

Chistul hidatic al rinichiului



TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 1940

DE

MIHAIL CREȚOIU

fost extern la Clinica Urologică din Cluj

24 MAY 2000

11551

UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I« DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori :

Anatomia umană	Prof. Dr. PAPILIAN V.
Chimie generală medicală	„ „ SECĂREANU ȘT.
Chimie biologică	„ „ MANTA I.
Iatologie și embriologie	„ „ DRĂGOIU I.
Fiziologie și fizică medicală	„ „ BENETATO GR.
Anatomia patologică	„ „ VASILIU T.
Bacterologie	„ „ BARONI V.
Pătologia generală și experimentală	„ „ BOTEZ A. M.
Igienă și medicină preventivă	„ „ MOLDOVAN I.
Clinica medicală I	„ „ HAȚIEGANU I.
Clinica medicală II (semiologie)	„ „ GOIA I.
Clinica chirurgicală (semiologie, med. oper.)	„ „ POP A.
Olinica chir. și boalele căilor urinare	„ „ ȚEPOSU E.
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „ GRIGORIU C.
Clinica dermatologică și sifilitografică	„ „ TĂTARU C.
Clinica infantilă și puericultură	„ „ POPOVICIU GH.
Clinica neurologică și Endocrinologia	„ „ MINEA I.
Clinica psihiatrică	„ „ URECHIA C.
Clinica oftalmologică	„ „ MICHAÏL D.
Clinica balneologică și dietetică	„ „ STURZA M.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ BUZOIANU G.
Clinica stomatologică	„ „ ALEMAN I.
Medicina legală	„ „ KERNBACH M.
Radiologia medicală	„ „ NEGRU D.
Istoria medicinei	„ „ BOLOGA V.
Farmacologie (supl.)	Prof. Dr. BARONI V.
Igienă și medicină preventivă (generală)	Agr. ZOLOG M.
Clinica boalelor contagioase	Conf. GAVRILĂ I.

JURIUL DE SUSȚINERE :

PREȘEDINTE: Prof. Dr. EMIL ȚEPOSU

MEMBRII :	{	„ „ V. PAPILIAN
		„ „ GH. BUZOIANU
		„ „ GR. BENETATO
		„ „ V. BOLOGA
SUPLÉANT :	Conf. „ TR. POPOVICIU	

*Părinților mei,
cu dragoste, recunoștință și respect,
pentru iubirea și sacrificiile făcute.*

*Bunicei și mătușei,
cu multă iubire.*



*Domnului Profesor Dr. Emil Țeposu
omagiu profund pentru dragostea
și sfaturile părintești.*



ISTORIC

Chistul hidatic este faza embrionară sau veziculară a teniei echinococcus. A fost observat din antichitate, cazurile mortale prin ruptura lui le găsim în descrierile lui Hipocrate. Chistul hidatic al rinichiul, a fost studiat prim dată de Chopart în 1821.

Acest parazit se găsește normal în starea adultă, în intestinul câinelui, datorită primelor cercetări ale lui Devé. Budinger în 1899 a indicat ca tenicid emulsie de iodoform, însă fără succes. Lebedeff și Andreef au demonstrat rezistența veziculelor fiice la apa fenicată 2%. S'a încercat de Billiard supunerea nisipului hidatic la raze x de diferite intensități: vitalitatea larvelor prin injecții subcutanate cu acest nisip expus la aceste raze, nu a fost redusă. Arcé a observat la trei cazuri din 7 expuse la raze x timp de două zile înainte de operație, că scolexurile la examenul lichidului hidatic prezentau semne de degenerescență. Ross, cercetând toxicitatea unor substanțe medicamentoase față de larvele echinococice a ajuns la concluzia, că acriflavina în soluție de 1 la 1000, ar distruge scolexurile în trei ore. Porter a arătat, că prin congelarea cărnei din comerț timp de trei săptămâni, infestația prin această carne la om este oprită, deci s'ar putea consuma fără risc. La congresul din Oran din 1935, sub președenția profesorului M. Senevet s'a stabilit, că cel mai bun procedeu pentru distrugerea parazitului ar fi ferberea. Eugen Livois deja în 1843 a bănuț că hrana erbivorilor ar fi cauza contaminărilor. Siebold în 1852 a observat că starea larvară în carnea animalelor comestibile s'ar datori unui mic parazit, întâlnit în intestinul câinelui. Convingerea i-a fost și mai fermă, când unui câine i-a dat să îngereze hidatide dela oaie. Cercetările din secolul trecut au arătat, că un chist hidatic poate să se reproducă în corpul oaspetelui și pe calea asexuată, aceasta ar explica infecțiile masive echinococice la diferite indivizi.

Profesorul Dévé din Rouen, ca specialist al Franței, a publicat în 1901 o serie de cercetări asupra echinococozei secundare. Tot el a făcut și o repartizație bazată pe statistici precise a teniei echinococcus în Algeria și Tunisia. De Germani, în Danemarca, Islanda și Argentina. Impor-

tanța acestor statistici este destul de mare, făcând să nu să piardă legătura cazurilor umane cu frecvența la animale. Aceasta are și o altă importanță: pentru profilaxie și ca o atenție capitală prin luarea măsurilor eficace de către serviciul veterinar.

Aceste statistici ne arată, că numărul cazurilor mortale sunt destul de dese. Sunt țări cu cazuri multe mortale, altele cu cazuri mai rare. Inșă regiuni neapte teniei echinococcus, nu există. Țările unde crescătoriile de oi sunt mai dezvoltate, dau un procent mai mare de inbolnăviri.



STUDIUL PARAZITULUI

Chistul hidatic reprezintă starea larvară a unui mic cestod 3—6 mm. lungime, numit *Tenia Echinococcus*, care parazitează intestinul subțire al carnivorelor în special al câinelui. Parazitează obișnuit tubul digestiv al lupului și al șacalului. Experiențele de înfestare la pisică au rămas negative, aceasta prezintă importanță prin faptul că o contaminare la om nu este posibilă. Este azi stabilit, că numai animalele carnivore pot deveni oaspetele intermediar al teniei echinococcus, ingerând veziculele hidatice conținute în organele bolnave: la om negăsindu-se *Tenia echinococcus*, decât starea larvară a acestui cestod. Parazitul prezintă 3—4 inele, capul armat de o coroană de 14—25 cârlige și cu 4 ventuze, prezintă cele mai mici ouă, de 32—36 microni. Ouăle sunt în număr de 400—800, fiecare ou conține un embrion hexacant, adică cu șase cârlige. Aceste ouă sunt expulsate cu materiile fecale.

După cercetările lui Dévé ouăle sunt foarte rezistente, păstrându-și vitalitatea timp de 12 zile la uscare sau la umiditate. Erbivorele nu se pot infesta decât când se găsesc embrioni hexacanți la câine, calea de eliminare fiind intestinul acestor animale. Odată cu iarba sau cu verdețurile pe care câinele își depune fecalele, îl pot lua erbivorele. Ca vectoare de ouă a teniei echinococcus, unii autori au semnalat rolul muștelor, apei, prafului.

Omul are ocazia de a se contamina prin apă, legume crude, nefierte, nespălate, această cale directă implică întimitatea cu câinele.

Câinele prin pruritul dat de migrația proglotelor în regiunea anală, poate să răspândească aceste ouă pe blana lui, fiind mereu pericol constant de contaminare pentru anturaj. Câinele, foarte rar poate prezenta o auto-infestație, prin absorbția acestor ouă, pe cale bucală. Contaminarea depinde și de promiscuitatea familiilor, de răul obicei de a da din orice farfurie de mâncare câinelui, de a se juca cu ei, de a-i culca în pat; în general locuințe unde igiena lasă de dorit. Laptele deasemenea poate fi un vector.

Al doilea ciclu evolutiv se produce la om, datorit sucului digestiv care distruge membrana oului, pune în libertate embrionul. Cu ajutorul cârligelor, embrionul păt-

runde prin peretele intestinului într'un capilar sanghin sau limfatic. Localizarea frecventă este ficatul (72—74%), trecând prin vena portă, în capilarele ficatului, sau trecând mai departe în circulația mare și fixându-se în organele cu o activitate circulatorie mai puternică, cazurile de echinocoză pulmonară (10%) s'ar datori în parte și trecerii din căile limfatice, în canalul toracic. Primul filtru ar fi ficatul, constatându-se că se poate chiar după trei ore să se găsească embrioni hexacanți la animalele cărora s'a dat să ingereze hidatide. Prin al doilea filtru s'ar reține embrionii în capilarele plămânului. Prin al treilea filtru s'ar reține embrioni în diferite organe prin ajutorul circulației generale. Aceste filtre ale lui Dévé și Lelmann ar fi formate din capilarele diferitelor regiuni cu diametrul cel mai mic. Astfel acești embrioni opriți aci încep să se transforme, ajungându-se la formația chistului hidatic.

Infestația masivă dela animale s'ar datori după Dévé ingerării mari de ouă odată cu păscutul ținând seama că pot ingera chiar proglote întregi (un proglot matur, având până la 5000 ouă). Aceasta explică și chistele multiple la animale, față de chistele solitare dela om.

În organismul uman, odată fixați, embrionii își urmează cursul lor de dezvoltare, transformându-se în vezicule hidatice, formându-se în jurul lor o capsulă fibroasă specială, între ea și chist se formează un strat subțire celular servind ca organ de absorbție pentru hidatidă. Aceasta se compune din o cuticulă externă, formată din straturi lamelare concentrice dintr'o substanță chitinoasă și din o membrană germinativă internă.

Când chistul a ajuns la mărimea unei alune, deja începe procesul de germinație în interiorul hidatidei. Se formează o cavitate prin inmugurirea celulelor granuloase dela nivelul membranei germinative. În această veziculă proligeră se vor forma scolexurile, cel puțin în număr de 20. Acum se poate distinge coroana de cârlige și cele patru ventuze. Scolexurile au mărimea de aproximativ 0,3 mm. iar mărimea veziculelor variază cu numărul scolexurilor. Membrana chistului se subțiază și se rupe, iar capetele embrionare se depun sub formă de nisip hidatic, la fundul chistului. Acest nisip hidatic, care-l găsim în chist, se compune din vezicule proligerare intacte și din scolexuri izolate și cu vitalitatea păstrată. După cercetările lui Lichtenheld, 80% din bovidee și 7,5% din oi prezintă chiste hidatice sterile, adică neprezentând vezicule proligerare. La om se observă o dezvoltare specială, asexuată, cunoscută sub numirea de formațiunea veziculelor fiice. Formațiunea acestor vezicule fiice, prezintă anumite variații. Prezintă structura veziculei mame, sunt capabile de a produce

noi vezicule fiice și scolexurisau să dea naștere la vezicule mici, cari și-au pierdut capacitatea de reproducție. După Dévé, formația exogenă a veziculelor fiice, este foarte rară la om. Numărul acestor vezicule fiice poate atinge cifre dela 20, până la câteva mii. Creșterea chistului este totuși înceată și poate atinge 30—40 ani. Puseuri neregulate de creștere se observă și este greu de a judeca vârsta chistului după volum. Unele persoane au putut fi contaminate la tinerețe și simptomele să apară mult mai târziu.

Stratul parenchimos al chistului hidatic secretă și produce straturi concentrice noi, dă naștere veziculelor proligerare și secretă lichidul hidatic. Acest lichid este lipsit de toxicitate, este vecin ca compoziție serului uman, iar fenomenele de urticarie, peritonită, șoc, se datoresc stărilor de anafilaxie. Datorită luptei între organismul infestat și parazit un mare număr de echinococi se pot distruge.

Chistul poate să sufere o infecție secundară și să supureze, această aduce moartea parazitului sau transformarea lui într'o substanță gelatinoasă distrugătoare pentru el. Azi, este lucru stabilit, că prin ruptura chistului hidatic fertil, se pot produce chiste hidatice secundare, datorită desvoltării veziculelor fiice sau a scolexurilor.

Echinococoză secundară se produce mai ales în cavitățile seroase, pleurale sau abdominale, prin ruptura unui chist al ficatului sau splinei, sau pe cale embolică, prin sânge, din ruptura unui chist într'o venă.

Inoculația se poate face asupra mucoaselor (bronșică), prin aspirația de praf, care conține scolexuri. Echinococul se poate înmulți și fără oaspe intermediar, constituind micul ciclu evolutiv, direct, fără producție de tenii, iar ciclul mare clasic, este promovat de om, ca oaspe intermediar. Pentru desvoltarea chistului hidatic este nevoie de un teren favorabil de creștere, realizat foarte bine la om și la animalele domestice.

Sexul nu are importanță, ambele sexe sunt la fel atinse. Țările mai sărace prezintă cazuri mai dese. Deaseenea persoanele cari prin ocupațiunea lor sunt în contact intim cu animalele domestice, dau un procent mai mare.

DIAGNOSTICUL GENERAL AL CHISTULUI HIDATIC.

Simptome subiective de urticare localizată sau generalizată, deși nu este specifică chistului hidatic. Inspecția, palpația, sunt de un ajutor destul de important. Puncția exploratorie este contraindicată, puțând surveni morți subite datorită șocului sau producerea unei echinococoză secundare. Radiografia este de un ajutor real, în cazuri când hidatida este vizibilă. Examenul sângelui ca în toate bolile parazitare ne arată o eosinofilie de cel puțin 4%. Se vor încerca reacțiile ajutătoare Weinberg—Pârveu, bazată pe

principiul Bordet—Gengou, intradermo reacția lui Casoni, reacția de precipitare a lui Fleig și Lisbonne. Tratatul eficient este azi unicul, prin intervenția chirurgicală.

CHISTUL HIDATIC AL RINICHIULUI

Ca și în alte organe, poate fi primitiv și secundar.

Cel primitiv, dacă învinge prima barieră formată de ficat, iar a doua formată de inima dreaptă și plămân, poate trece în circulația generală. Embrionii au o predilecție destul de vădită față de parenchimul renal, datorită circulației intense din acest organ. Localizarea embrionului se face în arterele renale terminale (corpusul lui Malpighii). Chistele secundare sunt foarte rare. Pot fi de origine peritoneală și embolică. Cele parietale iau naștere din scolexuri, vezicule proligere, vezicule fiice și prin ruptura chistului (traumatică, operatorie, spontană). Ruptura se face într-o cavitate seroasă, exemplu: cavitatea peritoneală. Chistele capsulei grăsoase, sunt foarte rare și atunci sunt totdeauna secundare. Un chist deschis în ventricolul stâng, prin circulația mare poate să se localizeze în rinichi, dând o echinococoză renală. Deci calea sanghină joacă rolul principal și în chistele primare și în cele secundare.

Este greu de a se preciza, dacă un chist este primar sau secundar, dar din punct de vedere practic, aceasta n'are importanță, intervențiile fiind aceleași pentru ambele feluri.

Actual la baza studiilor asupra chistelor renale se găsește teoria lui Nicaise și diversele sale publicații ulterioare. Din toate reese, că chistul hidatic renal este o afecțiune relativ benignă. Nefrectomia a fost preconizată mai întâiu pentru toate cazurile. Nicaise a limitat însă indicațiile ei, punând în valoare nefrectomia parțială.

În prezent Ricardo Spurr și Oulie au restrâns indicațiile acestor operațiuni la metode și mai simple.

ANATOMIA PATOLOGICĂ

Chistele nu sunt totdeauna rotunde, ca de exemplu: în plămân. În rinichiu rezistența parenchimului este destul de mare. Se fixează de obicei în corticală, în medulară găsește o zonă destul de rezistentă. Mai târziu toate elementele care înconjoară loja renală îi fac chistului planuri de rezistență. Chistul se modelează după acești factori. Ca și chistul hidatic al ficatului, prezintă o

culoare albă, mată. Dimensiunile variază cu vârsta. Adesea mărimea este a unui cap de făt. Grosimea pereților chistului poate fi de 3—4 mm. Membrana germinativă și cuticula sunt de origine parazitară, adventiția depinde de organul parazitat; ea are o mare însemnătate în intervenția chirurgicală. Ea rezultă din dezvoltarea parazitului care comprimă țesuturile, legătura dintre adventiție și organ se face treptat. Un plan de clivaj net nu există. Chistele vechi pot ajunge la calcifiere. Această calcifiere se face în chistele cu conținut parazită degenerat.

Aceste chiste calcificate le găsim în țările unde civilizația este înapoiată și unde tratamentul se începe târziu. Gradul de calcifiere depinde de depozitele minerale, la fel ca și calculii. Intotdeauna calcifierea complică actul operator, pereții rigizi sunt incompatibili cu reducerea fără drenaj, iar prezența calculilor implică nefrectomia. Chistele tinere sunt univeziculare. Când diagnosticul se face tardiv, atunci mai mult ca sigur, că avem un chist multivezicular. Când chistul se deschide în bazinet, poate produce colice nefretice, prin migrarea în căile urinare a veziculelor fiice. Chistele multiveziculare le găsim la copii (două treimi din cazuri). Dacă chistul este supurat atunci lichidul este gălbui, purulent, veziculele fiice sunt sbârcite și adesea există o comunicare cu calicele și bazinetul. În aceste chiste vechi cu lichid turbure membrana germinativă este alterată, veziculele fiice au peretele îngroșat, adesea le găsim sudate între ele.

În ce privește localizarea, ambii rinichi pot fi afectați în aceeași proporție. Bilateralitatea este excepțională, aproximativ unu la cincizeci.

RAPORTUL CHISTULUI CU RINICHIU

Aceste raporturi sunt condiționate de localizarea tumorii și de dimensiunile chistului. În general localizarea se face în corticală și în jurul corpusculilor lui Malpighi. Și semnele clinice depind de localizare: spre poliul rinichiului sau spre mijloc. În localizările la poli, rinichiul și chistul apar ca două mase diferite unite prin o bază. Rinichiul își păstrează forma, dimensiunile, aspectul, la examen parenchinul renal se arată normal, iar chistul se prezintă ca o masă neregulată, albicioasă, de o consistență destul de mare, alterații calitative și cantitative în rinichi, nu găsim. Funcția renală este păstrată. Unii autori, în frunte cu Nicaise indică nefrectomia parțială. În localizarea mediană, chistul în mai toate cazurile se găsește spre partea convexă a organului. Dimensiunile rinichiului sunt

destul de mari, este dislocat. Această formă anatomică nu este așa de favorabilă, din cauza deschiderii adesea în bazinet, dând crize prin expulzare de vezicule. Parenchimul suferă alterații, funcția renală scăzută, din cauza localizării în plin țesut glandular. Menționăm, că s'au găsit în proporții infime chisturi exteriorizate, reliefate și legate de glandă printr'un pedicul. La fel menționăm, că s'au găsit și chiste mai mari ca un cap de făt, depășind chiar linia mediană. În chistele mai mici, tumoarea este neregulată, albicioasă, aducând cu forma rinichiului.

Poate prezenta la un pol sau pe una din fețe, o ridicătură groasă de câțiva centimetri, această porțiune corespunde rinichiului care are aspectul unei calote. În formele puțin evoluat, se poate găsi la una din cele două extremități ale chistului, țesut renal normal în cantitate mare. Conexiunea rinichiului cu bazinetul poate fi normală sau obstruată de chist. După intervenție, albuminuria care se produsese mai înainte dispăre. În schimb celălalt rinichi va fi hipertrofiat prin funcție compensatorie, cu atât mai mare, cu cât celălalt rinichi este distrus. Raporturile chistului cu căile urinare pot fi de două feluri: Compresiunea ureterului prin chist sau deschiderea chistului în calice sau bazinet. Chistele inferioare dau această compresiune pe ureter. Compresiunea este datorită direct chistului sau este dată de reacțiile fibroase aderente din jurul chistului, cari joacă un rol destul de important, ajungând adesea la o hidronefroza, mai rar la nefrite.

Deschiderea în bazinet oscilează între 25%—40%. Deschiderea este datorită: ulcerăției compressive la nivelul unei calice sau unei infecții, tensiunea chistului crescând. Deschiderea chistului este strâns legată de localizarea lui. Chistele polului superior se deschid mai des în bazinet, într'un număr mai mare față de cele inferioare (31% din chistele polului superior, 8% din cele ale polului inferior). Deasemeni chistele polare sunt mai puțin în legătură cu bazinetul decât chistele mijlocii; în chistele cari se rup, fisura poate fi foarte mică sau să se astupe prin o veziculă fiică sau prin o membrană germinativă. Unele vezicule scăpând prin ureter, trecând prin vezică, se pot elimina prin uretră, după ce mai întâi s'au rupt. Odată cu ruperea chistului, lichidul hidatic poate trece în jurul lui ducând la o infecție. Ureterul se dilată în chisturile rupte, cavitatea chistică se confundă cu cavitatea bazinetală. Toate aceste modificări se pot constata prin pielografie. Infecția bazinetală se poate produce, după statistici cam 35% din cazuri prezintă piurie. Infecțiile se pot acompania de ureterite, periureterite, perinefrite sclerolipomatoase, retracțiuni și friabilitatea pediculului, toate dând dificultăți opera-

torii însemnate. Când volumul acestor chiste este destul de mare, evoluiază spre cavitatea abdominală, comportându-se ca și tumorile abdominale. Inversează toate raporturile anatomice normale, modifică situația duodenului, intestinului gros, etc. Tumorile polului superior ridică în sus cupola diafragmatică. Structura organelor deasemenea se modifică. Seperarea de organele vecine este destul de grea în actul operator. Țesuturile vecine tumorii, sunt cuprinse de țesut conjunctiv, nefrectomia este destul de dificilă, la fel și la chistele deschise și intrate în supurație. Fiind cuprinsă și capsula adipoasă a rinichiului, nefrectomia subcapsulară este imposibil de efectuat. Pediculul renal este cuprins într'o teacă fibroasă cu topografie modificată, cu vase de neformație friabile, constituind deasemeni greutăți în nefrectomie. Țesutul fibros poate cuprinde și comprimă și vena cavă inferioară, dând jenă circulatorie tradusă prin edeme ale membrelor inferioare. Cu toată comprimarea venei spermatică de țesutul fibros format, fenomene de varicocel nu s'au observat. Peritoneul care acoperă chistul pare blindat și încercarea de a-l separa rămâne zadarnică. Aderențele chistelor superioare cu peritoneul diafragmatic sunt puternice, făcând ca în nefrectomie să se abandoneze o parte din peretele chistului. Suprarenala poate fi cuprinsă în acest bloc de aderențe. Țesutul fibros poate cuprinde ficatul, splina, intestinul, iar prin hiatul costo-diafragmatic, chiar pleura. Se cunosc cazuri de rupturi ale chistului în stomac, vărsăturile vor conține hidatide. La fel ca și deschiderea chistului în plămân, deschiderea în regiunea lombară, este destul de rară.

ANATOMIA MICROSCOPICĂ

Transformația conjunctivă se produce prin congestia vasculară, hipertrofia glomerulilor și a capsulei lui Bowman. Infiltrația se face în jurul vaselor, celulele degenerate, protoplasma granuloasă, canaliculele sunt inconjurate de țesut scleros. În apropierea chistului țesutul conjunctiv se organizează, se formează fascicule paralele, concentrice, dând membrana adventicială. Se sclerozează în contact cu chistul, nimic nu o separă de țesutul renal.

În infecția chistului, găsim în jurul lui infiltrație de leucocite, care merge și în țesutul renal, polinuclearele eusinofile predomină.

Din aceste fapte reținem :

1. Este imposibil de a decortica un chist hidatic al rinichiului ca element bine separabil.

2. În chistele de volum mijlociu, parenchimul renal este păstrat în parte, sau chiar este intact.

3. Că în chistele mari, aderențe foarte solide se formează între rinichi și organele vecine, în special diafragm și peritoneu, îngreunând intervenția chirurgicală.

STUDIUL CLINIC.

Frecvența.

Echinococoză renală este destul de rară. Cazurile publicate ating cifra de 600.

După Neisser	proporția chistului hidatic renal este	8,13%
După Davaine	„ „ „ „ „	7,97%
După Küster	„ „ „ „ „	4,5—0,07%

Aceleași cilre mici le găsim și în chistul hidatic al creierului și al splinei.

Ca frecvență vine după :

Chistul ficatului	69%
„ plămânului	10%
„ peritoneului	6%
„ al splinei	4%

al rinichiului fiind în medie 2%.

Sexul nu are importanță. Studiile lui Nicaisse și Daniel, arată aceiași proporție la ambele sexe.

Vârsta. Cea adultă este mai mult atinsă. După statistici: între 25—40 de ani, frecvența este mai mare.

Rasa. Indienii dau un procent de	7%
Europenii „ „	24%
Evreii „ „	2%

Aceste procente sunt în legătură cu rasa, cultura, ocupația. Aglomerația joacă un rol primordial, mai ales acolo unde se găsesc câini mulți și promiscuitatea este mare.

Simptome.

În prima perioadă de dezvoltare, care este destul de lungă, simptomele lipsesc. Simptomele apar când volumul chistului este destul de mare, compresiunea dând naștere la dureri, starea generală la început nefiind modificată. Funcția organelor vecine este nealterată, față de alte localizări extrarenale ale chistului. Această perioadă de latență, poate atinge chiar 20—25 de ani. Bolnavul se prezintă la

medic pentru o colică nefretică, datorită rupturii chistului, sau pentru fenomene subiective de alt ordin. Prezența tumorii poate fi descoperită la întâmplare, sau după semne cari depind de supurația chistului.

Semne de ruptură.

Ruptura este destul de deasă, oscilând între 24—25%. Migrarea veziculelor fiice din bazinet în ureter, dă naștere la colice renale: dureri vii în regiunea lombară, dealungul traectului ureteral. Colica nu durează mult, încetează odată cu căderea veziculelor în vezică. La o nouă expulsie în ureter a veziculelor, durerile reapar în crize. Hematuria înaintea colicelor, în timpul sau după colice este destul de rară. După observații, se găsește între 3—5%. Crizele se pot repeta la intervale destul de apropiate. Un fapt curios și care nu se poate explica, este acesta: se pot elimina hidatide fără a da naștere la dureri în drumul lor spre vezică. Bolnavul este înspăimântat de a vedea în urină mici bule albe. Durerile variază cu mărimea veziculelor. Crizele sunt destul de puternice, când veziculele au mărimea unei nuci. Sensibilitatea este destul de mare: bolnavul poate sesiza căderea veziculelor în vezică. Veziculele și resturile de membrană, pot da turburări vezicale: cistite sau cistalgii, dureri foarte desagreabile prin trecerea lor prin uretră.

Semne subiective.

Dacă nu se produce ruptura chistului, bolnavul consultă medicul pentru alte semne: dureri surde în regiunea lombară, dureri în paroxisme, prin iritația plexului simpatic și cari pot iradia spre epigastru. Dureri vii la inspirație, ivite după eforturi, marșuri, pledând pentru chistul superior al rinichiului, care produce aderențe cu diafragma și dă și o iritație a pleurei. Câte odată, semnele subiective nu atrag atenția spre suferința rinichiului, dând turburări digestive: vărsături, digestie grea. Uneori se poate observa tumoarea într'unul din flancuri. Sau se observă edeme ale membrilor inferioare prin compresiunea venei cave inferioare.

Supurația chistului.

Este rară. Unele simptome sunt febra și durerile în regiunea lombară. Supurația poate duce la o pionefroză.

PERIOADA DE STARE

Fenomenele dureroase se accentuează cu creșterea chistului. Colicele nefretice care acompaniază eliminarea hidatidelor, se succed la intervale variabile dar destul de regulate. Starea generală este destul de bună, dacă nu se produc supurații. Febră nu se semnalează.

Semne fizice

Sunt semne de tumoare. Toți autorii sunt de părere, că evoluția se face spre abdomen, chistul comportându-se ca o tumoare abdominală. De multe ori — sunt cazuri citate — s'a intervenit prin laparatomie pentru o tumoare necunoscută. Inspecția în chistele mari arată o asimetrie abdominală, localizându-se în hipocondru și ridicând peretele abdominal. Chistele polului inferior cuprind de obicei regiunea ombilicală, cele ale polului superior, dau naștere unei deformații toracice. Circulație colaterală nu se observă decât foarte rar.

La palpație nu se produc dureri. Suprafața este netedă, alungită în sens vertical. Marginele se pot palpa numai în tumorile cari nu au volum exagerat, și cari nu sunt ascunse sub rebordul costal. Linia mediană poate fi depășită, iar în jos se poate palpa tumoarea până în fosa iliacă. Consistența este variabilă, destul de dură sau fluctuantă. Freamătul hidatic practic nu există. Chistul se poate confunda cu orice tumoare abdominală sau genitală, cu atât mai mult, că poate prezenta zone dure într'o parte și zone moi în altă parte a lui. Tumoarea este imobilă, însă în sens lateral prezintă o mică mobilitate la palpația cu ambele mâini. Mișcări respiratorii nu prezintă. Palpația ne ajută de a aprecia raporturile tumorii cu viscerile abdominale. Diagnosticul prin explorația clinică a unui chist mic este imposibil de pus. După Suarez Aguire și Ayersa, putem spune, că: la orice tumoare renală, medicul este obligat să se gândească și la un chist hidatic!

Percuția se poate face, însă în chistele mari nu se poate folosi ca metodă bună de investigație. Variaza cu poziția bolnavului. Insuflația colică face să apară sonoritatea. Prin percuție, se poate pune în evidență freamătul hidatic. Semnele toracice apar în chistele mari ale polului superior renal: matitate la bază și hipersonoritate deasupra acestei zone mate.

Se semnalează deasemenea dispariția sonorității în spațiul lui Traube.

Semne urinare

Sunt de mai multe feluri.

Examenul microscopic al urinei poate arăta scolexuri.

1. Piuria nu există decât în chistele deschise în căile urinare. Piuria depinde sau de deschiderea în bazinet a unui chist supurat, sau de o cistită simplă: vezica iritată de prezența hidatidelor se infectează.

2. Albuminuria prin prezența lichidului hidatic în urină. Se produce și fără ruptura chistului prin nefrita care lezează rinichiul parazitat.

3. Hematuria: se produce destul de rar. După toate cercetările se produce și fără un traumatism observabil.

Semne urinare prin separațiunea urinelor

Aceste semne sunt foarte importante: funcția urinară studiată face să se deducă înainte de operație starea rinichiului rămas sănătos. Ori care ar fi volumul chistului, funcția renală este atinsă. În chistele de mărime mijlocie se găsește în general o diferență de 2—3 gr. de uree la litru în favoarea rinichiului sănătos. Urina din rinichiul atins conține urme de albumină și leucocite. Nu se pot fixa cifre absolute. Rinichiul care prezintă chist de mărimea unei portocale poate da turburări urinare mai accentuate decât rinichiul parazitat de un chist considerabil. Alterația funcțională dată de chistele supurate este mai accentuată decât cea dată de chistele închise, aceasta datorită infiltrației leucocitare, care cuprinde parenchimul renal, tratamentul conservator făcând să dispară cauza nefritei.

Radiografia

Este de un ajutor real. Radiografia arată o umbră de intensitate uniformă, mai mult sau mai puțin regulată. Se pot distinge pete confuze și aglomerate reproducând în grosso modo forma rinichiului. Chisturile calcificate dau o umbră intensă, alungită. Radiografia după pneumo-peritoneu este cunoscută în America de Sud și mult întrebuintată, în Europa și în special în Franța prin riscurile date de acest procedeu, a rămas mai mult în domeniul istoric.

Pielografia.

A fost puțin utilizată până în prezent în diagnosticul chistului deschis în căile urinare, unde imaginea bazinetului se confundă cu cea a chistului.

Pielografia permite să se situeze imaginea chistică în

raport cu rinichiu și poate fi de un mare ajutor. Două cazuri se pot prezenta :

1. Chistul deschis: substanța de contrast după ce a colorat bazinetul, pătrunde în chist.

2. Chistul închis: deformația bazinetului, analoagă cu aceea dată de o tumoare a rinichiului.

Cistoscopia.

Nu are valoare decât când se elimină hidatide sau membrane. În acest caz unul dintre meaturi este tumefiat, roșu, întredeschis. Dacă sunt leziuni de cistită, cistoscopia o va confirma. Dacă chistul este închis, cistoscopia este absolut normală.

Examene de laborator.

Valoarea lor este mică, nu servesc decât ca sprijin în diagnostic.

Eusinoфіlia : n'are o valoare specifică, găsindu-se și în alte afecțiuni parazitare. Puține sunt observațiile unde a fost notată.

Reacția Casoni: prezintă o oarecare importanță, găsindu-se pozitivă aproape în toate cazurile de echinococoză.

Reacția Weinberg-Părvu: are o valoare mică, fiind o reacție dificilă de executat și cazurile pozitive la această reacție, sunt rare.

Evoluție.

Evoluția este lentă, pot trece 15—20 ani dela înfăptuire, până la apariția primelor simptome. Boala poate trece chiar neobservată în viața bolnavului, deci o evoluție lentă și benignă. Se pot descoperi la autopsie chiste hidatice renale, cari nu au avut nimic comun cu moartea individului, dată de o altă maladie intercurrentă.

Fatalitatea este datorită complicațiilor date de chist. Se poate face o boală ușoară sau regresivă, prin calcifierea chistului. Acestea sunt mai mult ipoteze.

Numai deschiderea chistului oprește evoluția bolii.

Complicații.

Unele complicații sunt stabile și se găsesc mai în toate cazurile de echinococoză renală, cum sunt leziunile nefretice cari dau naștere albuminuriei, sau deficiențe funcționale ale rinichiului lezat. Altele neconstante depind de deschiderea chistului, de supurația lui, sau sunt datorite fe-

nomenelor de compresiune viscerală, cari rezultă din volumul lui.

Deschiderea chistului.

Deschiderea se face mai întotdeauna în căile urinare. Semnele sunt marcate prin colicele nefretice. Acestea sunt frecvențe, le găsim în statisticele mai vechi, precum și în altele mai noi. În ruptura chistului, hidatidele se găsesc frecvent în urină. Ruptura după diverși autori și chirurghi ar varia între 24—39%. Este posibil ca numărul rupturilor să fie mai mare, având în vedere că sunt cazuri scăpate dela diagnostic din anumite motive. Sunt citate foarte rar, cazuri de ruptură în tubul digestiv, pleură, plămân, în special în chistele cari iau desvoltare spre baza plămânilor, pornite din polul superior renal drept sau stâng, toate prin perforația diafragmului.

Supurația.

Este o complicație destul de frecventă a afecțiunii variind între 19—22%, intensitatea supurației este variabilă, dela un lichid puțin turbure până la unul complet turbure. Această supurație depinde de chist: închis sau deschis.

Dacă chistul este închis, febra este ridicată, starea mai mult sau mai puțin alterată, în același timp apare în flanc o tumefacție dureroasă. Când diagnosticul nu este pus precis, el înclină între flegmon perinefretic și între pionefroză închisă.

Numai când chistul este deschis în căile urinare, simptomatologia amintește tabloul unei pielonefrite.

Compresiune-Hidronefroză.

Nu sunt complicații așa de importante ale bolii. Numai când mărimea chistului este excesivă, desvoltarea lui este abdominală, deplasează viscerele, fără a li o compresiune propriu zisă. În desvoltarea superioară a chistului spre cupola diafragmatică, poate deplasa cordul ca și o pleurezic.

Se semnalează tot rar și edeme prin compresiunea venei cave inferioare.

Cazuri mai dese sunt cele de compresiune ale ureterului, datorite aderențelor perichistice, plecate în special din polul inferior renal.

Se poate produce și obstrucția ureterului printr'o veziculă hidatică sau o dilatare a bazinețului prin obstrucții hidatice repetate.

Chistul hidatic și ptoza renală

Această complicație puțin semnalată, există destul de des. Noi o amintim pentru că pune des probleme terapeutice importante.

Formele clinice

Variabilitatea lor clinică depinde dacă avem de a face cu chiste hidatice renale, deschise sau închise.

În primul caz pacientul prezintă colice nefretice, urile conțin membrane, vezicule sau puroiu.

Diagnosticul este îngreunat când nu avem de a face cu chiste de volum mare.

Când chistele sunt mari se prezintă ca și tumorile abdominale. După Abadie: dezvoltarea lor se face între lombe și ombilic apropiindu-se de diafragm sau de fosa iliacă.

Această confuzie cu tumorile abdominale face de multe ori să se ia o cale de intervenție apropiată de cea adevărată, mai ales că tumoarea poate fi de consistență variabilă, de formă neregulată și frează hidatică să lipsească.

Diagnosticul este mai ușor când tumoarea ia o direcție și o dezvoltare lombară, pentru că aceste chiste nu depășesc în cazul acesta mărimea unui pumn de adult. Tumoarea este singurul semn clinic precis, lipsind semnele urinare.

Deci aceste trei forme clinice sunt mai importante :

Chist deschis.

Chist închis cu dezvoltarea abdominală.

Chist închis cu dezvoltarea lombară.

Diagnostic

Diagnosticul va fi diferit după aceste trei forme clinice. Puncția exploratorie este de condamnat și este părăsită complet astăzi.

Este însă foarte utilă pentru chirurg, dar cu condiția ca să fie practică numai în timpul intervenției, pe masa de operație.

1. Chistul este deschis. Avem eliminări de membrane hidatice sau de vezicule, adesea după o criză nefretică. Sunt cazuri citate în care eliminarea de vezicule s'a făcut fără a da naștere la dureri. După o criză nefretică urmată de acalmie și eliminare prin urină de resturi echinococice, descrise precis de bolnav, diagnosticul se poate pune sigur.

Dacă este vorba de colice nefretice și eliminarea resturilor hidatice nu este sigură, observabilă sau precisă, se impune de a se face examinări. Acestea sunt :

a) Examinarea microscopică a urinei pentru a vedea dacă sunt prezente scolexuri. Inșă s'ar putea ca examenul nostru să fie negativ : prin distrugerea scolexurilor în urină, prin obstrucția momentană datorită scolexurilor, veziculelor, resturilor membranoase oprite în ureter, sau chistele să nu fie fertile.

b) Cateterismul ureterului și examenul bacteriologic al urinei, pentru a îndepărta o baciloză renală, care ar putea da colice renale.

c) Pielografia pentru a vedea un început de hidronefroză.

d) Radiografia pentru a îndepărta o litiază urinară, arătându-ne o imagine anormală la nivelul umbrei renale.

e) In fine se poate să avem o eliminare de resturi hidatice, fără crize renale. Trebuie să ne îndreptăm diagnosticul și spre un chist hidatic al bazinului deschis în vezică. Sunt citate cazuri de chiste hidatice ale mezenterului deschise în vezică. In tot cazul diagnosticul nu este greu, dificultate în punerea lui este atunci când avem crize renale fără eliminări de resturi hidatice sau eliminări de resturi hidatice fără crize renale.

2. Chistul este închis și dezvoltarea lui este abdominală.

Diagnosticul este mai greu mai ales în țările unde echinococoză renală este mai rară.

Tumoarea chistică se prezintă ca o tumoare retroperitoneală și foarte rar ca o tumoare intraperitoneală. Se poate confunda cu o tumoare a ovarului, un fibrom, o tumoare a mezenterului, etc.

Confuzia se poate face cu o tumoare a splinei, a cozii, sau a capului pancreasului, precum și cu o tumoare sau un chist al ficatului.

Sunt totuși un grup de semne, cari servesc ca punct de plecare pentru diagnostic.

Mai întâiu, starea generală bună a bolnavului, lipsa de febră sau fenomene dureroase puțin accentuate.

Tumoarea indoloră este înapoia colonului. Percuția înaintea ei este sonoră, după insuflația de aer.

Se pune mare preț pe imobilitatea tumorii în timpul mișcării respiratorii. Când este pozitivă ajută la localizarea tumorii.

Reacția Casoni sau Weinberg-Pârvu, ne poate indica diagnosticul. Negativitatea lor nu exclude diagnosticul.

Hematuria prezintă și duritatea tumorii ar putea înclina pentru un cancer, însă hematurile sunt mai rare în

echinococoză precum și duritatea mai mică, tumoarea fiind mai suplă. Greșeli s'au putut face și surprizele, n'au fost mici cu ocazia intervenției.

Chistele seroase, rinichiul polichistic, pot fi luate în considerare în diagnosticul diferențial, însă afecțiunea este bilaterală, nefrita accentuată, la fel și semnele urinare. Cateterismul ureterului îndepărtează îndoiala.

Când chistul este supurat, este mai greu a ne gândi la echinococoză, mai ales că starea infecțioasă, tumefacția dureroasă înclină spre o colecție perinefretică sau pentru o pionefroză.

3. Chistul închis și dezvoltarea lombară.

Diagnosticul este mai ușor în cazul acesta. Dezvoltarea lombară înclină spre o tumoare renală. Confuzia cu tumorile abdominale aci e exclusă.

În concluzie diagnosticul nu este greu: când examenul medical e complet, când se face cateterismul, pielografia, radiografia și probele biologice.

T R A T A M E N T

Istoric.

Deja din 1861 s'a preconizat de către Beraud ca singurul tratament eficace, intervenția chirurgicală. Până atunci tratamentul se reducea la calmarea colicelor, se trata piuria și când hidatidele nu se mai observau în urină, se puncționa chistul și se vida. Se introduceau substanțe antiseptice mai ales sublimat, însă prin nocivitatea tratamentului aceste metode au fost părăsite.

În 1877 Simon a preconizat electroliza micilor chiste. Pentru cele mari, dublă puncție după formarea aderențelor, prin legături elastice. Au dat morți prin supurații lungi sau prin septicemii.

S'a încercat formarea aderențelor și prin caustice. Deasemeni s'au executat și chistostomii în doi timpi.

În 1887 Boeckel, practică primele nefrectomii totale.

Nicaise în 1907 din cauza tehnicii operatorii nu prea bună — cazurile mortale fiind dese — recomandă nefrectomia parțială în locul celei totale. La fel Nogueira în 1913, înclină pentru nefrectomiile parțiale.

Congresul din Buenos-Ayres din 1922 preconizează nefrectomia, când rinichiul este distrus, cu condiția ca aderențele să nu fie prea puternice. Reducția fără drenaj în chistele cu conținut clar. Nefrectomia parțială e rezervată chistelor mici supurate sau hematice. În chistele mai mari și supurate: marsupializația.

În 1927 Dainelli recomandă marsupializația în toate cazurile de echinococoză.

La noi în țară după datele ce le putem avea la dispoziție, a publicat un caz de chist hidatic Dl. Dr. Altescu, la congresul național de Urologie, anul 1933, precum și Dl. Prof. I. Iacobovici 2 cazuri tratate chirurgical și publicate cu ocazia Congresului național de Urologie din anul 1935.

METODELE OPERATORII

1. Nefrectomia totală.

Indicațiile ei sunt următoarele: afară de cazurile de chiste mari cu rinichiul complet distrus: deschiderea în calice și bazinet, deschiderea în intestin sau în altă parte, coexistența cu alte leziuni renale: tuberculoza, pionefroză, litiază, chist calcifiat al rinichiului, chiste multiple ale aceluiași rinichiu (Nicaise, Nogueira, Ricardo Spurr).

Ideia ideală și generală este de a practica operația conservatoare, când rinichiul nu este distrus în totalitatea sa. Acestea sunt cele mai multe cazuri și e irațional de a suprime complet glanda, când avem la dispoziție intervenții care permit conservarea ei. Greșeala este de a nu se face toate examinările. Este citat cazul lui Houzel când s'a făcut nefrectomia și anomalie, nu exista decât un singur rinichiu!

În chistele mari nefrectomia este dificilă din cauza aderențelor solide cu regiunea diafragmatică în sus, înainte cu intestinul, duodenul. Mortalitatea globală este de 10%—18% și dacă ne gândim că mortalitatea în cele neoperate este de 5% (după Nicaise). Cazurile pentru nefrectomie sunt rare, afară de cazurile unde coexistă și alte afecțiuni pe lângă echinococoză: baciloză, litiază, cancer. Nefrectomiile deci sunt rare (un caz al lui Legueu, cazul lui Minnet, cazul lui Bernasconi).

O indicație mai puțin rară este: chist deschis de mult timp în căile urinare și cu pereții calcificați. Aici nefrectomia parțială este imposibil de făcut, marsupializația puțin satisfăcătoare, ducând la fistule urinare.

Pentru chistele deschise în alte organe sau cavități, nefrectomia este metoda de urmat.

2. Reducția fără drenaj.

Este indicată în chistele uniloculare sau multiloculare. Mortalitatea este zero. Se practică după puncția chistului și injectarea de formol. se incizează pereții și se extirpă membranele și veziculele dacă există. În multe cazuri firele de sutură ale pungei chistice sunt fixate la peretele abdominal. Se citează două cazuri unde cavitatea chistică s'a umplut de serozitate și câteva puncții succesive au fost necesare. Într'un caz plaga a lăsat să se infiltreze puțină urină. S'a susținut de unii chirurghi, că s'ar forma aderențe după această metodă, cazurile controlate în mod serios nu au dovedit însă aceasta, ci perfecta vindecare a bolnavului. Hemoragii intrachistice nu s'au observat nici odată, la fel nici recidive.

Complicațiile prin supurația chistului sau a hematomului infectat sunt extrem de rare după o bună tehnică. Riscurile sunt minime, operațiile de durată mai mică, în loc de a diseca aderențe solide: intervenție simplă, anestezie locală, mortalitatea zero, prognosticul ca și în cura radicală a unei hernii. În concluzie în chistele mari este indicată reducția fără drenaj, chiar în cele de mărimea unui cap de făt, riscurile operatorii sunt nule.

Putem rezuma, că reducția fără drenaj este cel mai indicat procedeu în chistele hidatice ale rinichiului, chiste mari închise și nesupurate.

3. Nefrectomia parțială.

Este preconizată de Nicaise în chistele nesupurate și când parenchimul renal e păstrat complet sau în cea mai mare parte.

Nogueira consideră această intervenție ca cea mai bună.

Ricardo Spurr susține, că n'ar fi mai utilă decât reducția fără drenaj și că prezintă aceleași pericole ca și nefrectomia.

Eficacitatea intervenției ar consta în: conservarea rinichiului, lipsa de recidive.

Rezecția poate fi și cuneiformă, precum și atipică, în special în chistele mici, prinse de un pol renal.

Se practică și în chistele calcificate, nedeschise în bazinet, cu condiția ca aderențele perichistice să fie destul de ușor liberabile, ca să nu se secționeze din țesutul renal sănătos.

Astfel nefrectomia parțială este o intervenție excepțională. Mortalitatea este redusă, totuși ceva mai ridicată ca în reducția fără drenaj.

4. Marsupializația.

Indicațiile ei sunt contraindicațiile reducerii fără drenaj. Mortalitatea ar fi după Dainelli și Nicaise de 6,12%. Indicațiile ei sunt:

In chistele supurate.

In chistele calcificate și deschise in căile urinare.

In chistele mari cu pereți anfractuoși.



OBSERVAȚII CLINICE

În clinica chirurgicală și a bolilor căilor urinare din Cluj, se găsește un singur caz de chist hidatic supurat al rinichiului drept, operat în anul 1939, ceea ce confirmă încă odată raritatea excepțională a acestei afecțiuni.

Bolnavul P. E. în vârsta de 26 de ani, căsătorit, de profesiune învățător, de naționalitate română, religie greco-catolică, comuna Vaideni, județul Mureș, s'a internat în clinica urologică la data de 18 Aprilie 1939, cu următoarele simptome: În antecedentele heredo-colaterale cât și personale neprezentând nimic deosebit. În istoricul bolii actuale găsim că bolnavul suferă aproximativ de 3 ani, boala debutând în mod brusc în urma unor eforturi fizice, prin crize renale drepte repetate, bolnavul fiind cuprins în mod subit de o durere vie, ce era localizată în flancul drept, prezentând iradițiuni tipice spre organele genitale externe și spre coapsa corespunzătoare, cu o durată variabilă dela câteva ore până la 1—2 zile. Primele crize au fost însoțite și de iradițiuni dureroase spre umărul drept. La început crizele au apărut la intervale de timp mai rare, pentru ca în anul al doilea și al treilea de suferință, bolnavul să observe o apariție mai deasă a acestor crize. Aproape de fiecare dată crizele erau urmate de o poliurie eliberatorie cu eliminare de vezicule hidatice (hidaturie), ce a impresionat foarte mult bolnavul. Hematurie nu s'a semnalat. Datorită acestor crize repetate cât și faptului, că a început să slăbească foarte mult, bolnavul se decide pentru internare în acest serviciu.

La examenul clinic se constată o asimetrie abdominală datorită unei bombări a flancului drept. La palparea lojei renale drepte se constată: o tumoare renală ce prezintă contact lombar, mobilă cu mișcările respiratorii și foarte sensibilă. În rest, organele abdominale și toracice de conformație normală. Tensiunea arterială 15—8. V. L.

La examenul cromocistoscopic se constată o lipsă de funcțiune a rinichiului drept.

Examenul urinei: albumină, puroi, zahăr negativ, iar în sediment leucocite 15—25 în câmp și săruri amorfe uratice, precum și foarte multe cărlige. Leucocitoza 9.200.

Reacția Wassermann negativă.

Azotemia 0,38 gr. ‰.

Constanta Ambard 0,067.

Reacțiile biologice: intradermoreacția lui Casoni și reacția de fixare a complementului Weinberg-Pârvenu, pozitive.

Eozinofilia 5%.

Se procedează la explorarea radiologică a bolnavului, făcându-se în primul rând o pielografie intravenoasă cu Per-Abrodil. Cum însă pielograma obținută nu a dat nici o imagine caracteristică calculo-pielo-ureterală se procedează din nou la o pielografie ascendentă dreaptă, care din cauză că orificiul ureteral drept fiind mascat de vezicule hidatice cari proeminau în vezică, sonda ureterală numai cu mare dificultate poate fi introdusă. Astfel pe pielograma ascendentă obținută se văd două pungi de mărimea a două nuci, una situată la polul superior al rinichiului, iar cealaltă în partea mijlocie corespunzătoare bazinei. Ureterul de grosimea unui deget cu aspect sinuos, este proiectat pe coloana vertebrală, prezentând o curbură cu concavitatea externă la nivelul vertebrelor 3—4 lombare.

În urma acestor examinări (clinice, biologice, de laborator și radiologice) bazați și pe fenomene de hidaturie, se stabilește diagnosticul de chist hidatic al rinichiului drept.

Se decide intervenția operatorie care se execută în anestezie generală cu eter, în ziua de 25 Aprilie 1939. Prin actul operator s'a confirmat diagnosticul, precum și localizarea leziunii mai mult spre polul superior, iar organul prezentând o compromitere completă a parenchimului — rinichiul drept fiind definitiv compromis ca funcție — nefrectomia cu toate dificultățile întâlnite, a fost intervenția salvatoare pentru bolnav. Intervenția conservatoare ar fi fost de preferat celei radicale, însă neputându-se face o demarcație precisă între chist și restul parenchimului renal, a fost necesar să se recurgă la o nefrectomie totală. La fel chistectomia neputându-se face din aceleași motive, iar marsupializarea dacă s'ar fi făcut cu siguranță, că ar fi avut drept rezultat formarea unei fistule urinare lombare, cu extrem de puține șanse de închidere.

Deci nefrectomia totală făcută, a fost singura intervenție salvatoare pentru bolnav, care în ziua de 24 Iunie 1939 părăsește clinica vindecat.

Caracteristica cazului de față nu o constituie stabilirea diagnosticului, care s'a făcut ușor datorită hidaturiei precum și celorlalte mijloace de investigație, cromocistoscopice și în special pielografiei ascendente, ci conduita terapeutică ideală (nefrectomie totală) ce a fost aplicată cu succes, întrucât chistul forma un perete rigid puternic îngroșat care interesa totalitatea parenchimului renal pe întreaga lui convexitate, așa că din punct de vedere funcțional, acest rinichi era complet compromis.



CONCLUZII

1. *Echinococoză renală este o boală parazitară, datorită Teniei Echinococcus, cu localizare rară la nivelul rinichiului.*

2. *Diagnosticul este ușor de pus, dacă se fac toate examinările clinice, biologice, radiologice și de laborator și când cavitatea chistului comunică cu căile urinare; este dificil de stabilit, dacă cavitatea chistului nu comunică cu căile urinare și mai ales dacă prezintă un proces supurativ.*

3. *Tratamentul eficient și rațional, este cel chirurgical.*

a) *Nefrectomia nu trebuie rezervată decât în chistele renale întovărășite și de alte leziuni renale (baciloză renală, calculi renali, cancer renal), în chistele calcificate deschise în căile urinare, precum și în cele cu pereții rigizi, puternic infiltrați, cari fac corp comun cu restul parenchimului renal și comunică cu căile urinare.*

b) *Reducția fără drenaj: în orice chist de orice mărime uni sau multivezicular, cu condiția să nu fie supurat.*

c) *Nefrectomia parțială este excepțională și este rezervată chistelor mici cu bază de implantație redusă, precum și chistelor calcificate închise.*

d) *Marsupializația: se practică rar. Este rezervată chistelor supurate și chistelor mari unde sterilizarea nu este sigură.*

Cluj, la 20 Mai 1940.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Fac. de Medicină:
ss. **Prof. Dr. I. Drăgoiu,**

Președintele tezei:
ss. **Prof. Dr. E. Țeposu.**



BIBLIOGRAFIE

Boekel: Etude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical.

Sergent: Exploration clinique medicale, technique et semeiologie ed. 1937.

Forgue: Precis de pathologie externe ed. 1939.

Lejars: Traité de chirurgie d'urgence ed. 1936.

Dévé: L'échinococcose secondaire. Paris 1910.

Daniel: Gaz. de hopitaux, 1913.

R. Spurr: Rapport au Congrès de Buenos—Ayres de 1922.

Carnot—Rathery: Pathologie interne.

E. Țeposu: Curs de urologie.

I. Hațieganu și I. Goia: Tratat elementar de semeiologie și patologie medicală,

