliză pot să lezeze activitatea renală pe cale prerenală, renală sau postrenală).

I. Pe cale prerenală acționează:

- Ca urmare a scăderii tensiunii arteriale, a diminuării șocului și volumului de sînge:
 - șocul traumatic, șocul operator,
 - hemoragiile masive.
- Ca urmare a hemolizei, miolizei:
 - transfuziile de sînge cronate,
 - traumatismele grave ale părților moi („crusch”).

- traumatismele cauzate de curentul electric,
- arsurile, intoxicațiile cu CO,
- așa-numita „Schwartzwasserfieber”.
- Ca urmare a lipsei de NaCl și exicozei:
 - vărsăturile și diaree rebelă,
 - diureticele, „sindromul renal extrarenal”.
- Ca urmare a intoxicației endogene:
 - ocluzia intestinală, peritonita, perforația,
 - toxicozele de graviditate,
 - sindromul hepato-renal.

II. Pe cale renală acționează:

Intoxicațiile:

- mercurul, bismutul,
- tetraclorura de carbon, cloratul de sodiu și potasiu, cromații,
- săpunul de potasiu (avortul artificial!),
- derivații de glicol,
- sărurile oxalice (sarea de testicule),
- fosforul, cloroformul etc.

Stările toxice, alergice:

- sulfonamidele,
- antibioticele,
- sărurile grele (de aur, bismut etc.), alte medicamente.

Cauze infecțioase:

- B. perfringens, clostridium Welchii, avort septic,
- febră hemoragică,
- pielonefrită necrotizantă,
- urosepsie.

III. Cauze postrenale:

- Tulburările aparatului genito-urinar, obturarea ureterului (vezica goală),
- calculi,
- coagulii de sânge,
- tumorile și metastazele (cancer al colului și prostatei),
- ligaturarea ureterului după operații ginecologice etc.

Obturarea vezicii:

- hipertrofia prostatei, cancerul,
- calculi ai vezicii,
- tumorile, coagulii de sânge etc.

Cei mai mulți dintre acești factori patogeni se întîlnesc și în domeniul de activitate al medicului de circumscripție, și tabloul clinic oligosimptomatic pe care-l provoacă, solicită cea mai mare atenție din partea examinatorului. Evident noi nu susținem că acești factori duc întotdeauna la apariția insuficienței renale acute, dar trebuie să subliniem că posibilitatea survenirii acesteia există în fiecare caz. Situația medicului este îngreunată de faptul că pe lângă oligosimptomatologia clinică, împrejurările care provoacă insuficiența renală acută (hemoragii, arsuri, șoc, traumatisme, intoxicații etc.) creează deseori un tablou dramatic, cînd, date fiind măsurile urgente ce trebuie luate, atenția este îndreptată în altă direcție decît spre starea critică a activității renale.

Prinul care s-a ocupat amănunțit de această afecțiune este Vagn. Selye în 1948, constatînd că explicația apariției ei în toate formele cunoscute pînă atunci o constituie scăderea persistentă a tensiunii arteriale, pierderea volumului de sânge circulant și tulburarea fluxului sanguin renal. Consecința directă a tulburărilor de circulație este di-

minuarea fluxului sanguin renal și a filtrației glomerulare. Se știe că dacă tensiunea arterială rămâne sub valoarea de 60 mm Hg, filtrația glomerulară este practic suprimată. Van Slyke distinge în acest tablou clinic 2 faze: a) *faza circulatorie* care este reversibilă și puțin intensă, deoarece reprezintă consecința unei tulburări de scurtă durată a fluxului sanguin, — b) *faza leziunii renale* care survine în caz de ischemie cu o durată de câteva ore. Restabilirea activității renale — dacă acest lucru este din capul locului posibil — necesită în asemenea cazuri câteva săptămâni. Dacă însă leziunile tisulare sînt mai grave valorile de clearance rămîn scăzute, în prezența azotului rezidual care crește repede, bolnavul moare de obicei în interval de 2—20 zile.

În condițiile amintite mai sus cel mai important lucru pe care trebuie să-l facem este măsurarea cantității zilnice de urină. *Dacă această cantitate este sub 500 ml apariția insuficienței renale acute pare iminentă.*

În evoluția insuficienței renale acute deosebim 2 faze:

1. *Faza de oligurie-anurie*, care survine mai repede sau mai târziu, în funcție de gravitatea acțiunii factorilor nocivi și durează în general 6—8 zile.

2. Dacă bolnavul supraviețuiește acestei perioade, atunci apare fie treptat, fie brusc, *faza de poliurie*. Anatomic-patologic prima fază se caracterizează prin *destrucția, degenerarea epiteliului tubular*, iar a doua prin completarea regenerației epiteliale, cu elemente diferențiate, tinere, insuficiente din punctul de vedere al activității renale.

Pronosticul este cu atât mai sever, cu cît faza de oligurie apare mai repede și durează mai mult. *În asemenea cazuri se fac cele mai multe greșeli, deoarece în ciuda creșterii impetuoase a azotului rezidual, starea bolnavului este surprinzător de bună, anuria completă constituind de obicei singurul simptom alarmant.*

Insuficiența renală acută trebuie diferențiată în primul rînd față de nefrită glomerulară acută. Metoda după care se stabilește diagnosticul diferențial este ilustrată în tabelul de mai jos.

Tabelul Nr. 1.

	Insuficiență renală acută	Glomerulonefrită difuză acută
Debutul	acut, intraintoxicat, intoxicații după hemoiză și traumatisme;	postinfecțioasă;
Diureza	oligurie, deseori anurie, hipostenurie;	oligurie, greutatea specifică ridicată, rareori anurie;
Circulația sanguină	colaps, hipotonie și numai după câteva zile hipertonie moderată;	aproape întotdeauna hipertonie în faza inițială, bradicardie
Fenomene edematoase	rare și moderate de obicei la câteva zile după debut;	frecvent, de obicei chiar de la debut;
Azotul rezidual	prezintă o creștere rapidă (200 mg% și peste);	rareori peste 100 mgr%;
Xantoproteina indică	este rapidă și mult crescută;	de cele mai multe ori prezintă o creștere moderată sau o valoare normală;
Proteinuria	de cele mai multe ori minimă;	sau minimă, sau moderată;
Sedimentele	microhematurie, cilindurie;	microhematurie, macrohematurie cilindurie;
Pigmenți în urină	eventual hemoglobinurie sau mioglobinurie.	—

Intoxicația cu potasiu este una din cele mai grave complicații ale insuficienței renale acute. Destrucțiile, necrozele tisulare, la fel ca și hemoliza, favorizează ieșirea potasiului celular în lichidul extracelular și de aceea această complicație amenință mai ales în cazurile de contuzii tisulare, arsuri și toxicoze de graviditate. Cele mai semnificative semne pe care le produce sînt tulburări musculare și nervoase mai ales la inimă (leziuni ECG precoce); mai tirziu intoxicația cu potasiu cauzează diminuarea și apoi abolirea reflexelor precum și paralizii. Bolnavul spune că are paretezii, prurit, că-și simte amorțite degetele, buzele și limba sau că limba și buzele îi sînt umflate. Aceste simptome care imită tetania sînt întotdeauna semnele hiperpotasemiei. Hipercalemia gravă cauzează tulburări accentuate ale ritmului cardiac (extrasistole, tahicardie, bradicardie și în sfîrșit insuficiență cardiacă). Examenul ECG semnalează prezența hipercalemiei mult mai precis, decît examenul potasiului din sînge, întrucît acesta din urmă lămurește numai o parte a raporturilor extra- și intracelulare în legătură cu prezența potasiului. O deosebită atenție trebuie să se acorde *examenului urinei*. Dacă bolnavul urinează, primul strat de urină poate avea o greutate specifică crescută. Celelalte straturi sînt însă hipo- sau izostenurice. Ridicarea valorii azotului rezidual este foarte rapidă; mai ales în cazurile survenite pe un fond de postgraviditate, creșterea zilnică poate să depășească 100 mg%.

Dacă valoarea azotului rezidual crește în cîteva zile la 120—140 mg%, atunci se dezvoltă tabloul caracteristic al uremiei, care se deosebește de uremia dezvoltată pe fondul afecțiunilor renale cronice, prin tendința ei evidentă la intoxicație cu potasiu și edem pulmonar.

Faza de poliurie reparatoare poate să apară, fie brusc, fie progresiv, o dată cu creșterea cantității de urină. În astfel de cazuri cantitatea de urină eliminată zilnic poate fi uneori de mai mulți litri, deși bolnavul a suferit înainte de oligurie sau anurie. Urina însă este hipostenurică sau izostenurică (avînd de cele mai multe ori o greutate specifică în jurul valorii de 1010—1011). Trebuie să notăm că apariția urinei nu înscamnă nicidecum că funcțiunile parțiale ale activității renale multilaterale sînt satisfăcătoare. Bolnavul nu se află în afara pericolului. Potrivit datelor publicate de *Merril* (1952) 24% din totalul cazurilor mortale sînt înregistrate în faza de poliurie. *Pe lângă tulburările survenite în metabolismul sărurilor și al apei, diminuarea sau scăderea completă a rezistenței biologice constituie cel mai mare pericol.* În faza de poliurie, dată fiind secreția intensificată de potasiu, fenomenul caracteristic este hipocalemia, adică deficitul potasiului celular.

Din cauza rezistenței biologice scăzute chiar și flora bacteriană a organismului poate deveni patogenă. Moartea poate fi cauzată în asemenea împrejurări de enterite, poliartrite de diferite infecții streptococice rebele la orice tratament cu antibiotice sau foarte greu influențabile. Acest tablou este însoțit de o anemie persistentă care durează luni de zile. Regenerarea completă a țesutului renal și a activității renale durează în general între 6 și 9 luni.

În faza de poliurie, activitatea renală nu este încă satisfăcătoare. În ciuda diurezei care se intensifică, azotul rezidual continuă să crească timp de mai multe zile. Acest fapt se confirmă prin așa-numita *probă Haeser* care poate fi executată și la patul bolnavului. Pentru efectuarea ei este nevoie de un cilindru gradat, de un densimetru

și de un termometru. Tehnica executării este următoarea: ultimele 2 numere din cifra care reprezintă cantitatea de urină colectată în interval de 24 de ore se înmulțesc cu coeficientul Haeser (2,33). Rezultatul exprimă cantitatea de substanță uscată eliminată în 1000 g urină. Această valoare se recalculează la cantitatea de urină eliminată în realitate. În cazul unei activități renale normale, valoarea obținută este 60 sau mai mare. De ex.: cantitatea de urină eliminată zilnic de un bolnav este 1500 g cu greutatea specifică 1020; ultimele 2 numere $20 \times 2,33 = 46,60$, la care se adaugă jumătatea valorii, adică: $46,60 + 23,30 = 69,90$. Rezultă deci că activitatea renală este bună.

Să luăm un alt caz: într-o glomerulo-nefrită difuză greutatea specifică este înaltă de ex. 1030, dar cantitatea de urină zilnică este scăzută la 600 g. Înmulțind 30 cu 2,33 obținem 69,90 valoare calculată la 1000 g; din această valoare trebuie să scădem 40%, adică 27,96 (deoarece bolnavul nu elimină decît 600 grame). După efectuarea scăderii, obținem valoarea de 41,94, ceea ce înseamnă că activitatea renală nu este satisfăcătoare, deși greutatea specifică a urinei este înaltă.

Intrucît densimetrele aflate în comerț sînt calibrate pentru $+15^{\circ}\text{C}$, temperatura urinei trebuie măsurată întotdeauna și dacă aceasta este peste 15°C , la fiecare 3 grade adăugăm o gradăție, iar la o temperatură mai scăzută de 15 grade scădem o gradăție din greutatea specifică. Astfel, dacă greutatea specifică este de 1016 și temperatura urinei 21°C , atunci în mod real aceasta corespunde unei urine cu greutatea specifică de 1018.

Principia! tratamentul insuficienței renale acute nu intră în sfera de atribuții a medicului practician. În schimb, sarcina acestuia este aceea de a depista cazurile apărute în condițiile patologice enumerate mai sus și de a îndărta tot ceea ce ar putea să contribuie la agravarea situației.

În faza de anurie-oligurie soluțiile izotonice (fiziologice) nu suprimă anuria și nu declanșează diureza. Cine forțează administrarea acestora „îneacă în sensul strict al cuvîntului pe bolnavi în soluții fiziologice” (Sarre).

De cele mai multe ori bolnavul în anurie se află într-o stare hidratată. Dacă nu are vomismente și diaree, absorbția zilnică de lichid nu poate să depășească 400—600 grame. Bilanțul metabolic al bolnavului în anurie este ilustrat în tabelul următor:

Pierdere de apă prin plămîni și piele (perspirație insensibilă)	700—900
Eliminare de apă prin fecale	100
Pierdere totală de apă, zilnic	800—1000 g

Din această cantitate urmează să se scadă apa de oxidare apărută ca produs al metabolismului celular, 300—400 g, ceea ce înseamnă că pierdere zilnică de apă este de 400—700 grame.

Fără îndoială că pierdere de apă ce se produce din cauza vărsăturilor și diareelor trebuie completată. Cel mai bun control al eficienței tratamentului aplicat este măsurarea greutății corporale. În faza de oligurie sau anurie tratamentul aplicat este judicios, atunci cînd greutatea corporală a bolnavului scade în medie cu 300 grame zilnic. În această perioadă a bolii se pot face greșeli cu consecințe destul de serioase și în alimentația bolnavilor. Organismul fiind de obicei hipercalemic, trebuie să prescriem un regim alimentar bogat în calorii, dar sărac în proteine și mai cu seamă în potasiu. Scopul urmărit este acela de a împiedica descompunerea proteică endogenă. Aceasta este intensificată nu numai de inanție, ci și de șoc, distrugerii tisulare și intoxicație. În caz de grețuri trebuie să administrăm sub formă de perfuzie o soluție de glicoză

4—500 g 50% corespunzătoare la 800—1200 calorii zilnice, potrivit nevoii de lichid a organismului. Dacă boala de bază nu impune cu necesitate administrarea de antibiotice, aceasta se amână pentru faza de poliurie, pentru că în felul acesta capacitatea de rezistență a organismului să nu diminueze sub efectul antibioticelor.

În faza de poliurie, pierderea de sare și de apă este considerabilă și tocmai de aceea trebuie să administrăm lichid din abundență. Pentru combaterea hipocalemiei se administrează potasiu și antibiotice, iar în tratamentul anemiei grave, care poate să dureze câteva luni, se utilizează preparate de fier și vitamina B₁₂.

Deseori medicii de circumscripție se fac vinovați de neglijență, atunci când observă hematurie. *In toate cazurile de hematurie microscopică obligația noastră este de a interna bolnavul într-un serviciu de specialitate fără întârziere, chiar în intervalul de timp cât durează hematuria. Nu există nici o excepție de la această regulă!* O eroare foarte serioasă este aceea pe care și astăzi o întinim uneori, de a atribui hematuria bolnavului unei nefrite în focar. În asemenea cazuri medicul recomandă ca bolnavul să stea la pat, prescriindu-i un regim alimentar și medicamente hemostatice. Hematuria cedează pentru câteva ore sau câteva zile, și bolnavul va utiliza ori de câte ori va avea nevoie acest mod de tratament, chiar fără să mai întrebe pe medic. În felul acesta tumoarea care cauzează hematuria nu mai poate fi decelată, decât în faza inoperabilă.

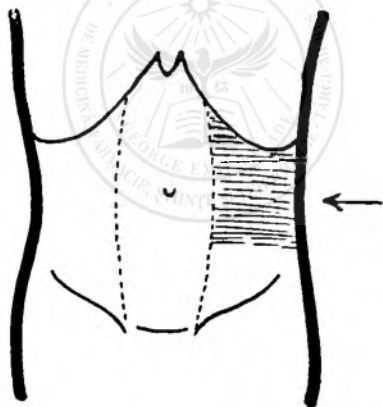


Fig. 1.

Trebuie să notăm, că a crescut și numărul traumatismelor renale subcutane. Parenchimul renal cu un mediu umoral foarte bogat, capsula fibroasă rigidă incapabilă să se dilateze, localizarea organului la fel ca și raportul lui față de organele din vecinătate sînt tot atîția factori care fac ca rinichiul să fie traumatizat chiar și atunci cînd organele din vecinătate și continuitatea tegumentelor nu suferă din cauza traumatismelor. Ruptura de rinichi izolată, traumatismul concomitent al peritoneului sînt de obicei rare. Dacă în cavitatea abdominală liberă este sînge, acesta derivă de cele mai multe ori nu din rinichi, ci din organele intraperitoneale (splină, ficat).

Un semn cert al traumatismului renal este hematuria. Aceasta nu se

afli în proporție cu gravitatea traumatismului suferit de organ. Deseori hematuria survine numai la câteva ore după traumatism. Imediat după traumatism urina bolnavului este deseori curată și numai a doua sau chiar a treia oară conține sînge. Cînd se suspectează un traumatism renal fiecare urină se colectează într-un vas curat, indicîndu-se timpul cînd a avut loc urinarea. Înmuierăm fișii de hîrtie de filtru albă în fiecare vas și le comparăm. În felul acesta sîngele din urină devine mai evident, mai ales la lumină artificială. Dacă în urină sînt coaguli, testul nu poate fi interpretat.

Un semn precoce îl constituie estomparea liniilor circulare laterale de pe abdomen sau dispariția lor pe partea traumatizată (fig. nr. 1), evident dacă bolnavul nu este prea adipos. De partea traumatizată, în direcție laterală față de rect, se observă o matitate care contrastează cu partea contralaterală. În caz de ruptură renală, de partea traumatizată se constată întotdeauna apărare musculară sub rebordul costal. Poate crea confuzii fractura coastelor 11-12 în linie paravertebrală sau mediană. În caz de fractură, amplitudinea respiratorie este întotdeauna diminuată, fapt care nu survine niciodată atunci cînd este vorba de o leziune renală pură.

Se știe că în practica medicală generală infiltrația paravertebrală cu novocaină constituie un ajutor prețios. Trebuie să cunoaștem tehnica acestei infiltrații, iar aparatura necesară aplicării ei nu trebuie să lipsească din instrumentarul unui medic de circumscripție. Infiltrarea cu novocaină a segmentelor 12 dorsal și 1-2 lombar cu cîte 20 ml novocaină înseamnă nu numai atenuarea durerii, ci asigură în același timp stabilirea unui diagnostic diferențial în regiunea rîmchilor respectiv ureterală.

Unul din domeniile deosebit de importante ale activității noastre medicale îl constituie materialul clinic al vîrstei așa-zise prostatice. Dacă vorbim de profilaxie atunci aceasta se poate realiza numai printr-o muncă conștiințioasă de educație sanitară desfășurată la timp. Bărbații în vîrstă trebuie să știe că hipertrofia prostatei este o boală care debutează deseori în mod insidios, fără suferințe urologice și nu-și trădează caracterul decît atunci cînd apare o anurie completă sau parțială (hipoanurie).

În eventualitatea în care medicul nu dispune de aparatura necesară sau nu are destulă experiență, procedează mai bine dacă în locul riscantei încercări de cateterizare, efectuează o puncție. Deasupra simfizei, dacă vezica urinară e plină, există destul loc ca prin puncție să nu se lezeze peritoneul sau organele intraperitoneale. După îndepărtarea părului ter-torii se spală, se unge cu unctură de iod și deasupra simfizei cu o lățime de deget, introducem în direcție mediană un ac obișnuit de puncție lombară, împingîndu-l ușor în direcția ombilicală. Dacă am ajuns pînă la 5-8 cm, urina se evacuează în jeturi subțiri din vezica plină. După golirea vezicii urinare scoatem acul printr-o singură suuciere energetică, ungem cu unctură de iod locul împunsăturii și facem un pansament steril. Această intervenție înseamnă o ușurare trecătoare de cîteva ore pentru bolnav, făcînd posibil transportul lui la un spital de specialitate sau declanșînd evacuarea spontană a urinei.

Rezultatele negative ale urinei obținute în cursul examinărilor de graviditate nu pot să ne liniștească în întregime în ceea ce privește situația aparatului uropoetic. Dacă în cursul gravidității survine hipertonie sau o femeie tinăra hipertensivă este gravidă, solicităm întotdeauna părerea competentă a urologului. În bună parte, aceste hipertonii sînt de origine renală și deseori la baza lor se găsesc unele anomalii de dezvoltare ale aparatului uropoetic.

Sosit la redacție: 10 ianuarie 1962.