

3497  
UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I. DIN CLUJ  
Facultatea de Medicină.

---

No. 965

# LITIAZA RENO-URETERALA

(STUDIU CLINIC ȘI STATISTIC)

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 12 MARTIE 1936

DE

MIRCEA POPLUCA

FOST EXTERN LA POLICLINICA C. F. R.

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”  
Str. Memorandului 22.

No. ....

# LITIAZA RENO-URETERALA

## TEZĂ

PENTRU  
DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 12 MARTIE 1936



DE

**MIRCEA POPLUCA**

POST EXTERN LA POLICLINICA C. F. Nr. 1

3 MAY 2005



C L U J

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”  
Str. Memorandului 22.

**UNIVERSITATEA DIN CLUJ**  
**FACULTATEA DE MEDICINĂ**

---

**Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAÏL.**

**Profesori:**

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. Dr	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei . . . . .	" "	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie . . . . .	" "	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală . . . . .	" "	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	" "	<i>Buzoianu G.</i>
" ginecologică și obstetricală . . . . .	" "	<i>Grigoriu Cr.</i>
Istologia și embriologia umană . . . . .	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală . . . . .	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală . . . . .	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală } Medicina operatoare }	" "	<i>Pop A.</i>
Medicina legală	" "	<i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia	Supl.	<i>Popovici Gh.</i>
Clinica infantilă . . . . .	" "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	Prof.	<i>Michail D.</i>
" neurologică . . . . .	" "	<i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală . . . . .	" "	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	" "	<i>Papilian V.</i>
Fiziologia umană . . . . .	Supl.	<i>Drăgoiu I.</i>
Balneologie . . . . .	Prof.	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică . . . . .	" "	<i>Tătaru C.</i>
" urologică . . . . .	" "	<i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică . . . . .	" "	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică . . . . .	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică . . . . .	" "	<i>Vasilii T.</i>

**JURIUL DE PROMOȚIUNE**

Președinte: Domnul Prof. Dr. *Emil Țeposu*

Membrii: } Domnul Prof. Dr. *I. Hațieganu*  
 " " " *M. Sturza*  
 " " " *Gh. Popoviciu*  
 " " " *V. Bologa*

Supleant: Domnul Doc. Dr. *Tr. Popoviciu*

## Litiaza reno-ureterală.

*Istoric.* Din cea mai veche antichitate afecțiunile aparatului urinar au atras și reținut atenția acelor care sub diverse titluri au avut misiunea de a alina și de a vindeca suferințele omenești. La Egipteni găsim cel mai vechiu document urologic, în figura unui *calcul vezical*, găsit în anul 1901 de *Elliot Smith* într'un mormânt preistoric și predinastic din comuna *El Amrah*, aproape de *Abydos*. Acest calcul are deci o existență de aproape 7000 de ani. Tot *Smith* examinând o serie de 9000 de mumii, a găsit, numai 2 calculi vezicali și 2 calculi renali, ceace ne arată cât de rari erau calculii în vechiul Egipt, raritate, care contrastează cu frecvența lor actuală. *Talia hipogastriacă* nu pare să fi fost practică la Egipteni, fie pentru că cei bogați nu aveau lipsă (calculoza găsindu-se mai frecvent în păturile de jos ale poporului), fie pentru că această operație era ignorată. *Profesorul Maspero* n'a găsit pe nici o mumie vreo cicatrice perineală sau hipogastriacă. Autorii arabi pretind că la ei se cunoaștea din cea mai veche antichitate, această operație. Un medic italian din secolul al XVI-lea, *Prosper Alpin*, amintește de niște procedee bizare de extracție a calculilor, pe cari le-a văzut practicându-se în Egipt de un arab cu numele *Haly*, *Litiaza urinară* o găsim adeseori deschisă în cărțile hindușilor, cari recunoșteau existența a 4 feluri de calculi produși prin 1. mucus, 2. vapori, 3. bilă și 4. spermă. La chinezi documente relative la medicina lor veche sunt rare și de o interpretare dificilă; existența litiazei urinare, atât de des descrisă în cărțile hindușilor, abia, o găsim citată de către chinezi. Nu sunt date cari să dovedească influența ce ar fi exercitată Egiptenii asupra

*Grecilor*, cari chiar înainte de *Hippocrate* posedau o instrucție medicală, destul de dezvoltată. Și la Greci ca și la Egipteni, medicinei i se recunoaște o origină divină: templele erau în același timp și școli de medicină.

Cu *Hippocrate*, medicina la Greci ia un avânt mare. Indicațiunile despre existența și viața acestui geniu al medicinei, le avem dela *Platon* și *Soranus*. *Hippocrate* s'a născut în anul 460 a. I. C. în insula *Cos*, sediul unei școli de medicină deja celebră. Tatăl său medic, era descendent a lui *Esculap*. Respectul față de morți nu i-a permis nici lui *Hippocrate* și nici predecesorilor săi de a diseca omul și de aceea e foarte interesant cum observațiunile clinice și interpretarea fenom. morbide sunt atât de exacte, în absența noțiunilor de anatomie și fiziologie. Așa *litiataza urinară* a fost bine observată și mai ales *litogeneza* a fost în mod logic expusă; teoria lui *Hippocrate* s'a menținut până în secol. al XVI-lea. Așa *Hippocrate* zicea că *litiataza urinară* este frecventă acolo unde locuitorii beau apă de o natură particulară; tot el spunea mai de parte că atunci când abdomenul este înfierbântat vezica se încălzește, colul ei se inflamează, nu emite mai mult urină și care astfel rămâne supusă acțiuni unui exces de căldură; partea de urină mai tulbură și mai conc (mai groasă) se condensează și se consolidează și astfel un mic nucleu crește în mod progresiv, întărindu-se. Dacă calculul se aplică la nivelul colului vezicii, atunci împiedicând scurgerea urinei, provoacă dureri violente și de aceea calculoșii iau o astfel de atitudine că aceste pietre să nu se aplice la acest nivel. Pe urmă simptomele acestei afecțiuni sunt aproape toate exact expuse, așa după *Hippocrate*, *litiataza urinară* are 5 semne: 1. durerea când urinează; 2. emisiunea urinei sub formă de picături; 3. urina sanguinolentă, vezica fiind ulcerată prin calculi; 4. inflamația vezicii; 5. expulzarea de nisip prin urină.

După *Hippocrate* știința medicală greacă ajunge în declin și centrele științifice medicale din *Cos* și *Cnid* se deplăsează în *Alexandria*. Trebuie însă să mai cităm pe *Aristotel*; după care calculii urinari se formează în ve-

zica urinară și au drept cauză *humorile* ce descind din rinichi.

Două secole mai târziu *Ammonius* din *Alexandria* ajunge să perfecționeze tehnica de extracție a calculilor, zdrobindu-i pentru a facilita eșirea lor, din acest motiv a fost supranumit *lithotomul*. La Romani: civilizația din Italia a rămas mult timp înapoi față de cea din Grecia, dela care de altfel Romanii au luat primele noțiuni medicale. Așa îl găsim pe *Celsus* care a trăit în epoca dintre *August* și *Nero* și care în admirabila sa lucrare „*Re medica*“ a descris tehnica *taliei hipogastrice*, operație ce a fost utilizată aproape fără modificări până spre sfârșitul secolului al XVIII-lea; tot el mai descrie și tehnica cateterismului uretral. Pe urmă *Rufus* din *Efes* contemporan cu *Traian*, în tratatul său intitulat „*De vesicae renumque affectibus*“ descrie sub numirea de *nefrită*, o afecțiune ce seamănă mai mult cu descripțiunea unei *pionefroze calculoase*. Dar pe lângă scrierile didactice, cari ne fac cunoscută știința medicală urologică sub imperiul roman, mai sunt și documente arheologice, așa sunt instrumentele de cari se servea *Celsius* la *cateterism* și cari au fost găsite la Pompei și transpuse în muzeul din Neapole. *Galien*, după el toate bolile de rinichi erau înglobate în denumirea de *nephritis*, pe care o definea astfel: „*lithiasis id est calculi morbus nephritis appellatus*“ și considera nisipul și calculii urinari drept cauză a afecțiunilor renale. Cât privește tehnica chirurgicală utilizată de el, era *talia* preconizată de *Celsius*, după *Galien* avem pe *Oribase* care în lucrarea sa principală „*Synopsis*“ consacră un capitol lithogenezei. Scrierile lui *Galien* au emigrat în orient, ajungând astfel și la arabi, unde avem 2 autori mai importanți: *Avicenne* și *Abulcasis*, cari recunosc o origine comună pentru litiaza renală și vezicală. Și după ei calculii urinari sunt produși de o parte printr'o subst. groasă și vâscoasă, purulentă sau sanguinolentă și pe de altă parte printr'o forță determinată, care este un exces de căldură. *Avicenne* în lucrarea sa „*Canon medicinae*“ face o descriere interesantă asupra cateterismului și lavajului vezicei. Descrierea ce o face *Abulcasis* asupra *taliei* di-

ferată puțin de cea a lui *Celsius*, doar instrumentarul întrebuintat era diferit și mult mai complicat. Indicațiunile foarte vagi asupra posibilității de extracție a calculilor renali, le găsim și în descrierile lui *Guy de Chauliac*. În secolul al XVII-lea, *Riolan* este primul autor care vorbește mai precis despre calculii renali; el descrie aspectul lor *coraliform* și nu ignorează sediul lor real în ureter, bazinet și calice. După el *Rousset*, *Panaroli*, *Mery* și alții au studiat incizia rinichiului. În 1670 un italian experimenta cu succes *nefrectomia* pe câini și un olandez *Blankaart* completează experiențele sale în 1690. În același timp *Van Helmont* și *Sydenham*, studiază proprietățile fizice și chimice ale calculilor. Spre sfârșitul secolului al XVII-lea frumoasele lucrări de anatomie patologică datorite lui *Van Swieten*, *Morgagni*, *Sandifort*, *Walter* etc., aduc un prețios sprigin în cunoașterea exactă a leziunilor renale, mai ales d. p. d. v. anatomic, dar în realitate cu *Rayer* începe istoria modernă a litiazei renale. Acesta a descris toate leziunile din litiaza renală în așa fel, încât mult timp nu s'a mai adăugat nimic esențial. Așa dar *anapă* și principalele simptome erau deci bine cunoscute spre 1870, însă tratamentul chirurgical era aproape nul, mărginindu-se numai la incizia abceselor. În decurs de 40 ani, istoria litiazei renale, a fost pe deantregul reînviată, procedeele fizico-chimice de diagnostic precum și tratamentul medical și chirurgical s'au dezvoltat foarte mult. Capitolul din litiaza renală ce era însă obscur și în această epocă, era cel al patogeniei. Incepând însă cu acest secol mai ales chirurgia ia o mare dezvoltare așa în 1870 un chirurg englez: *Durham*, a făcut cu succes operația de *nephrotomie* pe un rinichiu ce-l credea abcedat și care în realitate era sănătos. *Morris* este primul care în 1880, face operația de *nephrotomie*, pentru extracția calcului. El avu rețede imitatori așa *Le Dentu*, care în 1881 făcu pentru prima dată în Franța *nephrolitotomia*. În general putem spune că chirurgia căilor urinare s'a dezvoltat datorită lucrărilor lui *Brodeur Morris*, *Bruce*, *Clarke*, *Newmann*, *Dickinson*, iar în Franța *Guyon* și *Albarran*, *Tuffier*, *Le-*

gueu și Pousson și în Germania: Küster, Kümmell, Israel etc.

Totuși chirurgia căilor urinare nu putea să progreseze așa de mult, din cauza nesiguranței în care se găsea medicul, în ceea ce privește existența chiar a calculului și mai ales a sediului calculului urinar. Dar iată că 2 mijloace de explorare ale rinichiului, vin să revoluționeze întreaga chirurgie renală, mai întâiu cistoscopia și cateterismul ureteral și pe urmă radiografia. Deja cistoscopia simplă permitea să explorăm orificiile ureterale și să descoperim adeseori leziunile caracteristice; dar prin cateterism s'a mers mai departe, căci grație lui ne putem asigura despre permeabilitatea sau obliterarea canalelor excretoare, permițându-se în acelaș timp colectarea urinei din rinichiul presupus bolnav pentru a fi supusă apoi unei analize. Pe urmă vin procedeele de examinare a funcțiunei renale: eliminarea de substanțe colorante prin urmă, poliuria experimentală, examenul chimic a urinelor separate, crioscopia sângelui și a urinei, comparația ureei din sânge cu cea din urină. Și în felul acesta putând să ajungem să stabilim exact valoarea funcțională reală a rinichilor — lucru care este absolut necesar în caz de intervenție. Al II-lea procedeu de explorare de o importanță covârșitoare este *radiografia*. În câțiva ani ea a ajuns la un grad de precizie remarcabil și foarte puțini calculi pot să scape dela această metodă de investigație, atunci când ea este bine executată. Grație acestei metode putem să știm, *numărul, sediul volumul și adeseori chiar și greutatea* calculului, pe urmă putem să verificăm unilateralitatea leziunilor și absența calculilor în ureter. Sprijinită pe aceste procedee, dacă nu infalibile, totuși destul de perfecte, chirurgia căilor urinare a luat o mare dezvoltare. În felul acesta putem să precizăm indicațiunile operațiunei și să alegem după caz, diferitele procedee operatorii ca: nefrectomia, nefrotomia sau pielotomia etc.



## Patogenia.

Există o *litiază primitivă*, aseptică produsă prin cauze generale și care dă „*calculii de organism*“ (Guyon); originea ei trebuie căutată în tulburările de nutriție de metabolism. Dar mai există și o litiază secundară, produse de cauze locale, dând „*calculii de organ*“ (Guyon); *aceste cauze locale* sunt infecțiunea și stagnarea urinei. Sărurile urinare ce pot să dea naștere calculilor au o dublă origine: a) endogenă și b) exogenă.

a) *Endogenă*: sărurile provin dintr'un proces de desintegrare tisulară (ex. ac. uric din nucleoproteidele mai ales a leucocitelor (așa în leucemii).

b) *Exogenă*: alimentația furnizează însă organismului cea mai mare parte a sărurilor excretate prin urină așa organele (timusul, ficatul etc.) dau o cantitate mare de acid uric, iar vegetalele dau acid oxalic; carnea animalelor tinere, ouăle și legumele seci conțin fosfați în abundență.

Formarea calculilor necesită însă 2 condiții prealabile: 1. O reacție particulară a urinei care provoacă precipitarea sărurilor și 2. organizarea calculilor. 3. *Precipitarea sărurilor*: Aschoff, Kleinschmidt, Bouchard, Ebstein și Berzelius, invocă fenomenul de suprasaturatiune. Dar această teorie nu explică în mod suficient patogenia litiazei urinare. Deoarece deși urinele foarte concentrate predispun la litiază, conținând o cantitate mare de elemente necesare formării calculilor, totuși găsim cazuri de litiază și cu urini foarte puțin concentrate.

Meckel invoacă *catarul litogen*: inflamația mucoasei urinare ar provoca precipitarea sărurilor (această teorie e valabilă numai în caz de litiază secundară).

Lichtwitz Shade consideră că anumite substanțe coloidale din urina normală (ca albuminele, acizii nucleici, acid. chondroitino-sulfuric etc). sunt capabile să mențină sărurile urinare în soluție suprasaturată, săruri cari vor precipita îndată ce proporția coloizilor diminuează.

Minleswski și Kosnl cred că acidul uric s'ar găsi în urină într'o combinație organică cu acidul thimic și că în cazul când acidul uric (în urma unei boli) s'ar găsi

în cantitate mai mare, nefiind destul acidul timic cu care să se combine, s'ar precipita în urină. Deci reacția urinei joacă un rol important în fenomenul de precipitare: urații în mediu acid, iar fosfații în mediu alcalin — la indivizii vegetarieni sau la cei ce fac abuz cu apele minerale alcaline sau la cei cu procese infecțioase ale căilor urinare; *oxalații* de ca. iau naștere prin eliberarea Ca. în b. decalcifiante.

2. *Organizarea calculilor: Civiale* în procesul de aglomerare a particulelor precipitate, admite existența unui *ciment coloidal*. *Fourcroy* și *Vauquelin* zic că acest proces nu poate să aibă loc decât în jurul unui nucleu. Acest nucleu în *litiaza primitivă* poate fi constituit din celule epiteliale sau din hematii puse în libertate în urma hemoragiilor microscopice cari însoțesc de obicei conerctiunile urinare. Dar *Ebstein, Nicolaier și Tuffier* au mers mai departe susținând că sărurile precipitate ar acționa ca niște veritabile toxine necrozante, provocând astfel o necroză a epitelului și în jurul acestor celule necrozate s'ar organiza calculii.

*În litiaza secundară infectată*, nucleul poate să fie format din microbi și în jurul cărui se organizează calculii prin depozite concentrice de săruri urinare. Așa după *Hellstroem* sunt stafilococii și colibacilii, după *Liebermeister* bacilul Kock, după *Hager*: bac. *Proteus* și după *Simon*: bac. tific.

## Etiologia.

*Litiaza renală* este o afecțiune frecventă; după *Marrion* se găsește în proporție de 12% a afecțiunilor renale. *Repartiția geografică* a litiazei renale o arată mai frecventă în regiunile tropice; pe urmă la rasa anglo-saxonă și în special la americani; în Armenia și în Egipt — factorul alimentar și hidro-teluric pare să joace un rol deosebit din acest punct de vedere. După sex: *Suter* admite aceeași proporție pentru ambele sexe; după alți autori la sexul masculin ar fi în preponderanță așa după *Grossmann* în statistica sa de 380 cazuri, proporția ar fi de 2 la 1; *Von Langen* într'o statistică mare făcută în coloniile olandeze de 3250 cazuri găsește 2899 bărbați și 235

femei; *Beck* în statistica sa din anul (1904—6) de 37 cazuri, găsește 24 bărbați și 13 femei, iar în cea din anul 1928—30 din 318 cazuri găsește 179 bărbați și 140 femei.

*După vârstă:* *Suter* găsește proporția cea mai mare între 25—50 ani; în acelaș timp prin perfecționarea mijloacelor de explorare renală se găsește o proporție crescândă și la copii așa *Thomas* și *Tanner* publică 200 de cazuri până la 15 ani (dintre cari 155 băieți și 45 fete). *Von Langen* a găsit în statistica sa, următoarea proporție după vârstă; din 563 cazuri: 245 dela un an la 7 ani; 160 cazuri dela 7 ani la 15 ani; 120 cazuri dela 15 ani la 45 ani și 38 cazuri peste 45 ani. Se întâlnesc frecvent concrețiuni uractice chiar în rinichii noului născut, cari însă pot să fie considerați ca un fenomen fiziologic. Cauzele etiologice sunt generale și locale.

1. *Cauze generale:* a) *factorul hereditar:* faptul că această boală poate să survină atât la părinți cât și la copiii lor, se explică nu atât prin factorul hereditar cât mai mult prin cel familiar (felul de alimentație comun pentru întreaga familie).

b) *Starea socială:* litiaza se găsește mai frecvent la populațiile sărace, cu alimentație viciată și supuse diferitelor intemperii (*Thompson*). Se pare că și *sedentaris-mul* ar juca o cauză predispozantă și după *Bouchard*, litiaza ca și guta este un „*Morbus Domini*“.

c) *Alimentația:* este o cauză foarte importantă, căci adeseori litiazicii sunt mari mâncători. Abuzul de cărnuri favorizează apariția litiazei urice, prin cantitatea de nucleine pe cari le conțin, după cum o alimentație prea vegetariană provoacă litiază oxalică. Importante la fel sunt și băuturile, fie că este vorba de ape calcare sau magneziene sau de ape minerale alcaline, care neutralizează aciditatea urinei (litiază fosfatică).

*Usuki*, *Osborn* și *Mendel* au făcut experiențe pe șoareci pe cari îi alimentau cu o hrană lipsită de vitam. A și au constatat la aceștia apariția de calculi de oxalați și fosfați de calciu la nivelul rinichilor. Iar *Perlmann* și *Weber* prin experiențele lor au ajuns la concluzia că pentru apariția acestor calculi la nivelul rinichilor nu

este absolut necesar ca vitamina A să lipsească complet din alimentație, ci este de ajuns să se găsească în alimentație într'o cantitate insuficientă. *Van Leersum* printr'o alimentație de 3 săptămâni cu o hrană lipsită în vitamina A, a 645 animale, a constatat apariția concrețiilor calcare în canalele urinifere, la 197 de animale. De sigur că aceste rezultate experimentale pe animale sunt greu de raportat în patologia umană; totuși însă constituie pentru cercetările în curs, anumite puncte de reper, în ceea ce privește etiologia litiazei renale la om, în legătură cu o alimentație viciată. *Bokay* în statistica lui de 1621 cazuri la copii cu litiază renală (1559 băieți și 62 fete), a constatat că majoritatea acestor copii fac parte din familiile sărace cu o alimentație viciată. La fel *Küttner și Weil* au găsit litiaza renală mai frecventă la copiii hrăniți prost și suferinzi și de tulburări gastro-intestinale.

d) *Intoxicațiunile*: abuzul de ceai și de cafea ce sunt foarte bogate în acid oxalic; aceste toxice acționează ca veritabile otrăvuri necrozante ale epiteliului secretor al rinichiului.

e) *Maladiile generale*: ele ocupă un loc important în etiologia litiazei renale. Astfel avem: bolile de nutriție: obezitatea, guta, litiaza biliară — ce toate sunt manifestațiuni ale artrismului și cari se însoțesc de o hiperuricemie (*Chaussard*). Pe urmă maladiile de calcifiante cum sunt: graviditatea, osteomalacia, distrucția neoplazică a oaselor mai mari, rachitismul grav din vârsta tineră, precum și procesele supurative ale oaselor. Mai sunt apoi bolile infecțioase și febrile, cari au o acțiune dublă: deoparte prin *oliguria* și creșterea concentrațiunii urinei și de altă parte prin starea de septicemie pe care o provoacă. Din acest punct de vedere *Pillet* consideră că infecțiunile generale cu stafilococi dau naștere litiazei fosfatice, pe când cele cu colibacili provoacă oxaluria.

2. *Cauzele locale*: sunt toate acelea cauze cari favorizând stagnarea și fermentarea urinei, provoacă formarea calculilor. Astfel sunt supurațiunile renale cari alcalinizează urinele și produc acei nuclei organici, ce-

vor servi ca centri de aglutinare pentru sărurile precipitate. La fel sunt traumatismele și în special contuziunile rinichiului sau plăgile prin arme de foc, cari prin hemoragia parenchimatooasă pe care o provoacă, favorizează formarea calculilor. Pe urmă sunt traumatismele coloanei vertebrale, precum și *mielitele* cari adeseori se însoțesc de tulburări în scurgerea urinei și mai cu seamă de tulburări trofice cari acționează asupra nutriției mucoasei urinare.

### *Anatomia patologică.*

#### *I. Calculii. a) constituția și forma lor.*

1. *Calculii de urati și de acid uric:* sunt cei mai frecvenți (70%); sunt de culoare galbenă, adeseori cu striațiuni brune, de consistență dură și de formă rotundă sau ovalară. Ei iau adeseori forma cavităților în care se găsesc, devenind astfel coraliformi, când ei se încrustează în bazinet și calice.

2. *Calculii de oxalați (15%)* sunt de consistență foarte dură. Suprafața lor este plină cu asperități, ce irită epiteliul cavităților pyelorenale. Culoarea lor este brună sau neagră fiind colorați prin sânge.

3. *Calculii de fosfați* sunt de culoare cenușie, cu suprafața rugoasă și foarte friabili; ei prezintă adeseori ramificațiuni multiple.

4. *Calculii de carbonați* au o culoare albă, sunt granuloși și friabili.

5. *Calculii de cistină* sunt de o consistență moale și au o culoare ciroasă. Și în fine există *calculi mixști*, fără o compoziție chimică bine definită și aceștia sunt cei mai frecvenți.

b) *Numărul lor:* pot fi unici sau multipli; mai frecvent îi găsim unilateral; litiaza renală bilaterală o găsim în 22%.

c) *Volumul lor:* Civiale distinge nisip, gravelă, calculi și pietre. Se citează cazul unui calcul prezentat la Societatea anatomică în 1896 de către *Letulle și Brun* și care cântărea 2 kgr. 08.

d) *Sediul lor*: calculii pot să fie incluși în parenchimalul renal, sau într'un tub urinifer pe care îl dilată; ei pot umple un calice sau să ocupe totalitatea bazinetului. Ei pot în fine să obstrueze colul bazinetului, când dau naștere la fenomene de retențiune. Trebuie să ținem seamă, mai ales, de mobilitatea lor sau de ficsitatea lor; calculii mari și voluminoși sunt aproape totdeauna ficsi, iar calculii mici pot să se deplaseze în timpul mișcărilor bolnavului, venind să obtureze prin intermitență originea ureterului.

II. *Rinichiul calculos*: prezintă leziuni diferite după cum este vorba de o litiază aseptică sau nu.

a) *Litiază aseptică*: în acest caz rinichiul poate să prezinte leziuni foarte discrete și fără să prezinte vre-o alterațiune în aspectul și forma sa; pe secțiune el nu prezintă nimic anormal, afară de calculii încriminați. Singur examenul microscopic pune în evidență oarecari alterațiuni, caracterizate printr'o scleroză interstițială, cu leziuni epiteliale discrete de degenerescență granuloasă. La un grad mai avansat bazinetul și calicele se dilată și împing la periferie parenchimalul renal care astfel se găsește într'un stadiu de atrofie progresivă. După un oarecare timp, mai ales dacă concrețiunile mobile obstruiază intermitent ureterul, dilatația pielică se accentuează și dă naștere la o *uronephroză*, ce de obicei nu ajunge la un volum considerabil. În caz contrariu trebuie să admitem existența unei hidronephroze primitive și a unei litiaze secundare (*Marion*). Mai poate să fie coincidență și cu alte afecțiuni renale ca tuberculoza, tumorile rinichiului sau rinichiul polichistic.

b) *Litiază infectată*: aici leziunile sunt diferite și cu mult mai frecvente. Dacă litiază este primitivă, calculii prin prezența lor întrețin o congestie permanentă, ce constituie un punct de atracție pentru infecțiunile generale. Această infecție renală trece prin 3 faze: faza de congestie, de dilatație și de supurație.

*În faza de congestiune*: la început avem un proces de *pielită* ce este urmat apoi de *pielonefrită* cu distensiunea cavității pielice și participarea rinichiului.

printr'un proces inflamator putând să apară în același timp și mici abcese miliare intra-parenchimatoase. Uneori această fază este înlocuită printr'un stadiu de atrofie fibroasă, când rinichiul la exterior are un aspect normal, dar pe secțiune este transformat într'un bloc fibros, neprezentând decât cavitatea calcului. Procesul de infecțiune și de dilatare progresând apare faza de distrucție — *pyonephroza*; rinichiul crește de volum, cu suprafață și consistență neregulată. El prezintă la interior o serie de cavități cu conținut purulent, cari împing la periferie parenchimul devenit fibros. Aceste cavități adeseori conținând calculi, comunică cu cavitatea pielică. În caz de hydronephroză preexistentă litiazei nu găsim decât o enormă cavitate supurativă, limitată la periferia sa printr'o lamă subțire de parenchim. La examenul histologic, observăm cum acest proces fibros invadează întreg parenchimul, ce este sediul hemoragiilor microscopice; un astfel de țesut este inapt funcțiunii și valoarea rinichiului litiatic infectat este totdeauna minimă, lucru ce are o mare importanță terapeutică.

III. *Basinetul*: prezintă leziuni variabile; la început nici o leziune aparentă; mai târziu se dilată și în același timp pereții săi se îngroașe prin scleroză și transformarea fibroasă a țesutului grăos care-l înconjoară, ajungând astfel la un proces de *peripyelită*. Epiteliul său iritat în mod cronic se modifică, straturile sale se multiplică și celulele superficiale se keratinizează, putând să dea naștere la o veritabilă leucoplazie.

IV. *Ureterul*: în *ureterul pelvian* calculii se găsesc într'o proporție de 51%; în *cel lombar* 22%; în *cel iliac* 7% și *intra-mural* 17%. Ei pot fi mobili, fiși sau inclavați într'un diverticul al peretelui ureteral. De obicei se găsește un singur calcul, cu un diametru de 1 cm. și cu o formă în general alungită. Leziunile pereților ureterali sunt puțin marcate, în caz de calculi neinfecțați.

Iar când există un proces inflamator mai vechiu, găsim un ureter foarte gros cu fibro lipomatoză. Uneori găsim ulcerăriuni la nivelul mucoasei; calculii inclavați

pot să ajungă la o perforație a ureterului. *De asupra calculului* ureterul este dilatat. Peretele se subțiază pe măsură ce distensiunea crește, încât poate să ia aspectul unei anse intestinale. *Dedesubtul calculului* calibrul rămâne adeseori normal, afară de cazurile mult învechite, când canalul poate fi dur și obliterat. Adeseori meatul ureteral este mascat de un edem gelatinos.

V. *Loja perirenală*: în caz de litiază infectată ea participă repede la procesul inflamator; *grăsimea perirenală* se alterează și se produce o perinephrită sclerolipomatoasă, cari provoacă formarea de aderențe solide între rinichiu și organele vecine (diafragm, colon etc.). Procesul infecțios poate da naștere și la un plegmon perinephretic, fie prin ruptura rinichiului în pyonephroze fie adeseori pe cale limfatică sau prin contiguitate.

VI. *Rinichiul opus*: litiaza renală bilaterală o găsim în 22% (*Marion*). Dar chiar dacă rinichiul opus nu prezintă calculi, el este sediul leziunilor de nephrită diatezică. De altă parte acest rinichiu deja bolnav are o tendință mică de a produce o hipertrofie compensatoare (*Albarran*). Aceasta explică gravitatea intervențiilor chirurgicale, la indivizii cu rinichi mediocri.

### *Simptomatologia.*

Trebue să deosebim calculii latenți ce sunt fără istorie clinică, de calculii cari se traduc printr'o simptomatologie destul de caracteristică, prin semne obiective și subiective.

I. *Semnele obiective*: 1. *Emisiunea de calculi* este semnul cel mai evident (fie că bolnavul emite nisip sau calculi).

2. *Hematuria*: poate fi *macroscopică* sau *microscopică* (când hematiile se pun în evidență la centrifugare); caracteristica ei este însă că e totală, ceace trădează originea sa renală. In ceeace privește apariția ei, ea poate să îmbrace 3 caractere: așa poate să însoțească *colica nephretică* (ce este un accident de migrațiune a calculi).



lilor); sau ea poate fi *provocată* prin mișcările și obose-  
lile la cari este supus individul, încetând prin repaus.  
această hematurie provocată este datorită iritației pa-  
renchimului renal prin șocurile imprimate de calculi. Și  
înfine hematuria poate să fie *spontană* fie la începutul  
afecțiunii — *hematuria avertisantă* — a lui *Guyon*, fie  
că ea poate să îmbrace o formă cu totul neregulată, a-  
deseori abundentă perzistând săptămâni și luni de zile  
ne influențată fiind nici prin repaus și nici prin eforturi,  
ba chiar exagerată uneori în decubitus. Această formă  
particulară a hematuriei seamănă mult cu cea *neopla-  
zică* (dând adesea nașetere la erori de diagnostic). Ea  
s'ar explica după unii *printr'o congestie renală* datorită  
nerespectării regimului alimentar, iar după alții *printr'o  
nephrită hematurică*, cu o patogenie cam obscură.

II. *Semnele subiective*: sunt durerile și fenomenele  
*reflexe*.

1. *Durerea*. — Fenomenele dureroase caracteristice  
litiaziei renale trebuiesc privite din punct de vedere a  
*localizării și a condițiilor în care ele apar*.

a) *Localizarea durerii*: *nephralgia* este o durere pro-  
fundă cu sediul în regiunea lombară de desubtul celei  
de a 12-a coastă și înainte într'o zonă corespunzătoare  
a abdomenului. Ea poate să fie surdă sub forma unei  
senzații de greutate la nivelul regiunii lombare și când  
ea adeseori corespunde unui calcul mare coraliform imo-  
bilizat. Dar adeseori se prezintă ca o durere violentă în-  
soțindu-se de o contractură a peretelui abdominal de  
partea corespunzătoare și care forțează pe bolnav să  
ia anumite poziții vicioase ce pot chiar să se mențină —  
*ex. scolioza*. Dar mai mult, poate să se prezinte o *neph-  
ralgie încrucișată* în litiaza renală și care poate da loc  
la erori de diagnostic. Această durere subiectivă poate  
fi obiectivată prin palpate, care pune în evidență anu-  
mte puncte elective zise puncte pararenale. Așa avem  
*punctul lui Guyon* sau costo-vertebral, la unirea ultimei  
coaste cu marginea externă a coloanei vertebrale. Apoi  
*punctul costo-muscular*, la încrucișarea marginii exter-  
ne a masei sacro-lombare cu coasta XII-a. Punctul lui

Albarran și Bazy — sau *punctul sub-costal*, situat în (față) dreptul extremității anterioare a celei de a 10 coastă. Prezența firișoarelor nervoase în vecinătatea atmosferei peri-renale explică iradiațiunile acestor dureri renale. Ele pot să fie spre organele genitale externe (n. abdomino-genital și genito-crural) sau spre rădăcina coapsei (n. femoro-cutanat), sau spre ombilic (n. intercostali) sau în fine chiar spre întreg membrul inferior (în domeniul n. sciatic). Dar chiar și aceste dureri iradiate pot să fie obiectivate prin palpare. Așa *Pasteau* descrie un *punct inguinal extern* (ramura genitală a n. genito-crural); un *punct supra intraspinos* — înăuntrul și deasupra spinei iliace ant.-superioară (n. femuro-cutanat) este cel mai constant (fidel) și un *punct supra-iliac lateral* la partea mijlocie a crestei iliace (ultimul n. intercostal).

b) *Condițiile de apariție și de exacerbare a durerii:*

Mișcările sunt acelea care provoacă sau accentuează durerile din litiaza renală așa mersul cu căruța, cu automobilul, sau cu trenul — dureri care prin repaus cedează. —

2. *Fenomenele reflexe:* *Guyon* a semnalat existența unui *reflex reno-renal*: un calcul situat în rinichiul drept poate să se manifesteze prin dureri lombare stângi, cu excluderea oricărei dureri spontane de partea bolnavă. Iar când calculul este suprimat totul reîntră la normal. La fel există și un *reflex reno-vezical* caracterizat prin micțiuni frecvente, fără ca să avem un proces infecțios la nivelul vezicii urinare. Mai puțin frecvente sunt observate: reflexul *reno-rectal* (ce să tradează printr'o defecație dureroasă); apoi *reflexul reno-vezicular* (tradus prin poluțiuni nocturne sau prin hemo-spermie) și în fine *reflexul reno-digestiv* (prin grețuri și vărsături).

Calculii ureterului din jumătatea lui superioară produc aceeași simptomatologie ca și calculii renali; cei însă din jumătatea inferioară se însoțesc de simptome de cistită (pollakiurie mai ales nocturnă), de iradiațiuni spre perineu și în special spre testicule și anus, precum și de tulburări seminale (ejaculațiuni dureroase sau he-

mospermie). Iar calculii intramurali se însoțesc de dureri iradiate în meatul uretral. Iar prin examenul endoscopie ne putem da seamă de existența calculilor ureterali situați mai jos, prin prezența edemului perimeatic sau a prolapsului mucos. Uneori putem să vedem chiar calculul la nivelul meatului ureteral. De existența calculilor ureterali ne mai putem da seamă și prin cateterismul ureteral.

### *Complicațiunile în litiaza reno-ureterală.*

Aceste pot să rezulte din migrarea calculilor, din obstrucția căilor de excreție, dintr'un proces de infecțiune și din hemoragiile profunde.

1. *Accidente de migrațiune* se traduc prin colica nephretică, ce apare brusc după o oboseală sau după o mică hematurie; adeseori se anunță prin fenomene prodromice: dureri vagi și surde cu iradiațiuni. Cauza adevărată a acestei colice renale, rezidă în distensiunea bruscă a basinetului. Durerea este foarte violentă și începe de partea bolnavă la nivelul regiunii lombare superioare, cu iradieri spre testicule, de alungul ureterului. Fața este palidă, acoperită de sudori; pulsul mic și frecvent și când infecția nu este prezentă, temperatura rămâne normală. Fenomenele reflexe sunt adeseori atât de accentuate încât poate să imite o ocluzie intestinală sau o peritonită. Bolnavul din cauza acestei dureri ia poziții forțate. După câteva ore și mai rar după 24 ore, durerile se calmează și apare o poliurie abondentă sau chiar adeseori hematurie. Și acum explorarea manuală poate pune în evidență punctele ureterale dureroase: superior (*Pasteau-Bazi*), mijlociu (*Pasteau*) și inferior (uretero-vezical). La sfârșitul unei astfel de crize renale calculul poate să se evacue în vezcă sau să rămâie inclavat în uréter.

2. *Accidente de obstrucție*: dacă obstrucția ureterului are loc în mod brusc, rinichiul opus fiind perfect sănătos, aceasta nu se traduce prin nici un simptom, deoarece se produce o inhibiție bruscă a secreției urinare de partea acestui rinichiu bolnav. Dacă însă rinichiul

ropus este obstruat și el, sau alterat, sau inhibat pe cale reflexă, atunci apare *anuria calculoasă* — o complicație foarte gravă, dacă nu se intervine la timp. Dacă obstrucția rinichiului bolnav este incompletă sau se face în mod lent, atunci rinichiul respectiv continuând să secrete devine dureros din cauza distensiunii și astfel vedem apărând o hidronefroză mecanică, ce duce la o atrofie scleroasă și progresivă a rinichiului.

3. *Accidente de infecție*: infecțiunea poate să apară la începutul litiazei, fiindu-i uneori chiar o cauză primordială; ea poate să intereseze fie rinichiul, fie atmosfera peri-renală.

a) *Infecția rinichiului*; este de remarcat faptul că o litiază infectată este adeseori mai bine tolerată de bolnav, decât una aseptică. De obicei infecția trece prin stadiul de pyelită, pyelonefrită sau de pyonefroză și se traduce prin febră și frisoane, prin piurie precum și printr'o poliurie importantă (2—3 litri).

b) *Infecția atmosferei peri-renale*: aceasta poate să fie sediul unei perinefrite sclero-lipomatoase ce produce dificultăți la intervenții sau poate să fie sediul unor abcese peri-nephretice ce pot să difuzeze învecinătate.

4. *Accidente hemoragice*: hematuria poate deveni preponderantă și foarte rebelă la tratament, comportându-se în acest caz ca o hematurie canceroasă.

### *Radiologia în litiaza renală și ureterală.*

Radiografia este absolut necesară; ea trebuie să intereseze ansamblul căilor urinare și astfel ea ne permite studiul calculilor, a rinichiului și ureterului calculos. Calculii fosfatici sunt cei mai bine vizibili, pe când cei de acid uric și de cistină nu sunt vizibili decât prin anumite artificii. Vizibilitatea umbrei renale ne permite localizarea mai precisă a calculilor. Iar pentru cazul când rinichiul n'ar fi net vizibil, *Bazy și Moyrand* descriu un cadrilater format înlăuntru de axa vertebrală, anafară de o linie paralelă la o distanță de 5 cm., iar în jos și sus prin 2 linii transversale ce trec prin corpul II și I vertebră lombară și acest cadrilater corespunde bazine-

-tului renal. Imagine de calculi renali și ureterali (ziși falși) poate să ne dea și o tuberculoză renală calcifiată sau ganglioni para-hilarcalcificați, sau calculi biliari sau intestinali; în aceste cazuri diagnosticul se tranșează prin facerea unei radiografii și în profil, precum și prin cateterismul ureteral.

*Examenul endoscopic în litiaza renală:* constă din cistoscopie și cateterismul ureteral, important în depistarea valorii funcționale a rinichilor precum și în examenul radiologic, iar primul, adică *cistoscopia*, ne permite să studiem starea mucoasei vezicale, precum și cea a orificiilor ureterale. Așa la nivelul acestora putem să observăm un edem, roșeață sau echimoze, cari toate traduc începutul de migrațiune a unui calcul; sau putem vedea *rupturi* cari traduc trecerea calculului în vezică recent de tot și în fine o *dilatație a acestor meate ureterale* cu scurgere de puroiu ce constituie un indiciu net al unei pyonefroze.

*Examenul de laborator în litiaza renală:* el are drept scop suprem de a preciza diagnosticul și starea funcțiunii renale. El constă din examenul urinei și din probele cari permit să stabilim valoarea funcțională globală, precum și cea a fiecărui rinichi în parte; toate aceste sunt de o importanță covârșitoare în ceea ce privește aplicarea tratamentului.

### *Formele clinice ale litiazei reno-ureterale:*

Deosebim forme după:

1. *predomența simptomelor* așa avem forme latente, hematurice, dureroase și altele caracterizate printr'o retenție acută de urină.

2. *sediul calculilor:* formă uni- și bilaterală.

3. *vârsta individului:* se pare că la copii, avem mai frecvent o formă medicală a litiazei renale; iar la adult forma chirurgicală (mai frecventă).

4. *asociația cu alte afecțiuni morbide:* așa cu litiaza biliară, cu cancerul renal, cu tuberculoza renală, cu rinichiul polichistic și foarte rar cu ptoza renală.

### *Diagnosticul diferențial.*

Când simptomatologia este complectă, diagnosticul se impune; dacă însă simptomele se prezintă izolate, atunci aceste recer discuția cazului. Astfel când numai durerea este prezentă vom face diagnosticul diferențial cu o serie de afecțiuni morbide: peritonite, apendicite acute, ocluzii intestinale, ulcer gastric perforat, colică hepatică, salpingită, sarcină extrauterină, crize tabetice, lumbago spondilită tuberculoasă etc.

*In caz de hematurie cu:* tuberculoza, cancerul renal și nephrita hematurică.

*In caz de tumoare (în loja renală):* poate fi o nefrită foarte mult dezvoltată, sau o hydronefroză ori o pyonefroză de natură calculoasă sau tuberculoasă; vom face dg. diferențial și cu tumorile renale, precum și cu rinichiul polichistic (ce mai des este bilateral).

*In caz de piurie* vom elimina piuria de origine vezico-prostato-uretrală; vom face dg. diferențial cu tuberculoza renală și cu *pyelonefritele banale* produse prin infecțiuni generale (gripă, febră tifoidă, etc.).

*Pronosticul:* el este totdeauna serios în litiaza renală, dar variază cu forma anatomo-patologică a afecțiunii. *Pronosticul este mai grav* în caz de calculi ficși și aceasta cu atât mai mult cu cât ei sunt mai mari, mai mulți și mai ales dacă este prezentă și infecția; la fel este pronosticul și în caz de litiază renală bilaterală.

Tratamentul poate să amelioreze pronosticul, mai ales dacă calculii sunt pyelici, căci *pyelotomia* este o intervenție ușoară, pe când *nephrolitotomia* este o mult mai gravă, riscând adeseori să compromită valoarea funcțională a rinichiului operat.

### *Tratamentul litiazei reno-ureterală.*

Este de 2 feluri: a) *medical* și b) *chirurgical*.

a) *Tratamentul medical* se adresează diatezei, atât înainte cât și după intervenție; la fel este indicat cu scop preventiv la indivizii artritici, precum și pentru accidentele de migrațiune și desinfecție.

1. *Contra diatezei*: consistă într'un tratament igienico-dietetic, medicamentos și hidromineral; și diferă puțin după varietatea de litiază renală. Astfel în *litiaza mică* vom recomanda unele precauțiuni igienice: exercițiu moderat, fără surmenaj, hidroterapie caldă, fricțiuni uscate sau alcoolizate. *Alimentația* să fie moderată și foarte redusă în ceea ce privește alimentele azotate. Din acest punct de vedere cărnurile albe sunt permise de mai multe ori pe săptămână, însă numai în cantități mici și pregătite la grătar sau fripte. Organele (creier, ficat, etc.), sunt interzise; la fel conzervele și vânatul. Peștele uscat și ouăle sunt permise în cantități moderate; legumele însă sunt permise. Dintre băuturi sunt permise: apa pură sau ușor mineralizată; vinul alb amestecat cu apă și infuziile calde abondentă, căci favorizează diureza. Alcoolul, ceaiul cafeaua sunt interzise. *Ca medicamente dizolvante se dă benzoatul de lithină* în doze de 0,50 gr.—1 gr./zi (în cașete sau pilule) și *piperrazina* în aceleași doze. Ca tratament hidromineral recomandăm: Căciulata, Călimănești și Govora.

b) *In litiaza fosfatică*, cărnurile sunt permise în cantitate mai mare și vom recomanda alimente bogate în calciu cum sunt unele fructe (pere, mere) și laptele. Trebuie să avem și interesul de a modifica urinele prin întrebunțarea de acid fosforic sau de lămâie.

c) *In litiaza oxalică*: nu vom permite din regimul dela litiaza urică, alimentele bogate în acid oxalic cum sunt unele legume (macriș, sparanghel) și unele fructe (fragi, etc.).

2. *Contra accidentelor de migrațiune*: aici este vorba de tratamentul colicei renale, care trebuie să vizeze în acelaș timp atenuarea durerilor și facilitarea migrațiunii calculului în lumenul ureteral. Și pentru această vom recomanda băuturile diuretice, aplicațiunile calde pe partea bolnavă și în special pentru a face să înceteze spasmul ureteral, vom da *Belladonna* în doze de 2—6 ctgr. pe zi, în mod fracționat. *Morfina* nu se recomandă, căci provoacă imobilizarea calculilor; prin anihilarea contracțiunilor expulsive.

3. *Contra infecțiunii* se dă o cură medicamentoasă antiseptică: *urotropina* (în doze de 1 gr. la zi) și *salolul* (în doze de 1,50 gr. la zi timp de 10—15 zile).

b) *Trat. chirurgical*: constă din *pyelotomie*, *nephrotomie*, *nephrectomie* și uneori *nephrostomia*; pe lângă aceste intervenții chirurgicale, mai sunt și altele cari aparțin micii chirurgii urinare așa avem: 1. *Procedeele de distensiune vezicală Pasteau*), ce consistă în umplerea vezicii urinare cu o soluție slab antiseptică și care provocând contracțiunile vezicii, favorizează expulzarea calculilor (mai mici) pe calea naturală. 2. *Cateterismul ureteral* ce joacă un rol mare în tratam. anuriei calculoase, precum și în cei a cavităților pielice infectate, făcându-se spălături cu collargol sau cu  $\text{NO}_3\text{Ag}$  cari prepară intervenția chirurgicală.

Intervențiile chirurgicale propriu zise sunt: 1. *pyelotomia* (preconizată în Franța de *Bazy*, *Delbet* și *Rafin*) consistând în deschiderea basinetului pe fața lui posterioară (singura accesibilă fără pericol) și aceasta după ce în prealabil am abordat rinichiul și am pus în evidență fața post. a basinetului prin degajarea de grăsimea peri-renală. Această deschidere de obicei este verticală și ne permite extracția calculilor pielici, precum și împingerea (mobilizarea) spre vezică cu ajutorul unei sonde a calculilor opriți în lumenul ureteral. Oricum infecția fiind prezentă aproape în toate cazurile, se face un drenaj de câteva zile; *fistule* după *pyelotomie* sunt rare.

*Nephrotomia*: este o inciziune a rinichiului, care permite explorarea lui completă. Aceasta este o operație cu mult mai serioasă, din cauza hemoragiei mari ce poate să rezulte (parenchimul renal fiind abundent vascularizat). Se face o incizie pe marginea convexă a rinichiului, puțin înapoia mijlocului acestui organ evitând în felul acesta secționarea unor vase mai importante și pe urmă facem explorarea parenchimului și la sfârșit și cea a ureterului pentru a ne da seamă despre permeabilitatea sa. Un dren pielic se lasă pe loc. Uneori din cauza aderențelor perinephretice, avem dificultăți mari la această intervenție.



*Nephrectomia*: este o operație radicală care suprimă deodată atât rinichiul cât și calculii; este indicată în caz de infecție gravă și calculi multipli în același rinichi. Și aici o *perinephrită intensă* poate să dea aceleași dificultăți de tehnică.

*Nephrostomia* consistă în deschiderea rinichiului în prealabil fixat la peretele abdominal, este indicată mai ales în cazuri de *anurie calculoasă* ce vine să amenințe viața bolnavului.

2. *Contra indicațiunile operatorii*: nu vom face operație la indivizii prea bătrâni, sau prea grași; la fel nu vom face nici în caz de litiază fie uni-sau bilaterală, când probele funcționale pledează pentru o deficiență marcată a rinichilor; când o albuminurie intensă traduce prezența unei *nephrite grave* sau o *degenerescență amiloidă* la calculoșii infectați.

Trebue să ținem seamă de următoarea conduită în selecționarea cazurilor pentru dif. procedee operatorii, așa:

1. *In litiaza unilaterală și neinfectată* de obicei se face *pyelotomia*, mai rar *nephrotomia* și excepțional de rar *nephrectomia*.

2. *In litiaza unilaterală infectată*: și aici se face de obicei *pyelotomia*; pe urmă *nefrectomia*, când starea individului și a rinichiului opus permite acest lucru; iar în caz contrar, în aceste *pyonefroze calculoase* se recomandă mai mult *nephrostomia*.

3. *In litiaza bilaterală*: aici contraindicațiunile sunt frecvente așa când avem o azotemie ce persistă în jurul cifrei de 1,50 sau o const. ureo-secretorie superioară la 0,150, căci denotă un deficit funcțional avansat.

Dacă însă acest deficit funcțional este mai puțin însemnat, se poate interveni, astfel:

a) *In caz de calculi ureterali bilateral*; în acest caz *anuria* amenință viața bolnavului și de aceea vom interveni rapid prin *ureterotomie* mai întâiu asupra rinichiului mai puțin atins și după 4—6 zile și asupra celui opus. Dacă însă infecția este gravă, atunci operația de urgență este *nephrostomia*.

b) *In caz de calcul ureteral de o parte și renal de partea opusă:* în primul timp vom face *ureterotomia*, iar în al II-lea timp (dacă rinichiul nu este infectat) *pyelotomia*; dacă însă este infectat (congenerul său fiind bun) facem *nephrectomie*; în caz contrar ne limităm la *nephrotomie* sau la *nephrostomie*.

c) *In caz de calculi pielici bilaterali:* intervenim prin *pyelotomie* asupra rinichiului mai puțin atins, iar în caz că infecția este intensă vom recurge la o *nephrectomie unilaterală*, ce agravează de obicei pronosticul.

d) *In caz de calculi pielici, deoparte și renal de altă parte:* vom face mai întâi o *pyelotomie* și apoi o *nephrectomie* (dacă congenerul este bun) altfel facem o *nephrotomie* sau o *nephrostomie*.

e) *In caz de calculi la ambii rinichi:* acest caz este cel mai complex și mai delicat, deoarece rezultatele post-operatorii mai îndepărtate sunt mediocre și cele imediate sunt f. grave — căci mortalitatea post-operatorie se aproprie de 50%. De obicei se intervine (Legueu) mai întâi asupra rinichiului mai puțin atins (pentru a opri progresiunea procesului de scleroză) și operațiile curente sunt: *nephrotomie* sau *nephrostomie*, rezervându-se în mod excepțional *nephrectomia* pentru cazurile când *riichiul pyonefrotic* devine o cauză de intoxicațiune profundă a organismului.

In caz de *perinephrită supurată*, ce adeseori este o descoperire a unei *nephro-litotomii*, se recomandă după cazuri, fie o *nephrectomie*, fie o incizie largă cu drenaj. In caz de *anurie calculoasă* ce este o complicație f. gravă se poate încerca la început prin *băi*, *revulsie lombară* diuretice, purgație intestinală, inject. de ser glucozat (Jeanbrau) precum și *cateterismul ureteral dublu*, fără însă a aștepta mult timp, deoarece sunt de obicei procedee insuficiente și atunci recurgem la o intervenție de urgență care este *nephrostomia* sau mai bine *pyelostomia* pe rinichiul mai recent *blocat* sub anestezie genrală cu *prototoxid de azot* (Papin).

## Clinica boalelor căilor urinare

Director: Prof. Dr. EMIL ȚEPOSU

### TABLOUL

cazurilor operate în clinică de litiază reno-ureterală începând cu anii 1920—1936 (I. Martie).

No. curent	Numele și ocupația	Sexul	Vârsta	Data		Diagnosticul	Tratamentul	Rezultatul
				intrării	esirii			
1	Vasile R. muncitor	b.	16	26/VI. 1920	16/XII. 1920	Calcul renal drept cu pyelită fosfați	Nefrotomie	Vindecăt
2	Veronlea S. casnică	f.	44	9/VIII. 1922	10/X. 1922	Calcul bazinetal stâng. — urați	Nefrolitotomie stg.	"
3	Romul B. comerciant	b.	34	18/II. 1924	24/IV. 1924	Calcul bazinetal stâng. — urați	Pyelotomie post.	"
4	Vasile C. notar județean	b.	35	19/II. 1924	5/V. 1924	Calcul bazinetal drept cu pyelită fosfați și carbonați	Pyelotomie post.	"
5	Vasile C. elev	b.	15	4/VI. 1924	13/VII. 1924	Calcul renal stâng carbonați și fosfați	Pyelotomie stg.	"
6	Nicolae M. econom	b.	27	29/VIII. 1924	28/X. 1924	Calcul renal stâng oxalați	Nefrolitotomie stg.	"
7	Apostol P. fotograf	b.	28	3/X. 1924	23/XII. 1924	Calcul renal drept (urați)	Pyelotomie post.	"
8	Carol H. desenător	b.	43	12/XII. 1924	24/I. 1925	Calcul ureteral drept sup. (fosfați)	Pyeloureterotomie ant. inf	"
9	Ioan F. student	b.	19	20/II. 1925	26/IV. 1925	Calcul renal stâng (oxalați)	Pyelotomie stg.	"

10	Ștefan S. econom	b.	36	27/V. 1925	11/VII. 1925	calcul renal dr. (oxalați)	pyelotomie post cu su- tura bazin	vindecat
11	Alecs S. econom	b.	24	2/VII. 1925	31/VII. 1925	calcul renal dr. fosfați și carbonați	pyelotomie post.	"
12	Nagy A. casnică	f.	36	17/XII. 1925	16/I. 1926	calcul renal dr. (oxalați și urați)	pyelotomie post.	"
13	Ștefan S. picher C. F. R.	b.	24	27/I. 1926	26/II. 1926	calcul bazinetal stg. — urați	pyelotomie ant. sutură	"
14	Victor S. pietrar	b.	24	23/II. 1926	21/IV. 1926	calcul renal stg. (oxalați și urați)	pyelotomie stg.	"
15	Ioan T. luerător	b.	45	4/V. 1926	3/VIII. 1926	pyonefroză stg. calcul fosfați și carbonați	nefrostomie	"
16	Matilda K. funcționară	f.	25	16/XI. 1926	30/XII. 1926	calculoză renală dreaptă — urați	pyelotomie post.	"
17	Simion P. polițai	b.	39	15/X. 1926	29/II. 1927	calcul renal stg. — urați	Nefrectomie stângă	"
18	Petru P. Comisar de poliț	b.	37	3/V. 1927	8/VI. 1927	calcul renal stg. urați	pyelotomie ant.	"
19	Teodor O. casnică	f.	43	3/III. 1927	5/V. 1927	pyonefroză calc. drt. urați	Nefrectomie dr.	"
20	Ioan B. muncitor	b.	43	24/V. 1927	21/VI. 1927	calculi ureterali dr. iliaci (doi) fosfați și carbonați	ureterotomie dr. - sutură	"
21	Matei P. econom.	b.	25	1/VI. 1927	12/XIII. 1927	calcul ureteral dr. urați	ureterostomie dreaptă sutură	"
22	Ion S. elev	b.	12	9/IX. 1927	15/X. 1927	calcul renal stg. oxalați	pyelotomie ant. drenaj	"

No, curent	Numele și ocupația	Sexul	Vârsta	Data		Diagnosticul	Tratamentul	Rezultatul
				intrării	eșirii			
23	Vasile H. plugar	b.	46	3/X 1927	2/XI. 1927	calcul renal stg. urați	pyelotomie ant.	vindecat
24	Ioan D. plugar	b.	19	31/X. 1927	5/XII. 1927	calcul renal stg. oxalați	pyelotomie ant.	„
25	Rozalia F. casnică	f.	25	5/XI. 1927	20/XII. 1927	calc. renală bilat. pioniroză dr. carbonați și fosfați	pyelotomie post. dr. drenaj larg	„
26	Maria S. casnică	f.	22	22/XI. 1927	5/I. 1928	pyonefroză stg. calc. renal dr. oxalați	pyelotomie post. drenaj	„
27	Gh. H. plugar	b.	40	6/III. 1928	2/II. 1929	calculoză renală bilaterală — urați	pyelotomie ant stg.	„
28	Eugenia F. soț de ofițer	f.	26	19/II. 1928	5/VII. 1928	calcul renal dr. carboati și fosfați	pyelotomie post drenaj	„
29	Olimpiu G. funcționar	b.	33	30/III. 1927	17/VI. 1928	calc. renal stg. carbonați și fosfați	pyelotomie post. drenaj	„
30	S. P. prof. universitar	b.	51	7/V. 1928	5/VII. 1928	calcul ureteral stg. urați și oxalați	ureterotomie stg. sutura	„
31	Gh. T. student	b.	22	8/VI. 1928	1/VII. 1928	calculoză renală stg. — oxalați	pyelotomie post. drenaj	„
32	Serastica V. casnică	f.	38	7/VI. 1928	7/VII. 1928	calcul renal dr. — urați	pyelotomie post.	„
33	Bojen M. plugar	b.	38	22/VII. 1928	17/IX. 1928	calcul renal drept urați și carbonați	pyelotomie post.	„

34	Dumitru D. învățător	b. 47	23/XI. 1928	3/I. 1929	calcul renal dr. mixt	nefrostomie dr.	vindecat
35	Eug. R. studentă	f. 18	15/XII. 1928	22/I. 1929	Baciloză renală dr. cu calculi carbonați și fosfați	nefrectomie dr. drenaj	"
36	Ioan K. muncitor	b. 62	30/V. 1928	29/X. 1928	calcul renal stg. carbonați și fosfați	pyelotomie stg.	"
37	Ilie M. funcționar	b. 33	5/IX. 1929	31/X. 1929	calcul renal stg. urați	pyelotomie post.	"
38	Vasile S. conduct. C.F.R.	b. 41	10/IX. 1929	21/X. 1929	calc. ureteral dr. oxalați	ureterolitotomie sutură	"
39	Ileana Sz. croitoreasă	f. 19	9/I. 1930	15/II. 1930	calculoza renală dr.	nefrectomie dr.	"
40	Ioan E. copil-plugar	b. 10	9/X. 1929	4/XI. 1929	Hidronefroza calc. stg. fosfați și carbonați	pyelotomie post.	"
41	Vasile M. econom	b. 43	15/XI. 1929	14/XII. 1929	calcul renal stg. urați	pyelotomie post.	"
42	Gh. E. muncitor	b. 42	9/II. 1930	12/III. 1930	abces perirenal cu perforație de calc. bazinetal — urați	extracția prin orif. de perforație drenaj	"
43	Mihailu P. foclist C.F.R.	b. 43	11/III. 1930	7/IV. 1930	calculoza renală stg. — urați	nefrectomie stg.	"
44	I. B. econom.	b. 35	8/XI. 1930	6/XII. 1930	calcul renal dr. oxalați	pyelotomie post. drenaj	"
45	A. H. negustor	b. 46	9/X. 1930	14/XII. 1930	calcul ureteral dr. sup. (fosf. și carb).	ureterotomie lomb. drenaj	"
46	Iacob P. tâmplar	b. 20	3/X. 1930	20/XI. 1930	calculi renali stg. urați.	nefrotomie stg. drenaj	"

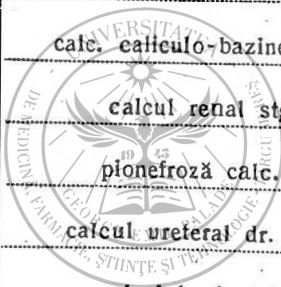
No. curent	Numele și ocupația	Sexul	Vârsta	Data		Diagnosticul	Tratamentul	Rezultatul
				intrării	esirii			
47	Ioan V. polițist	b.	35	12/X 1930	10/XI 1930	calcul ureteral dr. urați	uteterolitotomie, sutură	vindecat
48	Ioan I. econom	b.	26	18/XI 1930	30/XII 1930	calcul renal stg. oxalați	Pyelotomie stg.	"
49	Silvestru P. econom.	b.	34	15/XI 1930	23/I 1931	calcul ureteral stg. juxtă-vezical-oxalați	uteterolitotomie stg. sutură	"
50	A. T. mecanic	b.	33	14/IV 1931	30/IV 1931	calcul ureteral stg. juxtă-vezical-urați	uteterolitotomie stg. fără sutură	"
51	Andraș S. casnică	f.	36	19/VI 1931	2/VII 1931	Pyonefroză calc. dr. urați	nefrectomie dr. drenaj	"
52	Kizeviewicki B. funcț. P.T.T.	b.	37	16/VI 1931	19/VII 1931	Calcul ureteral stg. oxalați	uteterolitotomie stg. sutură	"
53	Rozalia S. funcționară	f.	18	29/XI 1930	17/I 1931	calcul ureteral stg. juxtă vezical carbonați și fosfați	ureterotomie pelviană drenaj	"
54	Părvu S. student	b.	22	7/II 1931	8/III 1931	Calcul ureteral dr. juxtă-vezical-urați	uteterolitotomie pelviană drenaj	"
55	Alex. A. funcționar	b.	36	8/II 1931	26/III 1931	Pyonefroză calculoasă dr. carbonați și fosfați	nefrectomie dr. denaj	"
56	Ion G. minier	b.	26	21/II 1931	23/III 1931	calculi renali dr. urați	nefrectomie dr. drenaj	"
57	Ludovic F. funcț. postal	b.	36	23/II 1931	8/V 1931	calcul ureteral stg. juxtă vezical oxalați	ureterotomie pelviană, drenaj	"

58	Mânzat V. meseriaş	b.	18	4/V 1931	13/VI 1931	Pionefroză dr. calculoasă	nefrectomie dr.	vindecat
59	Alecs. B. profesor	b.	26	12/V 1931	1/VI 1931	calcul ureteral dr. uraşi	ureterotomie dr. drenaj	"
60	Alecs. P conducător C.F.R	b.	44	13/V 1931	25/VI 1931	calc. ureterală bilaterală-uraşi	ureterotomie bilaterală drenaj	"
61	Maria S. studentă	f.	22	11/VI 1931	24/VII 1931	calcul bazineţal dr. — uraşi	pielotomie dr. drenaj	"
62	Gh. T. funcţ. C. F. R.	b.	48	14/VI 1931	18/VII 1931	hidronefroza calc. dr. — uraşi	nefrectomie dr. drenaj	"
63	Letiţia M. casnică	f.	43	29/VI 1931	2/VIII 1931	calc. ureteral stg. lomb. cu hidronefroză ozalaşi	ureterotomie lomb. sătură	"
64	Iolanda K. soţie de adv.	f.	31	1/VII 1931	27/VII 1931	calculi bazineţali dr. — uraşi	pielotomie put. drenaj	"
65	Veturia G. soţie de notar	f.	48	17/X 1930	22/XI 1930	calcul bazineţal dr. — oxalat	nefrectomie dr. drenaj	"
66	Şipoş E. casnică	f.	40	12/XII 1931	5/II 1932	pionefroză calc. stg. bacilară carb. şi fosfaţi	nefrectomie stg. drenaj	"
67	Clara P. muncitoare	f.	28	3/IV 1931	2/V 1931	pionefroza stg. calc. uraşi	nefrectomie stg. drenaj	"
68	Maria L. casnică	f.	29	3/XI 1931	29/XI 1931	pionefroza calc. dr. uraşi	nefrectomie dr.	"
69	Tereza S. funcţionară	f.	32	13/II 1932	26/V 1932	pionefroza calc. dr. — carbonaţi şi fosfaţi	nefrectomie dr.	"
70	Alb. B. strungat C.F.R.	b.	27	10/III 1982	14/IV 1932	pionefroza calc. dr. — fosfaţi şi carbonaţi	pielotomie post drenaj	"



No. curent	Numele și ocupația	Sexul	Vârsta	Dată		Diagnosticul	Tratamentul	Rezultatul
				întrării	esirli			
71	Maria T. casnică	f.	24	2/IV 1932	7/VI 1932	pionefroza calc. dr. urați	nefrectomie dr.	vindecat
72	Maria T. soție de director	f.	29	16/V 1932	26/VI 1932	calcul bazinetal dr. — carb. și fosfați	pielotomie post. drenaj	"
73	Petru C. plugar	b.	18	18/V 1932	5/IX 1932	hidronefroza stg. calculoasă — fosfați și carbonați	nefrectomie stg. drenaj	"
74	Zeno B. elev	b.	6	5/XII 1932	1/II 1933	calculoza renală stg. — carbonați și fosfați	nefrectomie stg. drenaj	"
75	Margareta A. soție de malor	f.	30	23/IX 1932	15/XI 1932	calcul bazinetal dr. — urați	pielotomie post sutură	"
76	Silvia B. soție de notar	f.	34	31/I 1033	24/II 1933	calcul bazinetal dr. — urați	pielotomie post. drenaj	"
77	Petru P. tipograf	b.	18	10/XII 1932	10/I 1933	calcul ureterală sup. stg. multiplă fosfați și carbonați	nefrectomie stg. drenaj	"
78	R. Elisabeta funcționară	f.	25	22/I 1933	19/II 1933	calcul bazinetal dr. cu ptoză renală — urați	pielotomie post. drenaj	"
79	Iolanda Sz. casnică	f.	30	14/IV 1933	8/VI 1933	pionefroză calc. dreapta urați	nefrectomie dr	"
80	D. Emilian pedel	b.	31	11/V 1933	9/VI 1933	calcul bazinetal dr. — oxalați	nefrectomie stg.	"
81	Dr. Pavel M. avocat	b.	30	29/V 1933	24/VI 1933	calc. renală stg. fosfați și carbonați	nefrectomie stg.	"

82	Veturia G. soție de notar	f.	50	6/VI 1933	16/VI 1933	pionefroză calc. perinichiu solitar anurie de 4 zile	pielotomie stg. post. drenaj	sucombat în uremie
83	Rozalia M. casnică	f.	30	1/VIII 1933	28/VIII 1933	calcul renal stg.	pielotomie stg.	vindecat
84	Ioan C. inginer C. F. R.	b.	29	20/X 1933	24/XI 1933	pionefroză calc. dr. — fosfați	nefrectomie dr. drenaj	"
85	Johana I. casnică	f.	40	16/XII 1933	24/II 1934	pionefroză calc. bacilară dr.	nefrectomie dr. drenaj	"
86	M. F. frânar C. F. R.	b.	35	12/II 1934	26/V 1924	calc. calciculo-bazinetal stg.	pielotomie prelungită post.	"
87	Turcu A. electr. C. F. R.	b.	26	17/III 1934	18/V 1934	calcul renal stg.	pielotomie post. drenaj	"
88	Irina G. casnică	f.	32	14/V 1934	13/VII 1934	pionefroză calc. dr.	nefrostomie drenaj	"
89	Z. Trifan măcelar	b.	39	30/V 1934	28/VI 1934	calcul ureteral dr. sup.	ureterotomie lombară	"
90	E. T. casnică	f.	56	18/VI 1934	17/VII 1934	calcul bazinetal dr.	pielotomie dr. drenaj	"
91	Simion I. plugar	b.	48	27/VII 1934	10/IX 1934	calculoză renală stg.	nefrectomie stg. drenaj	"
92	Ioan V. plugar	b.	41	7/IX 1934	3/X 1934	calc. loză renală dr. cu hidronefroză	nefrectomie drenaj	"
93	Rozalia B. blănăreasă	f.	26	14/VI 1934	24/XI 1934	calculoză renală dr. cu hidronefroză	lombotomie	"
94	Zoița N. ceferistă	f.	10	21/IX 1934	13/XI 1934	calculoză renală stg.	nefrectomie drenaj	"



No. curent	Numele și ocupația	Sexul	Varsta	Data		Diagnosticul	Tratamentul	Rezultatul
				întrării	eșirii			
95	Șarlota P. casnică	f.	28	23/X 1934	15/XII 1934	calculoză bazinetal stg.	pielotomie post.	vidneecat
96	Emeric H. fierar C. F. R.	b.	38	12/XI 1934	8/XII 1934	calcul renal dr.	pielotomie post,	"
97	I. M. funcț	b.	40	22/XI 1934	30/XII 1934	calcul renal dr.	pielotomie post	"
98	Andrei B. funcț.	b.	39	10/XII 1934	26/I 1935	calc. ureteral sup. dr. (oxalați și urați)	ureterolitotomie	"
99	Valeria T. casnică	f.	30	3/I 1935	23/II 1935	pionefroză calc. dr.	nefrectomie drenaj	"
100	Ecat. S. casnică	f.	34	4/I 1935	1/II 1935	calcul renal stg.	pielotomie post.	"
101	Ioan R. ceferist	b.	33	12/I 1935	9/II 1935	calcul renal dr.	pielotomie post. drenaj	"
102	Traian A. profesor	b.	31	5/II 1935	1/VII 1935	calcul renal stg.	pielotomie post.	"
103	Veturia C. învățătoare	f.	37	26/II 1935	2/IV 1935	calcul renal stg. — urați	pielotomie post drenaj	"
104	R. R. elevă	f.	13	19/II 1935	1/IV 1935	calc. ureteral inf. dr.	ureterolitotomie inf.	"
105	Iosif Ș. mecanic	b.	48	27/II 1935	24/IV 1935	calcul renal stg.	nefrotomie	"

106	Vasile B. ziler	b.	40	16/III 1935	23/IV 1935	pielonefrită dr. calc.	nefrectomie drenaj	"
107	Roz. V. casnică	f.	20	1/V 1935	24/VI 1935	calc. ureteral stg. juxta vez. recidivat	ureterolitotomie inf.	"
108	Stela S. studentă	f.	29	14/VI 1935	16/VII 1935	nisip renal (cu falsă imagine de calc. renal stg.)	lombotomie exploratoare	"
109	V. H. casnică	f.	24	7/VIII 1935	29/IX 1935	calcul bazinetal drept	pielotomie ant. drenaj	"
110	Rafila K. casnică	f.	55	20/VIII 1935	27/IX 1935	calcul renal stg. cu perforația parechim.	extirpare prip orif. de perforație	"
111	Dumitru B. plugar	b.	28	28/VIII 1935	1/X 1935	calc. renal stg. (pneumonie dr.)	pielotomie stg drenaj	"
112	Irina B. casnică	f.	27	10/IX 1935	29/X 1935	calculoasă renală dr.	pielotomie post. drenaj	"
113	Rafila B. casnică	f.	55	12/IX 1935	14/XII 1935	pionefroză calc. stg. și bacilară	nefrectomie stg. drenaj	"
114	Ioan M. plugar	b.	35	18/IX 1935	14/XI 1935	pionefroză calc. stg.	nefrectomie stg.	"
115	Berta L. copilă	f.	10	27/IX 1935	20/XI 1935	calcul renal stg.	pielotomie post.	"
116	P. A. funcț.	b.	28	10/X 1935	8/XII 1935	calculoasă renală dr. bacilară	nefrectomie drenaj	"
117	Marta C. casnică	f.	31	29/X 1935	13/XII 1935	calcul ureteral stg. sup.	ureterotomie drenaj	"
118	Iosif F. cantonier C.F.R.	b.	49	5/XI 1935	29/XII 1935	cisto-pielita stg. calculoasă	nefrectomie dr.	"

No. curent	Numele și ocupația	Sexul	Vârsta	Data		Diagnosticul	Tratamentul	Rezultatul
				intrării	eșirii			
119	Dominic S. fierar	b.	43	1/XII 1935	2/II 1936	pionefroză calc. stg.	Lombotomie	sueombat
120	Maria C. casnică	f.	27	10/XII 1935	25/I 1936	calcul ureteral stg. sup. cu hidronefroză	Ureterotomie — drenaj	vi decet
121	Ștefan C. plugar	b.	28	16/XII 1935	11/II 1936	pielonefrită calculoasă stângă	pielotomie post	"
122	Iosif D. funcționar C. F. R.	b.	40	13/I 1936		pielonefroză calculoasă dr.	nefrectomie dr. drenaj	mersul post-oper. normal
123	Victor M. picher	b.	45	28/XII 1935	14/II 1936	pi nefroză calculoasă stg.	nefrectomie drenaj	sucombat
124	Paraschiva U. casnică	f.	28	27/I 1936		pionefroză cu calc. ureteral stg. sup.	ureterolitotomie sup.	mersul post-oper. normal
125	Aurel S. funcționar	b.	37	18/II 1936		calcul ureteral pelvian stg.	ureterolitotomie drenaj	"
126	Valeria R. soție de preot	f.	26	1/III 1936		calcul renal stg.	pielolitotomie post. drenaj	"

Tabloul expus mai sus, conține toate cazurile cu litiază reno-ureterală, cari au fost operate în serviciul Clinicii Chirurgicale a Dlui Prof. Dr. I. Iacoboviciu și apoi în cel al Clinicii Urologice de sub conducerea Dlui Prof. Dr. E. Teposu, începând cu anul 1920, până în anul 1936 (luna Martie 7).

Din totalitatea acestor cazuri, cele mai frecvente au survenit la sexul masculin (în tabloul de mai sus avem: 77 bărbați și 49 femei); deci acelaș rezultat pe care-l observăm și în alte statistici exemplu cea a lui *Grossmann, Von Langen* etc. și nu după cum admite *Suter*, că proporția ar fi aceeaș pentru cele două sexe.

Dacă privim cazurile înșirate mai sus din punct de vedere al vârstei ajungem la următoarea proporție:

dela	0—15 ani	avem	7 cazuri
"	15—25 "	"	24 "
"	25—50 "	"	90 "
și peste	50 ani	"	5 "

Aci ajungem la acelaș rezultat ca și *Suter* și anume că frecvența mai mare a litiazei reno-ureterale o găsim între 25 și 50 ani. Iar din punct de vedere a stării sociale din numărul total de 126 cazuri găsim 71 (plugari sau muncitori) și restul de 55 cazuri (intelectuali). Litiază reno-ureterală bilaterală am găsit în 2 cazuri. Din punct de vedere anatomo-patologic, am găsit ca fiind cei mai frecvenți calculii de urați și pe urmă de oxalați fosfați și carbonați.

Din totalitatea cazurilor de mai sus, am găsit un număr de 46 cazuri cu litiază reno-ureterală infectată. Iar în cece privește asociațiunile acestei afecțiuni renale, cele mai frecvente le-am găsit cu tuberculoza (5 cazuri) apoi cu hidrofroza (4 cazuri) și înșfârșit cu rinichiul polichistic (un singur caz).

Simptomatologia clinică a acestor cazuri (după cum reese din foile lor de observație), nu era totdeauna cea tipică (cu semne subiective și obiective evidente) și atunci pentru precizarea diagnosticului, interveneau celelalte mijloace de examinare, ce se întrebuintează în mod

curent în clinica urologică și anume: examinările endoscopice: *cistoscopia* (simplă și cromocistoscopia) precum și cateterismul ureteral; probele de laborator: 1. analiza chimică a urinei și precipitatelor sale; 2. examenul citologic al urinei, precum și cel bacteriologic. 3. Determinarea azotomiei și a constantei Ambard; 4. probe pentru determinarea valorii funcționale a rinichilor și 5. examenul radiologic (urografia și pielografia) ce este de o importanță covârșitoare pentru confirmarea diagnosticului de litiază reno-ureterală. Nu este mai puțin adevărat că nici acest examen radiologic nu este absolut infailibil în toate cazurile și când poate să ne ducă la erori de diagnostic; așa cazul din tabloul de mai sus, de sub No. 108 la care, la examenul radiologic avem imagine de calcul renal stâng pe când la intervenția exploratoare (ce constituie proba cea mai decisivă în precizarea diagnosticului), s'a constatat a fi o falsă imagine de calcul. Aceste false imagini de calcul pot fi date de calculi sau corpi străini ai intestinului; de calculi biliari, de ganglioni calcificați etc.

Totuși putem spune că prin asocierea mijloacelor de explorare ale rinichilor (mai sus expuse — în caz de simptomatologie atipică sau incompletă), ajungem la punerea unui diagnostic destul de precis și care să ne permită să facem diagnosticul diferențial cu o serie de afecțiuni abdominale, cu cari litiaza reno-ureterală s'ar putea confunda.

Tratamentul întrebuintat în mod obișnuit în serviciul clinice urologice din Cluj, în afară de cel medical (conservator) pre și postoperator, este cel chirurgical: *pielotomia* (55 cazuri); *nephrotomia* (5 cazuri); *nephrostomia* (4 cazuri); *nefrectomia* (33 cazuri) și *ureterolitotomia* (25 cazuri).

După cum reese de altfel și din tabloul de mai sus, rezultatele sunt admirabile: din 126 cazuri operate, nu mai 4 au sucombat (dintre cari unul în uremie, altul avea miocardită și altul pneumonie). Mai sunt încă 4 cazuri recent operate, a căror mers post-operator evoluiăză normal.

## Concluziuni

1. Litiaza reno-ureterală e o afecțiune frecventă în regiunile noastre și atinge în deosebi vârsta între 25 și 50 ani.

2. În patogenia acestei afecțiuni, cele mai dese cauze sunt: factorul hereditar și în special cel familial — factorul alimentar; tulburări neuro-vegetative precum și factorul infecțios.

3. Sediul calculilor (ce pot fi ficși sau mobili) poate fi parenchimul calicele sau bazinetul renal, iar la nivelul ureterului frecvența cea mai mare o găsim în porțiunea pelviană.

4. Simptomatologia litiazei reno-ureterale adeseori este atipică, putând să imite o serie de afecțiuni intra-abdominale.

5. Trebuie să cercetăm totdeauna *hematuria microscopică* și dacă aceasta nu este prezentă trebuie s'o provocăm.

6. Precocitatea diagnosticului de litiază reno-ureterală, grăbește intervenția salvatoare și previne astfel leziunile grave la nivelul rinichilor.

7. În punerea diagnosticului ne bazăm pe antecedente, pe semnele subiective și obiective; pe examenul endoscopic; pe probele de laborator și înfârșit pe examenul radiologic simplu și în special pe cel cu substanțe de contrast.

8. *Urografia în litiaza reno-ureterală* prezintă o importanță covârșitoare în precizarea diagnosticului, cât și mai ales în ceea ce privește indicațiunile operatorii și prin simplitatea sa, ea este superioară *pielografiei* și *pneumo-pielografiei*.



9. Urografia ne permite să găsim prezența calculului, sediul acestuia, precum și să studiem, starea anatomo-fiziologică a aparatului urinar.

10. Tratamentul litiazei reno-ureterale este de 2 feluri: medical și chirurgical.

11. Tratamentul medical comportă măsuri igienico-dietetice adecvate, medicațiune diuretică și antiseptică și cură hidrominerală.

12. Tratamentul endoscopic poate fi încercat în caz de calculi localizați juxta-vezicali și intra-murali.

13. Tratamentul hidromineral trebuie recomandat în faza de debut al acestei afecțiuni, precum și în faza post-operatorie, când împiedecă recidivele, combătând predispoziția diatezică și restabilind astfel funcțiunea renală.

14. În litiaza reno-ureterală formată, când calculul depășește 8 mm, cât se consideră posibilitatea unei evacuări spontane, tratamentul de ales este cel chirurgical, care pe lângă că ridică calculii prin drenajul rinichiului sau a ureterului (ce f. des sunt infectați), în acelaș timp înlătură staza renală și infecția.

15. Tratamentul chirurgical în litiaza reno-ureterală este eminent conservativ ori de câte ori nu sunt contra indicații ponderoase.

16. Ca metode chirurgicale avem în primul loc : *pielotomia posterioară, inferioară, anterioară* sau *pielotomia prelungită* (spre sinus), urmează apoi *nephrolitotomia*, iar în caz că rinichiul fiind complet compromis, însă congenerul său cu funcțiune bună *nephrectomia*.

17. *Nephrotomia* este mai periculoasă decât *pielotomia*, căci dă naștere mai frecvent la hemoragii, infarcte fistule și recidive.

18. În caz de litiază bilaterală vom începe cu operația rinichiului mai puțin grav lezat.

19. În caz de localizări simultane reno-ureterale, se va începe intervenția, cu ridicarea calculului ureteral ce este mai primejdios, pentru starea anatomică și funcțională a rinichiului respectiv.

20. Ca metodă de tratament pentru calculii ureterali, utilizăm numai calea extra peritoneală.

21. Cum recidivele în litiaza reno-ureterală se pot considera de 10% din cazuri, e absolut necesar un control tardiv des repetat, precum și un tratament igienodietetic medicamentos și hidro-mineral.

Văzută și bună de imprimat.

Președinte:

Prof. Dr. E. ȚEPOSU

Decan:

Prof. Dr. D. MICHAİL



## Bibliografie.

- Albarran*: Le rein des urinaires. Th. Paris, 1884.
- Albarran*: Traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet, t. VII Paris. 1889.
- Arcelin*: Enciclopedia française urologie Tome I.
- Ahumada*: Anuria calculoza en una nefrectomizada, *Semana med.* 1926 No. 32.
- André*: Calculs du rein. *Revue Medicale de l'Est.* 1906.
- André*: Les indications operatoires de la lithiase reno-ureterale bilaterale. *Revue Medicale de l'Est* janvier 1923.
- André*: Soins post-operatoires de la nephrotomie pour calculs du rein. Resultats éloignés des interventions pour lithiase renale 1923.
- Arcelin*: Exploration radiologique des voies urinaires, Paris 1917.
- Allerescu H.*: Lithiase renale bilaterale. *Rev. Rom. de Urol.* 1934, No. 5.
- Bachrach*: *Handb. d. Urol.* Bd. 4, S. 549.
- Ballenger, Edgar and Omar F. Elder*: Ureterali calculi. *Southem med. journ.* No. 4 1926.
- Bruneton*: Indications chirurgicales dans la lithiase renale bilaterale, Th. Paris 1935.
- Cathani*: Des erreures de position des radiographiques dans la calculose urinaire, *Ref. gaz. des hopiteaux* No. 69 1926.
- Constantinescu N. Popescu-Buzeu, Burghel Th. și Tărcoveanu*: Opacități particulare în câmpul radiologic al aparatului urinar. (Falși calculi urinari) *Rev. Română de Urol.* 1935 No. 4.
- Ebstein*: *Natur und Behandl. d. Hainstein* 1884.
- François*: Comment éviter la recidive des calculs renaux. *Presse Medicale* 28 mars 1924.
- Gaillard*: Du traitement des calculs de l'uretere, par les methodes endoscopiques. Thèse Lyon 1924.
- Gayet*: Nephrolithotomie en plusieurs temps dans les cas graves de lithiase renale. *Journal d'Urologie* 1934, t. XXXVII p. 231.
- Gottstein*: *Handb. d'Urol.* Bd. 4, L. 300.
- Herescu*: Pionefroză consecutivă unui calcul ureteral; nefrotomie, uretero-lithotomie. *Soc. de Chirurgie din Buc.* 22—III—1926.
- Prof. Hortolomei și docent M. Popescu-Buzeu*: Calculi și micro-

litiază asociate într'un rinichi rotat. Rev. Rom. de Ur, 1935 No. 2.  
*Henry Bèclère et Bernard Fey*: Du diagnostic radiographique des calculs du rein et de la vésicule biliaire. Archives urologiques de Necker 1923, t. IV, p. 77.

*Prof. I. Iacobovici*: Considerațiuni asupra unui caz de litiază renală bilaterală — Rev. Rom. de Urol. 1935 No. 6.

*Prof. I. Iacobovici și Dr. E. Teposu*: Un caz de anurie calculoasă. Com. Soc. Șt. med, 31 Ian, 1925.

*Prof. I. Iacobovici și E. Teposu*: Azotemia în chirurgie: „Rev. Șt. medic.” 1926.

*Prof. I. Iacobovici și Dr. G. Popoviciu*: Considerations sur la pathogenie et le traitement de l'osteomalacie. Acta medica latina 1928.

*Prof. I. Iacobovici*: Evoluția chirurgiei. Conf. la Soc, Șt. med. Cluj, 6 Noembrie 1931.

*Jeanbreau*: Encyclopedie française d'Urolog. Tome III.

*Jeanbreau*: De l'utilité de l'auto-vaccination préparatoire dans les opérations conservatrices pour lithiase renale et ureterale infectée. Assoc. franç. d'Urologie XXX-e session 1930.

*Kapsammer*: Nierendiagnostik u. Nierenchirurg 1907. Bd. 2.

*G. Klemperer*: Neue Deutsche Klinik.

*G. Klemperer und M. Jacoby*: Ther. d. Gegenw. 1914 S, 101.

*Kleinschmidt*: Die Harnsteine 1911.

*Kümmel*: Handb. d. prakt. chir. Bd, 4, 427.

*Legueu*: Calculs du rein et de l'uretère Th. Paris 1890.

*Legueu, Papin, Maingot*: Exploration radiographique de l'appareil urinaire — Paris 1913.

*Legueu*: Lithiase renale. Encyclopedie française d'Urologie t. II, Paris 1914.

*Lichtenstern (Wien)*: Considerations sur la lithiase urinaire. Rev. Rom. de Urologie 1935 No. 6.

*Lichtwitz*: Handb. d. Physiol. Bd, 4, 665.

*Marion*: Traité d'Urologie 1935.

*Marion*: La pielotomie élargie. Journal d'Urologie t, II, Paris.

*Marion et Abrami*: L'infection dans les calculs du rein. Journal d'Urologie 1931 t, XXXII p. 252.

*Marion*: De l'ablation des calculs renaux sous le control de la radioscopie. Journal d'Urologie 1932, t, XXXIII p. 309.

*Marion, Henri*: Repérage des calculs du rein par la radioscopie Journal d'Urologie 1933 t. XXXVI p. 241.

*Marinescu Gh.*: Anuria calculoasă în rinichiul unic. Rev. Rom. de Urol. 1935 No, 6.

*Marinescu*: Contribuțiuni la studiul calculilor ureterali. Teză — București, 1910.

*Moreau*: Pseudo-calcul de l'uretère pelvien, Bull. et mem. de la Soc. de nadiol. med. de France No. 132—1926.

*Moscu I. și Petrasincu*: Reflexe renale dureroase și funcționale

Rev. Rom. de Urologie 1935 No. 2.

*Mayrand*: Contributions à l'étude de la pyelotomie comme traitement de la lithiase renale Th. Paris 1911.

*Nakano*: Atlas der Harnsteine, Leipzig-Wien 1925.

*Pillet*: De l'action lithogène des staphylocoques. Journal d'Urologie 1927 t. XXIV, p. 1.

*Popescu-Buzeu*: Lithiase hepato-renale, Rev. Rom. de Urol. 1934 No. 5.

*Pousson*: Traitement chirurgical des calculs du rein Journal d'Urologie 1912.

*Rafin et Arcelin*: Calculs du rein et de l'uretère. Paris 1911.

*Sachi*: Journal d'Urologie Medicale et chirurgicale 1925 VIII.

*Suter*: Handb. d. inn. med. Bd, 4, 2 Häfte.

*Tavernier et Reynaud*: Calcul ureteral juxta-vezical Lyon, Med. 1926 No. 25.

*Topa Petre și Petcu*: Calcul ureteral particular. Rev. Rom. de Urologie 1935 No. 2.

*Țeposu și Albu*: Pielografia. Revista Științelor Medicale, Martie 1927.

*Prof. Dr. E. Țeposu*: Proba cu indigocarmină în determinarea valorii funcțiunii renale, Clujul Medical No. 4, 1920.

*Prof. Dr. E. Țeposu și Dr. L. Câmpianu*: Apele minerale și stațiunile balneo-climaterice din Ardeal și principalele stațiuni din Vechiul Regat, Basarabia și Bucovina. Ed. Viața Românească, Buc.

*Prof. Dr. E. Țeposu*: Calcul în bazinele renale stg. Com. Soc. Șt. medic, Decembrie 1922.

*Prof. Dr. E. Țeposu*: Patru cazuri de nefrectomie în baza Constantei Ambard, Com. Soc. șt. med, 28 Aprilie 1923.

*Prof. Dr. E. Țeposu*: Școala franceză și determinarea funcțiunii renale Conf. Soc. stud. med, 9 Februarie 1923.

*Prof. Dr. E. Țeposu*: La nefrectomie sur la constante, Journ. d'Urologie 1—17 No. 3, Paris 1924.

*Prof. Dr. E. Țeposu*: Explorarea funcțiunii renale; azotemia și Constanta Ambard în chirurgia urinară. Monografie Ed. Ardealul 1924 Cluj.

*Prof. Dr. E. Țeposu*: Câteva cazuri de nefrectomie pentru procese distructive ale rinichiului. Com. soc. șt. med, 9 Aprilie 1927.

*Prof. Dr. E. Țeposu*: Noțiuni generale de tratament hidromineral, Rev. Soc. de mâine 1928.

*Prof. Dr. E. Țeposu și Dr. Jianu*: Pielografia intravenoasă. Clujul Medical No. 5, 1930.

*Prof. Dr. E. Țeposu*: Supurațiile perirenale. Raport prezentat la al III-lea Congres naț. de chirurgie, Cluj, 1930.

*Prof. Dr. E. Țeposu și Dr. Al. Pop*: Două cazuri de calculoză ureterală juxta-vezicală, Com. Soc. șt. med. 17 Ianuarie 1931.

*Prof. Dr. E. Țeposu și Dr. I. Danicico*: Litiaza renală la un copil

de 11 ani, nefrectomie, vindecare. Com. Soc. șt. medic. 21 Ian, 1933.

*Prof. Dr. E. Țeposu și Dr. I. Danicico:* Urografia intravenoasă în tuberculoza renală, Rev. șt. med. No. 22, Februarie 1933.

*Prof. Dr. E. Țeposu:* Apa de Căciulata și efectele ei terapeutice. Conf. la „Radio” Buc. Martie 1933.

*Prof. Dr. E. Țeposu și Dr. I. Danicico:* Tuberculoza renală, Considerațiuni generale și statistice în legătură cu 70 cazuri de tuberculoză renală operate în Clinica Chirurgică din Cluj, în ultimii 10 ani, Clujul Medical No. 4—5, 1933.

*Prof. Dr. E. Țeposu și Dr. I. Danicico:* Hidronefroza prin vas anormal, Com. la al IV-lea Congres naț. de chirurgie Buc. 16—18 Iunie 1933.

*Prof. Dr. E. Țeposu:* Formular terapeutic urologic Cluj 1933.

*Prof. Dr. E. Țeposu, Dr. Danicico și Dr. Bruda:* Un caz de calcul ureteral inferior la o fetiță de 12 ani; ureterolitomie inf.; vindecată. Clujul Medical No. 6 1935 p. 334.

*Prof. Dr. E. Țeposu și Dr. P. Bruda:* Pyelotomia prelungită în tratamentul calculilor renali coraliformi, cu prezent. unui caz. Soc. Științelor Medicale, 19 Oct. 1935 și publicată în Clujul Medical 1935.

*Umber:* Ernährungs und Stoffw. Krankh.

*Wildbolz:* Lehrb. d. Chirurg. 1924.

*Zanne D. și Georgescu:* Fiziologia normală și patologică a ureterului — Rev. Rom. de Urologie 1935 No. 1.

