

ABCESUL PERIRENAL

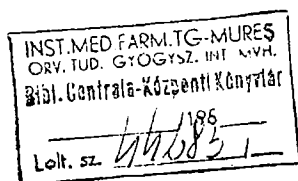
STUDIU CLINIC ȘI STATISTIC



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ
ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE --- IULIE 1937

DE

IONESCU MARIA



23 MAY 2005

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr D. Michail

Profesori:

Clinica stomatologică	Dl. Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Microbiologia	” ” ”	<i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană	” ” ”	<i>Benetato Gr.</i>
Istoria medicinei	” ” ”	<i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	” ” ”	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	” ” ”	<i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană	” ” ”	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologia medicală	” ” ”	<i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	” ” ”	<i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală	” ” ”	<i>Hațiegamu I.</i>
Medicina legală	” ” ”	<i>Kernbach M.</i>
Clinica Oftalmologică	” ” ”	<i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	” ” ”	<i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială	” ” ”	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	” ” ”	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	” ” ”	<i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală	” ” ”	”
Medicina operatorie	” ” ”	<i>Pop A.</i>
Clinica infantilă	” ” ”	”
Balneologia	” ” ”	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica dermato-venerică	” ” ”	<i>Sturza M.</i>
Clinica urologică	” ” ”	<i>Tătaru C.</i>
Chimia biologică	” ” ”	<i>Teposu E.</i>
Clinica psihiatrică	” ” ”	<i>Thomas P.</i>
Anatomia patologică	” ” ”	<i>Urechia C.</i>
Biologia generală	” ” ”	<i>Vasiliu T.</i>
Farmacologia și farmacognozia (Supl.)	” ” ”	<i>Racovița E.</i>
Chimia	Dl. Agr. Dr.	<i>Secăreanu S.</i>
Fizica medicală	Dl. Conf. Dr.	<i>Bărbulescu N.</i>

Juriul de promoție:

Președinte:	Dl. Prof. Dr.	<i>E. Teposu.</i>
Membrii:	” ” ”	<i>I. Hațiegamu.</i>
	” ” ”	<i>V. Papilian.</i>
	” ” ”	<i>M. Kernbach.</i>
” ” ”	” ” ”	<i>G. Benetato.</i>
Supleant:	Dl. Doc. Dr.	<i>Velluda.</i>

PREFAȚA

Subiectul lucrării de față constituie un capitol important în afecțiunea lojei renale. Cercetările clinice și de laborator sunt foarte multe în ce privește studierea acestei boli.

Fără a avea pretenția că aş putea să ofer ceva nou în legătură cu această boală, voi pune la îndemâna oricui o statistică asupra cazurilor tratate în Clinica Urologică din Cluj, de la 1920 până la 1936.

Lucrarea mea va cuprinde două părți: o parte clinică și o parte statistică.

Datele până la 1930 au fost luate cu învoirea D-lui Prof. Dr. Țeposu din comunicarea făcută de D-sa asupra „Supurațiile perirenale la Congresul Național Român, — de Chirurgie — Obstetrică Ginecologie — Urologie — din 1930.

Contribuția mea va cuprinde statistica cazurilor și comentarea lor, de la 1 Ianuarie 1930—31 Decembrie 1936, cât și datele de ansamblu asupra tuturor cazurilor din 1920—1936 — 16 ani de Clinică Urologică.

Aduc mulțumirile mele Domnului Prof. Dr. E. Țeposu, pentru bunăvoința ce mi-a arătat și pentru deosebita cinste pe care mi-o face în calitate de președinte al tezei mele.

ISTORIC

Abcesele perirenale sunt cunoscute de multă vreme (*Hippocrat*), însă o lucrare de sinteză asupra aecstei afecțiuni nu avem decât începând cu anul 1839, când *Rayer* publică lucrarea sa „*Traité des maladies des reins*“ unde face un studiu asupra abceselor perirenale și împărțirea lor.

Autori francezi numesc inflamațiunile capsulei grăsoase a rinichiului; *perinephrite* autori germani împart în două grupe aceste procese inflamatorii în: inflamații pararenale, și inflamații perirenale, dupăcum se localizează, numai la capsula propriuzisă a rinichiului sau cuprinde toată loja renală.

Verneuil are meritul de a fi cel dintâiu care a făcut o legătură între afecțiunile supurative superficiale la distanță de rinichi și abcesele perirenale. Cele dintâi observațiuni au arătat legătura între furunculoză și inflamațiile perirenale.

Albaran, *Tuffier* și *Guinard* deasemenea au descris cazuri cari confirmă aceleaș observații.

CONSIDERAȚIUNI ANATOMICE

Loja renală e constituită din niște formațiuni conjunctive, numite fasciile renale, ce cuprind: rinichiul, pedicul vascular, bazinetul renal, glanda suprarenală și capsula grăsoasă perirenală. Fascia renală la polul superior al rinichiului se dublează în două foițe; o foiță trece pe partea anterioară, învelește pediculul vascular, trece pe dinaintea vaselor mari și se unește cu cea de partea opusă. Foița cealaltă trece pe partea posterioară și constituie foița retroperitoneală, sau fascia lui Zuckerkandl, ce merge de se inseră pe fața anterolaterală a coloanei vertebrale. Lojele renale sunt închise în sus și în afară ele comunică în jos cu fosele iliace. Intre suprafața rinichiului și fascia renală există un spațiu de țesut celulo-grăsos, care lipsește la copii și la indivizii slabi. Intre foița posterioară și mușchi lombari, se găsește un țesut grăsos numit grăsimea paranrenală a lui Gerota. În partea superioară capsula grăsoasă poate comunica prin hiatul costo-lambar, cu pleura de unde explicarea infecțiilor propagate la pleură și pulmon. Irigația capsulei grăsoase se face prin arterele capsulo-adipooze, ce iau naștere din artera supra-renală mijlocie și inferioară și din artera renală. Limfaticile constituie o rețea bogată între capsula adipooză și fibroasă a rinichiului.

Raporturile loje renale se confundă cu cele ale rinichiului. Aceste raporturi sunt deosebite la partea dreaptă și la stânga. La dreapta — fața anterioară a rinichiului vine în raport în sus cu ficatul și capsula suprarenală, în partea mijlocie cu duodenul iar la partea inferioară cu flexura dreaptă a colonului.

Rinichiul de partea stângă vine în raport pe fața anterioară, în sus capsula suprarenală sub ea vine cu couda pancreasului, puțin în sus și în afară raportul cu splina, iar în jos cu colonul descendent.

Fața posterioară e împărțită în două de ligamentul arcuit al diafragmului. În partea superioară vine în raport cu diafragmul și prin intermediul acestuia cu pleura, prin hiatalul costo-diafragmatic.

În partea inferioară cu mușchi patratul lombelor de care e separat prin intermediul fascii renale și capsula grăsoasă. La acest nivel trec nervii următori; nervul intercostal, n. marele abdomino-genital, micul n. abdomino-genital și 2 ramuri din plexul lombar. Din cauza raporturilor cu acești nervi, durerea poate iradia în regiunile înervate de acești nervi.

ETIOLOGIE ȘI PATOGENIE

Abcesele perirenale au o etiologie din cele mai variate, datorită acestei variabilități, autorii au încercat multe clasificări, astfel Rayer le împarte în abcese *primitive* și *secundare*.

Abcesul primitiv sau idiopatic ar fi acela, căruia nu i-se găsește o cauză determinantă locală, ci se găsește consecutiv unei infecțiuni generale.

Se numesc secundare acelea, cari apar ca o complicație în urma unor boli infecțioase.

Un rol deosebit de important în etiologia abcesului îl joacă furunculoză, ce o găsim frecvent la cazurile observate în Clinică.

Alți factori importanți în determinarea procesului inflamator; îl are traumatismele, frigul, — în deosebi la muncitori îl găsim ca factor predispozant.

Rinichiul poate fi punct de plecare: a infecției, pielite pielonefrite, pyonefroze, tuberculoză, litiază renală, infectată.

Leguën, a descris un caz de abces paranefritic post-operator, la un bolnav, care înainte cu 2 ani suferise o nefrectomie stângă, consecutivă unei hidronefroze infectate. Punctul de plecare în acest caz ar fi fost fire neresorbite sau rest de organ.

Infecțiunile organelor abdominale, abcesul ficatului splinei, pancreatitele și apendicita mai ales poate constitui punctul de propagare.

Abcesele prostatei, pericistitele la bărbați și la femei abcesele parametrilor.

Afecțiunile organelor toracice, Künster dă numai două cazuri din 230 observate.

Abcesul perirenal e mai frecvent la bărbați decât la femei, — din 105 cazuri observate în Clinică, 82 sunt bărbați, iar 23 femei. Faptul că afecțiunea e de 3 ori mai frecventă la bărbați, își are explicația în expunerile multiple ce o au față de afecțiunile traumatice răceli, infecții periferice.

De o importanță deosebită o are vârsta bolnavilor, între 31—40 ani am găsit cele mai multe cazuri, boala se prezintă cu o raritate în primii 10 ani și peste vârsta de 60 ani.

Mecanismul producerii abcesului perirenal se poate explica, fie prin limfatice sau contiguitate sau prin spațiile inter-fibroase ale țesutului conjunctiv; microbii pot pătrunde fără a face leziuni vizibile ale țesutului.

ANATOMIA PATOLOGICĂ

Descrierea anatomo-patologică este foarte simplă: este vorba de un proces exudativ, destructiv, autolizant, care se traduce prin prezența unui puroiu de diferite consistențe și colorațiuni, variind cu microorganismul: brun, gălbui, alteori verzui, mirositor, când sunt anaerobi (în cele de origine intestinală), capsua grăsoasă dispărută, rămânând pereții acoperiți cu masse moi pulpoase. În mai multe cazuri s'a putut observa ulcerăriuni superficiale ale abceselor mici, ale substanței corticale renale, erodând capsula fibroasă și comunicând cu cavitatea perirenală. Lichidul purulent poate ocupa întreaga capsulă, conținând câte odată cantități mari peste un litru de lichid. După locul pe care-l ocupă lichidul purulent, se poate vorbi de abcese superioare, inferioare, anterioare și posterioare. Abcesul perirenal anterior a fost studiat de Lejars și a fost atribuit pancreatitelor (Albarran) deși această origine nu totdeauna poate fi dovedită.

SIMTOME CLINICICE ȘI EVOLUȚIE

Abcesele perirenale pot evolua sub trei forme: 1. *forma acută*, cu un debut brusc și fenomene grave de septicemie; 2. *forma subacută*; 3. *formă cronică* cu o evoluție lungă și fenomene clinice reduse.

Durerea e primul simptom ce ne atrage atenția. Ea poate fi violentă, uneori chiar brutală, astfel găsim bolnavi în atitudini forțate.

Ei sunt mobilizați în pat și la cea mai mică mișcare simt durerea ca o străpungere de pumnal sau cuțit.

Durerea poate fi localizată în flancuri, în hipocondru de obicei și localizată în regiunea lombară. Ea poate fi spontană sau continuă, și să se accentueze la strănut, tuse, la cel mai mic efort sau sgușuitură, ca urmare acești bolnavi iau atitudini forțate.

De obicei îi găsim în pat adunați ghem, culcați pe partea sănătoasă, cu coapsele flectate pe abdomen, altitudine în cocoș de pușcă (Hațieganu).

Durerea poate iradia, în flancuri, în fosele iliace, organe genitale, perineu, în umăr.

La palpare durerea se exacerbează, putem printr'o palpare și presiune minuțioasă să depistăm punctul maxim al durerii, care poate fi localizat posterior sau anterior sub marginea costală, regiune ce corespunde centrului supurației. (Hațieganu).

Al doilea simptom important este *febra*, ce însoțește durerea. Ea prezintă caractere din cele mai variate, potrivit virulenței microbilor și formelor anatomo-patologice.

Ea poate avea un caracter continuu sau intermitent. În unele cazuri apare ca o febră paludică sau cu remisiuni înșelătoare de câteva zile, sau chiar săptămâni, și deodată re-

apar ascensiuni febrile cu dureri mari locale și alterarea stării generale, simptome ce ne fac să ne gândim la o infecție în organism.

Frisonul îl găsim în majoritatea cazurilor observate, el e considerat ca semn al învaderii infecției în capsula grăsoasă. (Rehn).

Turburările de ordin renal sunt în disconordanță cu fenomenele alarmante de ordin general.

Urina examinată în majoritatea cazurilor se comportă normal, numai într'un număr redus de cazuri prezintă albumină și puroiu pozitiv.

Intr'un caz am observat o mărire a diurezei, observație făcută și de Traube și Höhum. Negativitatea examenului urinei nu ne fac să excludem o afecțiune prerenală, și deaccia Baum recomandă în toate cazurile examenul bacteriologic al urinei. El a găsit mai întotdeauna flora microbiană identică cu cea din puroi colecției. Boeminghaus recomandă cateterismul bilateral și examinarea separat a urinei.

În clinica se întrebuițează acest mijloc de exploatare cu rezultate foarte bune.

Un caz observat e foarte demonstrativ în ceiace privește importanța cateterismului ureteral lui lateral.

E vorba de o balnavă de 27 ani, ce vine în clinică într'o stare febrilă, pentru eczema cronică supurată a tălpilor piciorului și cu flegman al regiunii dorso-lombare, abces metastatic al peretelui abdominal, în regiunea hipocondrică stângă și pubiana. — Toate leziunile evolua în condiții bune de vindecare. Cu toate acestea starea generală se agrava, s'a instalat dintr'odată frisan, temperatură mare.

Nu a prezentat nici un simptom din partea lojelor renale. Radiografiile au fost negative, la fel urina nimic patologic și nici un simptom din partea lojelor renal.

Procedând la facerea cateterismului, urina colectată din rinichiul drept, prezintă leucocite și floară microbiană bogată. Intervenția a confirmat existența unui abces perirenal, drept la polul superior.

Leucocitoza e mărită în toate cazurile. În cazurile observate în clinică ea variază între 8000—32600.

Intre simptoamele secundare, produse prin compresiune, toxemie, sau pe cale reflexă, observăm turburări digestive, traduse prin greața, vărsături, constipații meteorism, și în unele cazuri diarei septică și sughiț.

LOCALIZĂRI FRECVENTE ȘI SIMPTOME PARTICULARE ÎN RAPORT CU LOCALIZAREA

Abcesul perirenal poate avea localizări diferite în raport cu rinichiul, astfel după *Maas*, avem patru posibilități: retrorenal, prerenal, suprarenal și sub renal, unde Gh. Marinescu adaugă încă două în sinus și pedicolul renal.

1. Localizarea la *polul superior* este cea mai greu de diagnosticată, datorită simptomatologiei variate ce o poate lua în raport cu organele învecinate.

Astfel, prin căile limfatică și hiatul costo-diafragmatic, putem avea reacții din partea pleurei. Partea bolnavă va prezenta excursii foarte reduse a mișcărilor respiratorii, și vom avea accese de tuse, dispnee, cianoză.

La inspecție, în stadiile mai avansate, vom constata o tumefacție edematoasă a spațiilor intercostale, rigiditatea coloanei vertebrale, și semnul lui Goyena — pozitiv.

2. O importanță deosebită are localizarea pe *față anterioară* a rinichiului.

Tabloul simptomatic în aceste cazuri va fi predominant de manifestări peritoneale cu defensă musculară, de fenomene de compresiune asupra duodenului, căilor biliar și colonului.

Astfel vom avea vărsături, rebele, constipație meteorism fenomene de ileus.

În cazuri cu o evoluție cronică, abcesul se confundă cu o tumoră renală și numai o puncție exploratoare ne clarifică diagnosticul.

3. Datorită poziției anatomice a fasciei renale, loja renală comunică în partea inferioară cu fosa iliacă.

Abcesele localizate la *polul inferior* al rinichiului, produc fenomene din partea m. psoos, durere exagerată la mișcările de extensiune și flexiune exagerată. De obicei această localizare la polul inferior îmbracă o simptomatologie apendiculară și se confundă cu abcesele apendiculare retroceale.

Localizarea posterioară sau retrorenală este cea mai frecventă.

Această localizare e mai ușor de diagnosticat decât celelalte forme.

La început nu avem decât o apărare musculară și o sensibilitate profundă, iar la palparea bimanuală senzația unei plostron rezistent.

În perioada treia se poate depista o tumefiere și senzația de fluctuație netă. Într-o perioadă și mai avansată colecția lunecă prin spațiul lui Grünfelt sau o lui J. L. Petit și apare sub tegumente ca o perinefrită de necesitate.

Afară de fenomenele locale cunoscute, putem avea simptome din partea nervilor plexului lombar. Bolnavii acuză dureri cu iradieri în coapse regiunea inghinală sau în testicul și labiile mari.

Profesorul Goia a observat un caz foarte interesant de contractură dureroasă a testiculului opus părții bolnave, fenomene, ce s'au suspendat în urma intervenției chirurgicale.

DIAGNOSTICUL CLINIC

Din cauza variabilității simptomelor clinice, diagnosticul precoce în abcesele perirenale este greu de pus.

Am observat că mai întâi bolnavii solicită tratamentul clinic-ocii medicale și numai în urmă trec în serviciul chirurgiei.

Între mijloacele de investigație clinică avem, *inspecția*, care nu ne poate furniza la început date precise, decât mai târziu cu exacerbarea simptomelor.

Palparea ne furnizează date mai precise, dar trebuie executată cu multă fineță.

În afară de palpare și inspecție, nu trebuie să neglijăm examenul sângelui pentru leucoctoză și hemocultura.

Examenul cystoscopic ne clarifică diagnosticul în cazurile unde celelalte metode sunt insuficiente. Examenul funcțiunii renale, ne va evidenția afecțiunile renale anterioare sau vre-o discretă reducere în urma procesului inflamtor din jur. Nu vom neglija în cazuri de nefrectomi *Azotemia* și *Constanța Ambard*, cât și în toate cazurile grave,

În anumite împrejurări pielografia intravenoasă sau asociată cateterismului ureteral, ne dau indicații prețioase.

În clinica urologică se întrebuițează în mod curent din 1928 examenul *radioscopic*.

Criteriile după care ne conducem în diagnosticul radioscopic sunt următoarele: abcesul apare pe ecran, lângă umbra renală, umbra renală apare cu conturul șters mărit și neregulat. Diafragma mobilă situat sus, scolioza de partea bolnavă.

Un rezultat radiologic negativ nu elimină posibilitatea unei colecții purulente.

Puncția exploratoare ne clarifică diagnosticul în majoritatea cazurilor. Ea trebuie făcută la nivelul punctului maxim al durerii. În clinică puncția s'a făcut în toate cazurile ținute în observație, fără să înregistra vre-un accident.

Având în vedere posibilitatea unei localizări mai profunde a abcesului perirenal și colecția de puroi mică, mai ales în stadiul inițial, putem deuce că o puncție negativă, nu infirmă diagnosticul. Deaceia *o valoare clinică o va avea numai puncția pozitivă.*

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

În evoluția abcesului pararenal trebuie să ținem seama că tola trece prin trei stadii deosebite și că în fiecare din acestea stadii diagnosticul poate fi confundat cu alte afecțiuni, datorită mai ales simptomatologiei variate.

În faza de *debut*, tabloul clinic se poate confunda cu o febră tifoidă, paratifoasă, pneumonie, malrie etc.

Mai frecvent se confundă cu febra tifoidă, însă lipsa rozeolelor leucopenia splenomăgalia serodiagnosticul curba termică neclarifică diagnosticul.

Dintre afecțiunile septice renale amintim: pielița acută, pielonefrita, carbunculu renal. În toate aceste cazuri avem prezentă piuria simptom ce lipsește în abcesul pararenal, sau se găsește excepțional.

În faza de supurație simptomele de ordin septic vor domina tabloul clinic.

În această perioadă tabloul clinic, poate fi ne clar dacă avem în acelaș timp și o afecțiune a organelor toracice; pleu-rezi, pneumonie, abces subfrenic în desvoltarea sau o afecțiune abdominală; ulcer gastric sau duodenal, colicistită, chist hida-tic, ileus sau o apendicită subhepatică blocată. În faza termi-nală, corespunzătoare stării de difuziune a puroiului cea mai deasă greșală se face cu abcesul rece lombar, herniile lombe-re, tumorile ficatului și splinei,

PROGNOSTIC

În abcesul pererenal ca în orice altă colecție purulentă ce poate evolua cu alterarea stării gnerale a bolnavului spre septicemie și cașexie, nu ne putem gândi decât la un prognos-tic serios. Prognosticul e în funcție atât de virulența infec-țiuni, cât și de starea sănătății bolnavului. Un abces perire-nal la un bolnav debilitat, la care infecția durează de mult timp, ne indică un prognostic rezervat.

În caz de abcese consecutive unei leziuni renale, ca liti-a-ză renală, pielonefroză, o deschidere în peritoneu, prognosti-cul poate deveni grav.

În general, indiferent de cauzele care produc abcesul pa-rarenal, prognosticul e în funcție de precocitatea intervenției chirurgicale.

În cazul, când afecțiunea prezintă simptome obiective nete, edem tumefiere fluctuație, diagnosticul se pune fără mare dificultate.

TRATAMENTUL

De îndată ce am stabilit diagnosticul de abces perirenal, intervenția chirurgicală se impune de urgență.

În abcesele perirenal avem un tratament medical și unul chirurgical.

Tratamentul medical se aplică atâta timp cât bolnavul este pus sub observație. La tratamentul medical se întrebuințează vaccinoterapia, cu auto sau stockvaccin dintre medicamente, Neoslavarsanul, Propidon, Prontosil, Lantol. Eficacitatea acestui tratament fiind aproape în toate cazurile nulă, e bine să nu se piardă prea mult timp, și să se treacă cât mai repede la tratamentul chirurgical, singurul eficace.

Tratamentul chirurgical constă din lombotomie dreaptă sau stg., extra peritoneală cu punct de plecare dela coasta XII-a până la creasta iliacă.

În cursul intervenției putem avea după sediul supurației *trei posibilități*. În cazuri de colecții superficiale o simplă incizie e suficientă pentru evacuare.

Dacă avem mai multe pungi cu puroiu, e nevoie de o desohidere și drenare largă. Avem a treia posibilitate, când abcesul e mic și e necesar să-l căutăm în lojă. După incizia aponevrozei transversului, vom căuta focarul de supurație, după următorul plan: degetul explorator trece mai întâi pe fața posterioară, degajează polul superior și spațiul subdiafragmatic, ajunge pe fața anterioară examinând cu prudență pedicolul și sinusul, după care se evidențiază polul inferior și spațiul retroperitoneal.

În cazurile când explorarea a rămas negativă, trebuie să ne gândim la posibilitatea unei supurații renale centrale sau subcapsulare.

Când și rinichiul e interesat, facem nefrotomia dar numai în cazul când starea generală ne permite.

Pentru asigurarea unui bun drenaj, în caz de colecții ale polului superior, se recomandă rezecția coastei XII-a și eventual coasta XI-a. Se recomandă o contra-incizie în cazul când colecția e la polul inferior sau chiar în bazin.

În ce privește anestezia, se face anestezie generală cu eter sau protoxid de azot și o anestezie locală cu novocaină sau rahianestezie. Durata vindecării în cazurile observate a fost între 20 zile și 4 $\frac{1}{2}$ luni, în medie 30 de zile.

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA CAZURILOR DE ABCES PERIRENAL TRATATE ÎN CLINICA UROLOGICĂ DELA IANUARIE 1931—31 DECEMBRIE 1937

În acest interval de timp, s'au prezentat clinicei noastre 45 cazuri de abces perirenal, care toate au fost supuse operației.

Cazurile noastre reparalizate după ani se prezintă în modul următor:

- 1931 = 8 cazuri,
- 1932 = 7 cazuri,
- 1933 = 9 cazuri,
- 1934 = 8 cazuri,
- 1935 = 7 cazuri,
- 1936 = 6 cazuri.

După cum vedem, frecvența cazurilor rămâne la o cifră aproape constantă, cu mici variațiuni.

În ce privește etatea cazurilor noastre se repartizează după cum urmează:

- 0—10 = 3 cazuri,
- 11—20 = 4 cazuri,
- 21—30 = 15 cazuri,
- 31—40 = 13 cazuri,
- 41—50 = 6 cazuri,
- 51—60 = 3 cazuri,
- 61—70 = 1 caz.

Observațiile noastre arată o raritate în primul 10 ani și după vârsta de 60 ani.

Vârsta între 30—40 ani prezintă cazurile mai frecvente. În ce privește sexul, bărbați sunt într'o proporție mai

măre decât femeile; observațiile făcute în clinică arată un număr de 36 bărbați și 9 femei.

De un interes capital este a cunoaște și profesiunea.

Astfel 28 de cazuri sunt plugarii și muncitori; 9 meseriași (3 mecanici, 1 pantofar, 1 brutar, 1 frizer, 1 pielar, 1 birjar, 1 cantonier) și 5 intelectuali (1 student, 2 elevi, 1 percepător, 1 funcționar).

După localizarea afecțiunii avem 21 cazuri la stânga și 23 la dreapta și un caz cu *localizare bilaterală*. Ca factori etiologici, găsim în 33 de cazuri:

Furunculoza	— — — — —	6 cazuri,
Panarițiu și alte supurații osoase și tegumentare	— — — — —	3 cazuri,
Traumatisme	— — — — —	2 cazuri,
Supurații anterioare ale rinichiului	— — — — —	2 cazuri,
Frigul	— — — — —	7 cazuri,
Fenomene apendiculare	— — — — —	3 cazuri,
Gripa și afecțiuni pulmonare	— — — — —	4 cazuri,
Flegmon periprostatic	— — — — —	2 cazuri,
Amigdalita	— — — — —	1 caz
Otita	— — — — —	1 caz
Blenoragia	— — — — —	2 cazuri,

În 12 din cazuri lipsesc orice informații asupra cauzei bolii.

După cum vedem furunculoză și frigul se găsesc printre factori etiologici principali. În clinica s'a făcut și examinarea bacteriologică a puroiului pentru a vedea agentul patogen, care a declanșat infecția.

Examenul bacteriologic al puroiului (din abcese evacuate s'a făcut în 32 de cazuri.

Stafilococi pur	— — — — —	16 cazuri,
Streptococi puri	— — — — —	2 cazuri,
Coci Gram pozitivi	— — — — —	4 cazuri,
Diplococi Gram pozitivi	— — — — —	4 cazuri,
Coci în lanțuri și bacili fuziformi	— — — — —	3 cazuri,
Floră microbiană mixtă polinucleoară Gram pozitiv și negativ	— — — — —	1 caz
Puroi steril	— — — — —	2 cazuri.

Din examinările făcute asupra puroiului, vedem că există o concordanță între agenții patogeni și factorii etiologici, predomină stafilococii, fapt ce corespunde, cu observația făcută asupra momentelor etiologice (furunculi, abcese). În ce privește simptomatologia, cazurilor observate, deși este bine cunoscută, am crezut de bine să fixăm câteva momente importante în evoluția ei.

Debutul este brusc în 30 cazuri.

Debut lent îl găsim în 15 cazuri.

Cât privește durata bolii, dela debut și până la venirea în clinică, găsim în medie 5—6 săptămâni, cel mai lung e de un an și $\frac{1}{2}$ și cel mai scurt o săptămână.

Ca simptome de debut găsim pe primul plan *durerea*, care este primul simptom de care bolnavii se plâng. Ea poate apărea brusc sau lent.

Febra este al doilea simptom ce însoțește tabloul clinic. În cazurile acute febra se ridică până la 40—41° C, iar în majoritatea cazurilor are un caracter cronic 38° C. În ce privește turburările urinare, deși leziunea se găsește în vecinătatea rinichiului, lipsesc aproape complet. O găsim numai în cazurile de comunicare a colecției cu parenchimul renal.

Între fenomenele urinare de remarcă este și *hematuria*, întâlnite la 2 din bolnavii noștri.

Leucocitoza se găsește mărită în toate cazurile, ea variază între 8000—30.000.

În ce privește localizarea abcesului în raport cu rinichiul, observațiile clinice ne indică diferite posibilități de localizare:

Polul superior	—	—	—	—	—	2 cazuri,
Polul inferior	\	—	—	—	—	5 cazuri,
Fașa posterioară	—	—	—	—	—	17 cazuri,
Fașa anterioară	—	—	—	—	—	4 cazuri,
Întreagă loje renală	—	—	—	—	—	3 cazuri.

După cum vedem, reiese o localizare mai mare la fața *posterioară*, căci aci capsula grăsoasă este în abundență.

Localizarea la polul inferior are mai des o origine apendiculară, la 3 din cazuri s'a găsit punga de puroiu, învadând și regiunea apendiculară și în puroiu sfaceliuri de organ.

Ca mijloace de diagnostic în clinică, afară de *palpare* și *inspecție*, noi facem în toate cazurile, unde diagnosticul e dificil, următoarele examinări:

Examenul cistoscopic, cateterismul bilateral, examenul funcțiunilor renale, *Azotemia cu Constanta Ambard*. De o importanță capitală este și examinarea *radioscopică*, întrebuințată în mod curent în clinică, în toate cazurile cu diagnostic dubios.

Puncția exploratoare s'a făcut în clinică în toate cazurile avute sub observație.

Tratamentul operator făcut în toate cazurile observate, a constat în lombotomie și drenaj, iar în 2 cazuri s'a făcut nefrotomie.

Ca mijloc de anestezie, în clinică se întrebuințează anestezie generală cu eter sau protoxid de N₂ făcută în 35 de cazuri, în 7 cazuri s'a făcut anestezie locală iar în 3 cazuri rahianestezia.

Dintre cele 45 cazuri operate în Clinica Urologică din Cluj am avut 8 cazuri mortale.

După cauza morții, cazurile se repartizează astfel:

1. M. S. 37 ani, sucombă la 16 zile după intervenție cu debilitate cardiacă. (30 Dec. 1931).

2. D. F. 66 ani, moare la 40 zile după intervenție cu fenomene de septicemie.

3. T. V. 21 ani, moare la 4½ luni după operație cu fenomene de casexie.

4. B. L. 58 ani, sucombă la 12 zile după intervenție cu fenomene de septicemie și tromboflebită și diabet insipid.

5. B. N. 21 ani, moare la 3 zile după intervenție cu fenomene de septicemie.

6. S. D. 43 ani, sucombă la 3 luni după intervenție de insuficiență cardio-renală.

7. F. A. 36 ani, moare imediat după intervenție cu fenomene septice.

8. P. V. 32 ani, moare cu fenomene de meningită.

PRIVIRE GENERALĂ ASUPRA CAZURILOR DE ABCES PERIRENAL ÎNTRE 1920—1936

Datele până la 1930 au fost luate cu învoirea Dl. Prof. Tepoșu din comunicarea făcută de Dsa Ia al III-lea *Congres de Chirurgie Obstetrică-Ginecologie-Urologie din 1930*. În decurs de 16 ani au fost tratate în Clinică Urologică 105 cazuri de abces perirenal.

Repartiția cazurilor după anii:

1920 = 1 caz,	1929 = 10 cazuri,
1921 = 4 cazuri,	1930 = 4 cazuri,
1922 = 5 cazuri,	1931 = 8 cazuri,
1923 = 1 caz,	1932 = 7 cazuri,
1924 = 4 cazuri,	1933 = 9 cazuri,
1925 = 6 cazuri,	1934 = 8 cazuri,
1926 = 11 cazuri,	1935 = 7 cazuri,
1927 = 10 cazuri,	1936 = 6 cazuri,
1928 = 5 cazuri,	Total 105 cazuri.

În ce privește vârsta, din 105 cazuri am găsit:

0—10 de ani = 6 cazuri,
dela 11—20 de ani = 11 cazuri,
dela 21—30 de ani = 27 cazuri,
dela 31—40 de ani = 35 cazuri,
dela 41—50 de ani = 21 cazuri,
dela 51—60 de ani = 4 cazuri,
dela 61—70 de ani = 3 cazuri.

În ceea ce privește sexul, bărbații sunt în număr de 82 cazuri (78.09%) și 23 femei (20.9%). Predomină deci sexul masculin.

Un interes prezintă ocupația bolnavilor: plugari și muncitori 73 de cazuri, meseriași 17 cazuri, iar restul intelectuali.

Din datele de mai sus reiese că abcesul perirenal prezintă o frecvență mai mare la clasa muncitoare, acolo unde expunerea la îmbolnăviri este mai mare și starea igienică este insuficientă.

După frecvența localizării, abcesul, e mai frecvent la dreapta cu un număr de 69 cazuri iar la stânga 35 cazuri. 1 caz cu localizare bilaterală.

Ca factor etiologic în 67 de cazuri, cu un procent de 64.9% găsim:

Furunculoza în	— — — — —	18 cazuri,
Panarițiu și alte supurații osoase tegumentare în		11 cazuri,
Traumatisme în	— — — — —	8 cazuri,
Supurații anterioare ale rinichiului în	— — —	9 cazuri,
Frigul în	— — — — —	10 cazuri,
Enterocolita și apendicita în	— — — — —	4 cazuri,
Gripa și afecțiuni pulmonare în	— — — — —	7 cazuri,
Blenoragia în	— — — — —	2 cazuri,
Flegmon prostatic în	— — — — —	3 cazuri,
Parametrita în	— — — — —	1 caz,
Olita în	— — — — —	1 caz,
Amigdalita în	— — — — —	1 caz,
Febra puerperală în	— — — — —	1 caz,
Șancru fagedenic mixt în	— — — — —	1 caz.

În 38 de cazuri lipsesc informațiile asupra factorului etiologic.

În ce privește localizarea infecției, în raport cu rinichiul, avem precizate 74 cazuri din 105 cazuri:

polul superior	— — — —	10 cazuri,
polul inferior	— — — —	11 cazuri,
fața posterioară	— — — —	40 cazuri,
fața anterioară,	— — — —	5 cazuri,
întreagă lojă renală	— — — —	8 cazuri.

Localizarea e mai frecventă la fața posterioară a rinichiului.

Tratamentul în cele 105 cazuri a fost lombotomie și drenaj la șase bolnavi s'au făcut nefrotomie și la unul nefrectomie secundar. Durata vindecării a fost între 20 zile și 4 $\frac{1}{2}$ luni, iar media 30 zile.

Ca anestezie s'a făcut în 14 cazuri anestezie locală cu novocaină în 5 cazuri rahioanestezie, și anestezie generală cu eter și protoxid de azot în 86 cazuri.

Din 105 cazuri avem 16 morți, ceiace face un procent de 15.2%.



CONCLUZIUNI

1. Abcesul perirenal este rezultatul procesului inflamator, care are loc în țesutul celulo-adipos din loja renală.

2. Capsula grăsoasă constituie un locus minoris resistentiae, în grefarea infecției, datorită probabil slabei vascularizații.

3. Abcesul perirenal constituie o frecvență mai mare la bărbați, decât la femei. În clinica urologică din Cluj am găsit un număr de 82 bărbați și 23 femei.

4. Afecțiunea mai frecventă la dreapta decât la stânga, observațiile din clinică ne arată un raport de 69 localizări la dreapta și 36 la stânga, și un caz cu localizare bilaterală.

5. Cele mai multe cazuri survin între vârsta de 30—40 ani.

6. La noi abcesul perirenal constituie o afecțiune destul de frecventă.

7. În cazurile de stări febrile neclare, să ne gândim la posibilitatea unui abces, și să facem o anamneză amănunțită pentru depistarea momentului etiologic.

8. Punerea unui diagnostic precoce e necesar pentru a face un tratament și prognostic bun.

9. Tratamentul chirurgical este singurul tratament eficient în abcesul perirenal.

10. Rezecția ultimei coaste ne asigură întotdeauna drenajul în bune condițiuni mai ales în abcesele situate la nivelul polului superior al rinichiului.

Văzută și bună de imprimat.

Decan:

Președintele tezei:

(ss.) Prof. Dr. D. MICHAIL.

(ss.) Prof. Dr. EMIL ȚEPOSU.

BIBLIOGRAFIE

1. *Chatelin*: Diagnostic et traitement des phlegmons, périnéphritiques. Clinique et Laboratoire, No. 1929.
2. *Bayer*: Maladies des reins. Paris, 1893.
3. *Kukula O.*: Sur l'opportunité du diagnostic des abcès paranéphritiques.
4. *Legneu*: Traité chir. d'urologi, 1910.
5. *Legneu*. Des périnéphritos consecutiv à la néphrécotomie Rev. d'Urologie. Masson et Cie, Paris, 1935.
7. *E. Teposu*. Supurații perirenale, comunicare la al IIIlea Congres Rom. de chirurgie-obstetrică-ginecologie-urologie din 1930.
8. *Tutelea O.*: Teză Cluj, 1927. Considerațiuni clinice asupra abceselor perirenale.
9. *Teodorescu D. și Vintic. V.*: Flegmon perinefritic de origină renală. Spitalul No 3—4, 1929.
10. *Grünberger*: Teză, Cluj, 1925. Contribuțiuni la studiul flegmonului perinefritic.
11. *Marinescu, G.*: Revista de Chirurgie, No. 7, 1927.
12. *Testu L.*: Traité d'anatomie humaine, ediția VII, Paris. 1923.

