

1054  
CV 1226

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

3819

No. 1200.

# MIONEFROPEXIA

PROCEDEUL D-LUI DR. JACOBOVICI

— ☞ —  
TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE: 24. OCT. 1911

DE

GH. FULGEANU.

*Fost Intern al Spitalelor și Maternității, Intern al Sanatoriului Diaconeselor*



BUCUREȘTI

—  
TIPOGRAFIA PROFESIONALĂ, DIMITRIE C. IONESCU

9. — STRADA CÂMPINEANU, — 9.

1911



★ 4 4 0 0 0 3 0 5 0 ★

Biblioteca UMFST

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1200,

# MIONEFROPEXIA

PROCEDEUL D-LUI DR. JACBOVICI

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE **24. OCT.** 1911

DE

GH. FULGEANU

23 MAY 2005

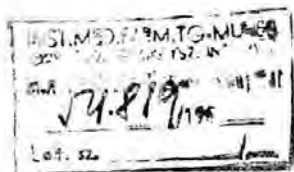
*Fost Intern al Spitalelor și Maternității, Intern al Sanatoriului Diaconesselor*

BUCUREȘTI

TIPOGRAFIA PROFESIONALĂ, DIMITRIE C. IONESCU

9. — STRADA CÂMPINEANU, — 9.

1911



# FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan : D-1 Profesor Dr. T. IONNEȘCU

## PROFESORI

Clinica II-a chirurgicală . . . . .	D-1 Dr. Angelescu C.
Chimie medicală . . . . .	" Athanasescu N.
Anatomia patologică . . . . .	" " Babeș V.
Bacteriologia și patologia experimentală } . . . . .	" " Buicliu Chr.
Clinica II medicală . . . . .	" " Cantacuzino I.
Medicina experimentală . . . . .	" " Demosthene Ath.
Medicina operatorie . . . . .	" " Drăghiescu D.
Clinica și teoria obstetricală . . . . .	" " Ionescu Th.
Anatomia topografică } . . . . .	" " Măldărescu N.
Clinica I chirurgicală } . . . . .	" " Marinescu G.
Farmacologia și clinica terapeutică . . . . .	" " Miculescu C.
Fizica medicală . . . . .	" " Minovici M.
Medicina legală . . . . .	" " Nanu-Muscel I.
Clinica III-a medicală . . . . .	" " Obregia Al. (supl.)
Istologia normală și Embriologia . . . . .	" " Paulescu N.
Fiziologia umană . . . . .	" " Petrini-Galatz M.
Clinica dermatologică și sifiligrafică . . . . .	" " Petrini Paul
Anatomia descriptivă . . . . .	" " Proca Gh.
Patologia generală . . . . .	" " Römniceanu Gr.
Patol. chir., bandaje și apar. de fracturi } . . . . .	" " Angelescu C. (supl.)
Clinica III-a chirurgicală } . . . . .	" " Sihleanu St.
Zoologia medicală . . . . .	" " Sion V.
Igiena și poliția sanitară . . . . .	" " Stoicescu G.
Clinica I-a medicală . . . . .	" " Obregia Al.
Clinica mentală . . . . .	" " Theohari A.
Terapeutică experimentală . . . . .	" " Thomescu N. C.
Clinica infantilă . . . . .	" " Thomescu I. Th.
Patologia medicală . . . . .	" " Vlădescu M.
Botanica medicală . . . . .	" "

## AGREGAȚI

Clinica boalelor oto-rino-laringologice . . . . .	D <sup>1</sup> Dr. Felix Eug.
Farmacia chimică și galenică . . . . .	" Georgescu M.
Anatomia topografică . . . . .	" Gerota D.
Chimia analitică . . . . .	" Minovici St.
Chimia alimentelor și băuturilor . . . . .	" Poltzer A.
Oftalmologia și clinica oftalmologică . . . . .	" Stănculeanu G.

## JURIUL DE PROMOȚIUNE .

Președinte :	D-1 Profesor Dr. IONNEȘCU T.
Membrii	» » » DRĂGHIESCU D.
	» » » DEMOSTHENE ATH.
	» » » THEOHARI A.
	» » » STĂNCULEANU G.
Suplinitor	» Docent » HERESCU P.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima nici aprobare nici desaprobare.

*Prezint această modestă lucrare, fără să am pretenția de a o considera ca definitivă și concludentă, ci numai ca o lucrare de semnalare, care să dea loc altora, acestea urmate, poate, de un rezultat definitiv.*

*Am totuși satisfacția de a fi dat la lumină una din multele idei de tehnică chirurgicală, care au pornit și pornesc din școala modernă de chirurgie dela spitalul Colțea, ilustrată de șeful și inspiratorul ei, D-l Prof. Thoma Ionescu, care din toată inima și din tot sufletul dă îmbold la lucru celor, ce au avut fericirea să se găsească pentru câțva timp, chiar, în jurul D-sale.*

*Din această școală și-a luat obârșia și procedeul, care face subiectul lucrării de față. Experimentat pe cadavru, a fost pus în execuție la 20 Septembrie 1910.*

*Diferite împrejurări au făcut, ca numai acest singur caz să fi fost operat; totuși rezultatul bun ce a urmat, și care se menține și azi, indrituește atât pe autorul procedeului, cât și pe cel care scrie aceste pagini, să susție că procedeul își are valoarea lui și merită a fi cunoscut și pus în aplicare.*

*Procedeul a fost comunicat Cercului de studii genito-urinare în ședința sa dela 29 Octombrie 1910. De asemeni a fost publicat în „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“ din Aprilie 1911, și discutat în „La Semaine Médicale“ din 20 Septembrie 1911.*

Nu pot trece mai departe, fără a nu mă opri, spre a adresa mulțumirile mele celor, care m'au învățat și condus în anii mei de studii.

Pe D-l Profesor Thoma Ionescu, odată cu asigurarea modestei mele recunoștințe, îl rog să primească mulțumirile mele sincere pentru toate sfaturile și cunoștințele, ce mi-a dat în tot timpul cât am fost internul D-sale, iar pentru încrederea ce mi-a arătat, cuvintele sunt prea slabe, ca să arăt ceeace, într'adevăr, simț față de Domnia-sa.

De asemenea rog pe D-l Profesor Drăghiescu să primească mulțumirile mele, pe de o parte pentru învățămintele ce am dobândit în Institutul Maternitatea, iar pe de alta pentru învoirea ce mi-a dat de a utiliza în susținerea tezei mele observația Institutului, privitoare la femeia operată prin proc. d-rului Iacobovici.

D-lui dr. Iacobovici, care mi-a călăuzit pașii din sala de disecție, îi aduc mulțumirile mele, fiindcă mi-a încredințat onoarea de a-i susține procedeul.

Tuturor domnilor medici primari, medici secundari, șefi de clinică și asistenți de prin serviciile de spital, prin care am trecut, le aduc mulțumirile mele.

Colegilor mei de facultate și internat amintiri plăcute.

Cumnatului meu, care a fost mai mult decât un tată pentru mine, îi aduc vii mulțumiri și-i dau asigurarea recunoștinței mele neclintite.

---

Anatomiștii, fiecare conform cu ideile lor, au așezat rinichiul în diferite sub-împărțiri ale etagiului superior al abdomenului.

Așa Haller (1745) pune rinichii de ambele laturi ale coloanei vertebrale între a XI vertebră dorsală și a IV-a lombară.

*Vogel* îl coborâ până la creasta iliacă și chiar până în basin.

Anatomiștii în adevăr determină foarte bine situația; iau însă drept punct de reper diverse organe, sau părți de organe, ce diferă de la unul la altul, de aci diversitate de descriții.

*Malgaigne* îi pune la înălțimea ultimelor două vertebre dorsale și primele două lombare.

*Richet* în contact cu ultimele două coaste.

*Henle* pe laturile primelor trei dorsale în jos; iar în sus până la a XI-a coastă, pe care o întrece uneori.

*Cruveilhier* îi pune în profunzimea regiunii lombare, numită pentru aceasta regiunea renală, de ambele părți ale coloanei vertebrale, și în afară de peritoneu. Ei sânt în raport cu ultimele două sau trei coaste.

*Pansch*, din pricina variațiilor în lungime a coastei a

XII-a, iă ca punct de plecare creasta iliacă. Distanța de aci până la polul inferior al organului este 4—5 cm. sau maximum 6 cm. Poziția lui devine anormală când este coborît mai jos; totuși oscilațiunile sânt admise.

*Sappey* așează rinichii la nivelul ultimei vertebre dorsale și primelor două lombare, înainte mușchiului pătrat al lombelor și îndărătul intestinului și peritoneului. Dreptul este complet acoperit de ficat; iar stângul numai în parte de splină.

*Récamier* dă aceleași limite ca și *Sappey*; mai adaogă însă, că polul inferior al rinichiului drept se coboară până la nivelul apofizei transverse a celei de a III-a vertebre lombare, pe când cel stâng descinde numai până la marginea superioară a ei.

*Testut* dă ca situație pentru rinichi regiunea posterioară a abdomenului, de ambele părți ale coloanei vertebrale, la nivelul ultimelor două vertebre dorsale și primelor două lombare.

*Poirrier* îi așează în partea superioară a fosei lombare, dând ca limite de situațiune a XII-a vertebră dorsală în sus și în jos a II-a lombară.

Rezumând deci părerile mai noi și mai cu autoritate, vom putea spune: că rinichii se găsesc în partea superioară a fosei lombare, fixați la părțile posterior al abdomenului; că ei se găsesc pe ambele părți ale rachisului, la nivelul ultimelor două vertebre dorsale și primele două lombare; și, că dreptul, având a suportă greutatea ficatului, s'ar găsi câte odată la un nivel mai scoborît decât cel stâng.

Această ultimă propozițiune este cunoscută încă de mult. *Bauhin* și *Spigel* o admit ca justă chiar din secolul al XVII-lea. *Legendre*, *Luschka* și *Rüdinger* nu o admit.



*Pansch* susține, că, numai în  $\frac{1}{2}$  din cazuri, lucrurile se petrec așa; iar *Récamier* o găsește în  $\frac{2}{3}$  din cazurile disecate de el.

D-l Agregat dr. *Gerota*, disecând 22 de cadavre, nu a întâlnit această dispoziție decât într'un singur caz.

Chirurgului îi incumbă sarcina, de a descoperi, dacă un rinichiu este căzut, sau nu. Toți autorii clasici admit, că un rinichi normal așezat, nu este palpabil, fiind așezat tocmai sus de tot în abdomen. Din contra, de îndată ce un rinichi nu se mai găsește la locul său obișnuit, fie că, primitiv normal așezat, a căzut din diferite cauze, fie că se găsește congenital deplasat, atunci dânsul devine palpabil, mai mult sau mai puțin, după gradul său de coborîre.

Totuş explorația este destul de dificilă, atât la patul bolnavului, cât și chiar în cursul unei operații, când chirurgul are sub mână organul însuși.

*Glénard* propune să se prindă cu putere, la indivizii cu părții abdomenali flasci sau puțin grași, între degetul cel mare dela mână și celelalte degete regiunea ilancului, imediat sub baza toracelui. Se simte atunci cum lunecă rinichiul sub mână, în mișcările de coborîre și suire, ce execută sincron cu diafragma.

*Guyon* dă un alt procedeu de palpate al rinichiului, bimanual. Procedeu acesta, e cel care dă mai bune rezultate. Bolnavul e așezat în decubit dorsal. Se insiniază o mână între planul patului și regiunea lombară. Degetele comprimă cu vârfurile lor unghiul costo-vertebral, în timp ce cu cealaltă mână, așezată pe părțile abdominal anterior, chiar sub marginea coastelor, se deprimă părțile moi anterioare. Prin urmare rinichiul este cuprins între amândouă mâinile, bolnavul nu suferă

de strângerea, propusă de *Glénard*, și așa putem să ne dăm seama de gradul de coborîre al rinichiului. *Israël* procedează la fel, dar pune bolnavul în decubit lateral pe partea opusă palparei.

Despre gradul, mai mult sau mai puțin intens, de mobilitate a rinichiului ne putem da seamă printr'un alt procedeu, imaginat tot de *Guyon* și numit Balotamentul renal. Bolnavul e tot în decubit dorsal. Mănile chirurgului sunt așezate tot ca pentru palparea bimanuală. Se împinge atunci brusc părțile lombar prin o mișcare a mâinii posterioare. Rinichiul este aruncat înainte și mâna anterioară îl simte, putând judeca și despre volumul, și despre gradul său de mobilitate.

Acestea fiind zise asupra situațiunii rinichilor și asupra modului lor de palpare, să vedem în puține cuvinte în ce raport se găsesc dânsii, reciproc unul față de altul, precum și față de coloana vertebrală, care reprezintă planul median al corpului.

Toți autorii admit că rinichii sunt îndreptați oblic de sus în jos și dinăuntru în afară; sau traducând această idee cu alte vorbe, rinichii sunt mai apropiați unul de altul prin extremitățile lor superioare decât prin cele inferioare. În cifre medii 6—7 cm. separă extremitățile superioare, pe când polii inferiori se găsesc la 10—11 cm. unul de altul.

*Morris* și *Récamier* au raportat această oblicuitate la linia mediană, și, în cifre medii, au găsit, că, sus marginea internă, a rinichiului se găsește la  $2\frac{1}{2}$  cm. de linia mediană, iar jos la  $3\frac{1}{2}$ —4 cm.

*Le Dentu* dă pentru marginea externă a organului o depărtare de 8—9 sau chiar 10 cm. de linia mediană.

*Récamier* face această constantă mai puțin variabilă, dându-i numai  $8\frac{1}{2}$ —9 cm. Trebuie să ținem bine înțeles cont și de lărgimea feței anterioare a rinichiului, care intră în calculul acestei constante, și care poate varia.

Stabilind raporturile de situație ale rinichiului față de coloana vertebrală, și față de congenerul său, putem trece acum la stadiul succint al rapoartelor ce rinichiul contractează cu organele și formațiile vecine.

Vom distinge glandei renale două fețe: anterioară (sau mai bine zis antero-externă) și posterioară (sau mai bine postero-internă); două margini: internă și externă; și doi poli: superior și inferior.

*Fața anterioară* diferă ca raporturi, după cum o considerăm la rinichiul drept, sau la cel stâng.

I. *La dreapta.* a) Ficatul o acoperă în cele  $\frac{2}{3}$  sau  $\frac{3}{4}$  superioare prin fețișoara mijlocie a feței inferioare a lobului drept. Între ficat și rinichi se găsește ligamentul hepato-renal. Când ficatul e prozant, fapt ce coincide adesea cu rinichiul mobil, acesta e complect acoperit de ficat. b) Duodenul în porțiunea a II-a a sa (verticală, descendentă sau prerenală) acoperă direct, fără ca peritoneul să se interpună, treimea internă a feței. c) Unghiul drept al colonului acoperă direct, fără interpunere de peritoneu extremitatea inferioară a feței aceștia.

II. *La stânga.* a) Splina vine prea puțin în raport cu fața anterioară, din contra iă contact mai mult cu marginea externă. b) Pancreasul acoperă, fără interpunere de peritoneu, sfertul superior al feței, însoțit fiind și de vasele splenice. c) Unghiul stâng al colonului se găsește pe extremitatea superioară a rinichiului stâng, suspendat prin ligamentul freno-colic. d) Colonul descen-

dent acopere partea externă a feței anterioare a rinichiului stâng, separat fiind de el prin fasa lui *Toldt*.

*Fața posterioară* are acelaș raport important de ambele părți: fundul de sac inferior al pleurei semnalat de *Récamier*.

Dăm în liniile ce urmează textual concluziile, la care ajunge autorul, după examenul a 50 cadavre. „Fundul de sac pleural, pe părțile laterale ale coloanei vertebrale, se coboară la 1—1 $\frac{1}{2}$  cm. de desubtul coastei a XII-a, apoi se duce oblic în jos și în afară, aproape orizontal, și, după un traect de 3—4 cm. se ascunde sub fața anterioară a acestei coaste, când ea este lungă (la 5—6 cm. dela linia mediană). De aci trece oblic sub fața anterioară a coastei, apoi sub cel din urmă spațiu intercostal, mergând mereu în jos și în afară, atinge coasta XI-a la 10—11 cm. dela linia mediană. De aici ia o direcție la început orizontală, apoi oblic ascendentă, către baza apendicelui xifoid. Punctul cel mai coborît al fundului de sac se găsește deci în punctul unde întâlnește coasta a XI-a, iar nu pe laturile coloanei vertebrale. Când coasta XII-a este scurtă, punctul cel mai coborît este tot la 10—11 cm. dela linia spinoasă, ca și cum coasta XII-a ar fi normală“. Mai jos de raportul cu fundul de sac pleural, rinichii sunt așezați pe mușchiul pătrat al lombelor, întrecându-i puțin marginea sa externă, și venind în contact cu transversul abdominal. Intre mușchiu și fața posterioară renală găsim ultimul nerv intercostal sus, iar jos cei doi abdomino-genitali.

Chiar înainte de a descri raporturile fețelor am propus denumirea de antero-externă, pentru cea anterioară, și de postero-internă pentru cea posterioară. *Henle* le consideră drept așezate în planul frontal al corpului,

lucru dovedit, astăzi ca eronat. În adevăr, secțiunile de indivizi congelați arată că, aceste fețe departe de a fi în planul frontal, sunt foarte oblice față de acest plan și față de cel antero-posterior. *Glantenay* și *Gosset* (în Anatomia de Poirrier) dau o valoare de  $45^{\circ}$  unghiului ce-l formează fața anterioară a rinichiului cu planul antero-posterior al corpului. Deci denumirile de antero-externă și postero-internă ar fi de preferat.

*Marginea externă* este în raport la dreapta cu ficatul, iar la stânga cu splina. De ambele părți este însoțită de arcadele arteriale și venoase exorenale descrise de *Tuffier*.

*Marginea internă* conține hilul renal, acoperit respectiv la dreapta de porțiunea a II-a și la stânga de porțiunea a IV-a duodenului. În sus vine în contact cu artera capsulară inferioară și chiar cu capsula, iar în jos cu ureterul.

*Polul superior* e coafat de capsula suprarenală. La dreapta atinge cava inferioară; la stânga aorta abdominală.

*Polul inferior* este așezat pe psoas și pătratul lombelor.



Cunoscând, acum, poziția și rapoartele glandei renale, să examinăm prin ce mijloace această poziție este menținută sau, cu alte cuvinte, să examinăm aparatul de susținere al rinichiului.

Și aci, aceeași diversitate de păreri ne obligă să facem o mică excursiune istorică, pentru a vedea pe scurt evoluțiunea părerilor asupra fixațiunii rinichiului.

*Luschka* admite deslipirea din foița peritoneală, care

trece înaintea rinichiului, a unui strat de țesut conjunctiv, care trece înapoia organului. Capsula grăsoasă nu se găsește decât spre fața posterioară, iar peritoneul vine direct în contact cu organul.

Henle admite o capsulă grăsoasă, ce se leagă de capsula proprie prin numeroase fire subțiri.

*Simon* și *Arnold* consideră drept peritoneu și foiața celuloasă retrorenală. Deduc, deci, că rinichiul este un organ peritoneal.

*Sappey* descrie rinichiului un soi de loje de susținere, formată dintr'un înveliș celulo-fibros, la care se adaugă ca element de umplere a golurilor, o cantitate variabilă de țesut grăsos, cunoscut încă de *Haller*, sub numele de capsula adipoasă. Loja este închisă în sus și în afară, iar înăuntru și în jos este liberă. Rezultă deci din descriere, că rinichiul se poate deplasa în jos, înainte și înăuntru.

Aceste dispozițiuni, relatate de cei mai vechi, formează nucleul descripțiilor noi, bine înțeles îmbogățite cu cercetările autorilor noi *Zuckerkandl*, *Legueu*, *Toldt*, *Charpy*, *Gerota*, *Delagenière*, *Tuffier*, *Lejars* etc.

Vom da deci un scurt rezumat de descriere a mijloacelor de fixare ale rinichiului, admitând drept bună descripția din tratatul clasic al lui *Poirrier*.

Totdeauna s'au admis trei feluri de mijloace de susținere: vasele, peritoneul și învelișul celulo-fibros.

*Vasele* nu prea au un rol mare în susținerea organului. *Legueu* a demonstrat, secționând vasele cu respectarea tecei lor celulo-fibroase, că rinichiul nu se deplasează. S'a găsit că vasele sunt mai lungi în cazuri deptoză renală; s'a stabilit însă că alungirea e secundară mobilizării organului. Ceeace este de reținut, e că rini-

chiul, în mișcarea sa de mobilizare, alunecă mai întâiu în jos, atât cât îi permite lungimea vaselor; de aci înainte din pricina punctului fix, ce au vasele pe aortă și cava inferioară, organul va începe să se îndrepte înăuntru. Deci organul descrie un arc de cerc, al cărui centru se găsește la nivelul, unde vasele renale ies din aortă și cavă.

*Peritoneul* acoperă o bună parte din fața anterioară a rinichiului, dar nu contractă cu el decât ușoare aderențe celulare, și poate ușor aluneca. Când rinichiul e căzut el nu este urmat în mișcarea sa de peritoneu; totuși se citează 3 cazuri. Rinichiul nu are mezo, dar câte odată peritoneul, încălecând peste marginea externă a lui, trece puțin pe fața posterioară.

*Invelișul celulo-fibros sau fascia perirenală* este adevăratul și cel mai puternic mijloc de susținere. La nivelul marginei externe a rinichiului această fascie, care căptușește până acum peritoneul se dedublează. Foaia anterioară sau prerrenală, subțirică, urmează a căptuși și de acum înainte peritoneul, trece pe fața anterioară a rinichiului, peste vasele renale, peste aortă și cavă, și se fuzionează la nivelul liniei mediane cu foia omologă din cealaltă jumătate a corpului. În jos continuă să căptușească peritoneul fossei iliace; iar în sus trece peste capsula suprarenală, se fuzionează cu foia retrorenală și apoi contractă aderențe solide cu diafragma.

Foaia posterioară sau retrorenală se insinuiază între rinichi și mușchiul pătrat al lombelor, care e acoperit de aponevroza sa, acopere psoasul, întărindu-i teaca, și trecând peste părțile laterale ale coloanei vertebrale, vine de se inseră pe corpurile vertebrelor și pe discurile inter-vertebrale; fără a trece însă de linia mediană, sau

a contractă aderențe cu omologa sa din partea opusă. In sus am văzut, că se unește cu foiața prerenală. In jos, unde unirea nu se face, foaia retrorenală se divide în lamèle din ce în ce mai fine, cari se pierd pe nesimțite în țesutul celulos al fossei iliace.

Rezultă, prin urmare, din această descripțiune, că rinichii sunt cuprinși într'o loje fibroasă, pe care o putem considera ca fiind una singură pentru amândoi, din cauză că pe linia mediană ea nu este închisă, ci numai separată în două compartimente, prin interpunerea aortei, cavei și a coloanei vertebrale. Mai vedem apoi că această loje mai conține, în afară de rinichiu, și capsula suprarenală, și că ea se continuă în jos, spre fossa iliacă, printr'un lung canal fibros, fiind din contra bine închisă în sus și în afară.

*Zuckerhandl* precizează perfect de bine cunoștințele asupra foaiei retro-renale. O lamă neregulat patrulateră, cu mult mai largă decât rinichiul. Distinctă de aponevroza mușchiului pătrat al lombelor, dar reunită cu ea prin numeroase bride celuloase. In spre marginea externă își pierde din consistență și ia un aspect asemănător cu al aponevrozei ombilico-prevezicale. Pe fața sa posterioară se găsește abdomeno-genitalii, cari sunt întru câțva încorporați în fascie.

*Toldt* prin cercetări de embriologie, a demonstrat prezența unei lame celuloase de întărire a foaiei prerenale, prin coalescența mezenterului primitiv cu peritoneul primitiv de pe fața anterioară a rinichiului. La stânga foiața lui *Toldt* acopere aproape  $\frac{2}{3}$  din rinichiu; iar la dreapta prea puțin.

Această lojă, concepută și descrisă ca mai sus, este prea mare, pentru a cuprinde organul, căruia îi e



destinată. Și spațiul rămas gol este umplut cu grăsime, ce constituie capsula grăsoasă. O rețea fibroasă constituie scheletul acestei capsule, și este întinsă între fața profundă a fasciei renale și capsula proprie renală.

*Tuffier*, căre a studiat-o în 1890, a practicat o serie de secțiuni pe cadavre congelate, spre a-și da seama de repartiția acestei grăsimi peritoneale. Pe fața anterioară lipsește aproape complet grăsimea, căci lama celuloasă subperitoneală e foarte deasă și se infiltrează foarte cu greu. Pe fața posterioară din contra, grăsimea se acumulează în straturi, ce ajunge 2—4 cm. de grosime. Pe marginea externă grăsimea umple spațiul dintre colon și rinichi; pe marginea internă constituie un nucleu voluminos la nivelul hilului. La cei doi poli grăsimea iarăși se adună, formând două perinițe: cea de sus sub capsula suprarenală și diafragm, și cea de jos ocupând un spațiu larg, ce se găsește între perețele abdominal și colon.

*Gerota* și unii autori germani descriu un strat de grăsime pararenal, ce se întinde la spatele foaiei retrorenale, dela coasta a XII-a până la creasta iliacă, dându-i numele de corpul adipos pararenal. *Glantenay* și *Gosset* nu admit existența acestui corp adipos decât numai în spre creasta iliacă, și consideră ca rare cazurile, când el se urcă până la coasta XII-a.

Tot *Gerota* consideră ca mijloc de fixație și capsulele suprarenale. Lucrul e adevărat în cece privește pe copii. Capsulele suprarenale sunt în intimă conexiune, prin vase și bride celulare, cu capsula proprie a rinichiului.

Distrugând celelalte mijloace de fixare, abia cu greutatea de 700 și 1000 gr. autorul a putut rupe aceste

aderențe. La adult, însă, grăsimea se interpune, și nu mai rămân decât prea puțin vase mici, cari mai mențin conexiunea,

Așa fixat cum este, rinichiul este oare absolut imobil? Vom răspunde: nu. Așezat aproape de diafragm, cu care are conexiuni, în mod fatal îl urmează pe acesta în mișcările de inspirație și expirație, descizând mai mult sau mai puțin, după amploarea respirației. Primind o mare cantitate de sânge dela inimă, și fiind situat la o distanță nu prea mare de cord, presiunea sanguină, mărită în momentul sistolei cardiace, îl face să prezinte bătăi, ce se constată foarte ușor și la om și la animale. Aceste mișcări, favorizate de grăsimea perirenală, sunt mici, și neperceptute de individ. De îndată ce rinichiul, relaxând mijloacele lui de susținere, își părăsește situația sa, mișcările devin mai mari și încep oarecari turburări, cu care intrăm în domeniul patologiei.

Din interpretarea diferită a condițiilor anatomice de poziție și fixare normală a rinichiului, autorii au ajuns la diferite teorii patogenice ale deplasării patologice a rinichiului.

*Luschka, Henle, Simon, Langenbeck, Sappey și Testut* au văzut în dispariția grăsimii lojii renale factorul cel mai de seamă al căderii rinichiului.

La o analiză superficială această teorie rezistă cu succes, căci dispariția grăsimii, măbind mobilitatea fiziologică, i-ar înlesni rinichiului excursiune mai întinse, deci și ectopia. Bine înțeles că, atunci căderea ar fi con-

diționată de o bruscă topire a grăsimii, lucru imposibil de controlat, și chiar de admis.

Dar ceea ce infirmă cu totul această teorie, este faptul, că, în cursul operațiilor pe rinichi, se dă peste rinichi căzuți, deși sânt înconjurați de masse mari de grăsime, și invers, se găsesc rinichi, cu totul lipsiți de grăsime, cari totuș se mențin perfect de bine la locul lor.

Deci, pe de o parte, acest fapt clinic reduce cu totul rolul, ce s'ar acordă capsulei grăsoase, și, pe de alta, aproape respinge teoria de mai sus care nu poate rămâne în picioare, decât în anume cazuri.

Alții, ca *Zuckerlandl* și *Delagenière*, acordă rol preponderent foitei ce rezultă din coalescența peritoneului primitiv și a mezocolonului ascendent sau descendent. Din dispozitivul anatomic, că acest înveliș este mai slab la dreapta, iar rinichiul are de suportat toată greutatea ficatului, deduc dânsii faptul, confirmat de clinică, că rinichiul drept se ectopionează mai frequent decât cel stâng.

Fiindcă am discutat valoarea mijloacelor de susținere, trebuie să ținem seamă și să enunțăm ad literam concluziile, la care ajunge D-1 Prof. dr. *Bălăcescu* în teza sa.

„După cercetările mele, care concordă cu ale lui *Charpy*, *Legueu* și *Gerota*, voiu conchide cu acești autori, că rinichii sunt menținuți în situația lor normală prin faptul, că sunt bine fixați în capsula lor externă prin filamentele, ce pleacă dela capsula fibroasă la fasciele renale și mai apoi prin solida fixare a capsulei la organele din prejur. Nu mai puțin adevărat, însă, este, că, rinichii își păstrează situația lor normală, grație pozițiunii colonului la fața anterioară a organului“.

Și mergând mai departe, spre a explica patogenia rinichiului mobil, zice:

„Nu voiu privi cu *Albarran* rinichiul mobil ca un stigmat de degenerescență; dar voiu admite părerea D-lui Prof. *Th. Ionescu*, care crede, că, ar exista o predispozițiune congenitală, ce ar favoriza slăbirea mijloacelor de susținere ale rinichiului. Acesta devine atunci mobil în urma celui mai mic traumatism, sau a altor cauze determinate. Sânt multe aceste cauze: congestia repetată a rinichiului, calculii nefretici, hidronefroza, sarcinile multiple, greutatea ficatului, greutatea cecului, laxitatea pereților abdominali, dispariția repede a capsulei adipoase, situațiile diferite ale unghiului colic drept și stâng, obiceiul de a purta un corset prea strâns, etc.“.

„Toate aceste cauze nu pot însă explica prin ele înșiși posibilitatea producerii unei mobilități anormale a rinichiului, fără a se admite o predispoziție congenitală: căci rinichiul la femeie se congestionează în fiecare lună la epoca catamenială, și totuși nu toate femeile, chiar cele cu sarcini multe, au mobilitatea acestui organ; ba, ce este mai mult, sunt virgine, cu pereții abdominali destul de întinși, care totuși suferă grozav din cauza mobilității rinichiului. Ei bine, admitând această predispoziție, se înțelege ușor, că orice cauză ocazională va putea determina dislocarea organului“.

Rezumând prin urmare teoriile, trebuie să admitem pe aceasta din urmă, în cece privește patogenia rinichiului mobil în general, complectată cu cea a lui *Zuckerlandl* și *Delagenière*, în ce privește frecvența căderii rinichiului drept.

Să vedem acum indicațiunile, pe cari experiența personală a chirurgilor, le-au impus.

În primul rând trebuie să admitem, că rinichiul mobil prezintă oarecare gravitate, atât din cauza durerilor, care fac uneori vieța insuportabilă, cât și din cauza complicațiilor ce s'ar putea ivi.

Albuminuria  $14\text{‰}$ , după *Schilling*, și gravela găsesc ușor sediu pe un rinichi mobil; hidronefroza se vede deseori, consecutiv îndoirii ureterului, care a dat o retenție de urină în rinichi; mai apoi rinichiul devine locus minoris resistentiae și pionefroza și pielonefrita vin să se supra-adaoge.

Nu se mai poate susține opinia lui *Glénard* că rinichiul mobil este o boală a spiritului. Turburările subiective, ce-l însoțesc, nu sunt sine materia; ca probă că dispar odată cu readucerea rinichiului în poziția sa normală.

Și dacă sânt rinichii mobili necomplicați, cari nu dau nici-o turburare subiectivă purtătorului lor, și abiă chirurgul îi găsește accidental, apoi sunt alții, tot necomplicați, cari își manifestă prezența lor prin turburări, ce-l fac pe pacient, să se adreseze medicului.

Unii pacienți se plâng doară de desgust pentru unele alimente, de digestie lungă, grea, de eructații și pyrosis. Alții au gastralgii, anorexie, senzații de plenitudine. La alții turburările iau prin aspectul lor mare asemănare cu tabloul otrăvirilor sau crizelor gastrice tabetice, și timp de săptămâni bolnavul varsă toate alimentele abiă ingerate.

Organelor vecine, rinichiul mobil le poate aduce jenă în funcționarea lor regulată. *Hale White* a făcut nefropexia cu succes într'un caz de icter, produs prin com-

presiunea unui rinichiu mobil asupra canalului hepatic. Icterul a dispărut.

\* \* \*

Aceste spuse să vedem, care sunt părerile, ce s'au emis, asupra oportunității intervențiunii.

*Herczel* operează numai rinichii mobili sănătoși, și după ce a încercat mijloace ortopedice, fără rezultat.

*Israël* intervine numai la hidronefroze.

*Newmann* opiniază: a) Când un rinichiu mobil a fost descoperit numai accidental de medic, fără să fi provocat anterior dureri bolnavului, este justițiabil de tratament medical numai. b) Nefropexia e indicată ori de câteori rinichiul e prea mobil, și când tratamentul medical nu a reușit. c) Când, în urma nefropexiei, observăm recidivă, să procedăm din nou la aceeași operație, și numai în urmă la nefrectomie.

*Tuffier* divide rinichii mobili în simpli, cu complicații și congenitali.

1. Când rinichiul nu e complicat pune indicație pentru nefropexie, numai dacă pacientul are dureri continue sau sub formă de criză, mărindu-se în timpul mersului sau când se culcă pe partea sănătoasă. Atunci nu mai rămâne îndoială că o nefropexie dă rezultate admirabile, pe când o centură nu poate imobiliza un rinichiu decât în mod imperfect.

2. Când rinichiul mobil e complicat de o hidronefroză, e de dorit, să se facă nefropexie mai înainte ca, rinichiul să se fi alterat, și să nu-și mai poată reveni la volumul normal. Când piënefroza s'a instalat pe un rinichiu mobil, să intervenim numai după investigații

asigurătoare, că complicația e datorită numai rinichiului mobil.

3. Când rinichiul mobil e congenital, cum simptomul durere lipsește, intervenția nu e de recomandat.

Adesea ori rinichiul mobil dă naștere la fenomene nervoase, sau exagerează asemenea manifestări pe un teren predispus. Atunci în cele mai multe cazuri avem o enteroptoză; și toți autorii sunt contra unei intervenții. *Picqué* o practică numai la nevropați cu accidente uremice. *Guyon* spune: „starea nevropată joacă adesea în suferințele, ce încearcă istericele, un rol mai mare decât ectopia renală. Nefropexia în cazurile acestea nu va da rezultatul dorit și deci e mai prudent a recomanda o centură abdominală de susținere”. *Tuffier* a făcut în extremis 2 nefropexii, ambele urmate de vindecare, una la o isterică și alta la o neurastenică. *Landau* e contra.

Enteroptoza, vârsta înaintată, starea cachetică și boalele constituționale grave constituiesc contra-indicațiuni.

*Albarran* dă următoarele puncte: a) În cazuri de accidente mecanice, sau dureroase, să se încerce bandaj. Dacă accidentele dispar prin aparat, să se lase bolnavului alegerea între operație și centură. Dacă bandajul nu dă rezultat, atunci să se opereze. b) Dacă avem aface cu o isterică sau neurastenică, să i se recomande bandaj și să nu se opereze decât în extremis. c) În caz de enteroptoză să se dea centură și să nu se opereze decât, dacă rinichiul determină prin el însuși accidente serioase. În tot cazul, chiar după intervenție, să se recomande centura. d) Când un rinichi mobil nu determină accidente, să se dea numai centura.

D-l Prof. *Thoma Ionescu* indică operația în toate cazurile unde se poate stabili o relațiune între rinichiul mobil și celălalte simptome observate. Centura abdominală, care e și rău suportată, nu dă o imobilizare suficientă rinichiului dizlocat. Nefrectomia e lăsată numai pentru rinichii mobili, atinși de maladii, ce-i fac improprii funcționării, sau chiar periculoși organismului.

### III.

Chirurgia renală, urmând calea spre propășire a întregii chirurgii, a făcut progrese imense, și cu atât mai mult, fiindcă de prea puțin timp abia, chirurgii au început să atace rinichiul.

Dela 1869, de când *Simon* din *Heidelberg* a arătat posibilitatea suprimării unui rinichi la om, s'a început a se practică, în urma celor preconizate de *Martin* din *Berlin* la 1879, nefrectomia pentru rinichii mobili, cari produceau dureri prea mari purtătorilor lor și *Keppler* a fost primul, care a practicat-o.

*Brodeur* publică la 1886 o statistică coprinzând 26 cazuri. Din acestea 13 fuseseră operate înainte de 1882, cu 9 vindecări și 4 morți. Mortalitatea mare se explică prin faptul lipsei mijloacelor de investigație care să deceleze starea celui alt rinichiu, când individul eră normal ca număr de rinichi, și să arate lipsa celui de-al doilea rinichi, în cazurile anormale.

Un astfel de caz, se întâmplă lui *Polk* în 1882.

Aceasta a fost prima fază a chirurgiei rinichiului mobil, dând rezultate slabe, ca ori și ce început.

Cu *Hahn* intrăm în a doua perioadă. El institue la 1881 *Nefrorafia*, operație conservatoare, care nu mai



elimină din organism rinichiul, căzut, dar sănătos, ci, din contra, îl păstră, căutând a-l readuce în poziția sa primitivă și bună, prin fixarea capsulei lui grăsoase la părțile abdominal, anume la cel lombar. *Le Dentu* o boteză *Nefropexie* la 1889, nume sub care va fi de acum înainte cunoscută.

La început *Hahn* sutură numai capsula grăsoasă la buzele plăgii, fără să aibă vreun punct mai solid de atașare, așa încât recidiva urmă în mod fatal. Deci, mai târziu el însuși a revenit, făcând să treacă firele prin capsula fibroasă, care nu se taie de fire așa de ușor ca cea grăsoasă.

Modificarea aceasta aduse credit operației, și mulți chirurghi începură a o practica.

*Bassini*, la 1882, modifică metoda: firele, destinate să fixeze rinichiul sunt de acum înainte trecute și prin ambele capsule și prin parenchimul renal. Metoda prin perforarea rinichiului era creată, dar fără folos; căci recidiva se producea, rinichiul luându-și punct de sprijin pe un organ puțin solid și mobil, și de care nu se putea lipi prin aderențe.

*Lloyd*, la 1887, face să dispară inconvenientul neformării aderențelor, prin aceea că denudă de capsula fibroasă o parte din suprafața rinichiului, și această suprafață avivată o pune în contact direct cu plaga musculară, obținând astfel aderențe solide.

În Franța chestiunea nefropexiei nu e primită tot așa de bine ca de chirurgii germani, italieni și englezi. Din contra *Segond* în Congresul dela 1886 spune că: „nu poate pune bază mare pe niște simple aderențe provocate prin suturi insuficiente a menține definitiv imobil un organ, care prin mobilitatea sa și-a creiat un pedicul

lung și o vastă lojă retroperitoneală. Socotesc, zicea el, că, până la noi probe, nefrectomia transperitoneală e încă metoda cea mai simplă și cea mai sigură". *Ollier* și alții se arătară partizani ai nefropexiei, fiindcă e un tratament conservator; dar consideră drept rare cazurile în cari s'ar impune o intervenție chirurgicală asupra rinichiului mobil.

Din această atmosferă de neîncredere iese, totuși, la 1889 magistratul studiu al lui *Tuffier*. Dânsul, fără să știe de lucrarea lui *Lloyd*, începe o serie de cercetări experimentale pe câni și ajunge la concluzia că: „pentru a fixa definitiv un rinichi mobil, trebuie o cicatrice susceptibilă de o rezistență considerabilă". Propune deci un procedeu prin decorticarea rinichiului și fixarea lui prin fire perforante.

De atunci mulți chirurghi au devenit adepții intervenției.

*Le Dentu, Lucas Championière, Terrillon, Duret, Pean*, operă fiecare aproape cu un manual operator diferit, și obținând mai toți succese.

În 1888 *Guyon* dă la iveală procedeul său, fără decorticarea rinichiului, pe care *Albarran* la 1895 îl modifică, în lucrarea lui magistrală asupra rinichiului mobil.

La noi se practică prima nefropexie la 1889 Decembrie, de d-l dr. *Leonte*. La 1894 d-l dr. *Drugescu* publică *Considerațiuni asupra chirurgiei rinichiului*, descriind indicațiile, procedeul și rezultatele nefropexiei, practică de 5 ori de d-l dr. *Leonte*.

În 1895 D-l Prof. dr. *Thoma Ionnescu* face 6 nefropexii, iar în 1896 numai 2. Descrierea procedurilor urmate în toate aceste cazuri, cum și procedeul final pro-

priu și definitiv la care D-l Prof. dr. *Thoma Ionescu* a ajuns, au făcut subiectul a două lucrări inaugurale susținute la Facultatea de Medicină din București.

Prima a D-lui Prof. Dr. *Bălăcescu*: *Contribuțiuni la studiul Nefropexiei*, datează din 21 Decembrie 1896, și conține studiul observațiilor cazurilor operate în 1895 și 1896, precum și experiențe, în număr de opt, făcute pe câini.

A doua: *Nefropexia. Procedul D-lui Profesor Dr. Thoma Ionescu a D-rului Carol J. Marcus*, dela 15 Februarie 1905, aduce la lumină un număr de 13 cazuri operate de D-l Prof. Dr. *Thoma Ionescu*, în răstimpul dela 1897—1904.

Alte procedee de fixare a rinichiului, ce se bazează pe utilizarea capsulei fibroase ca element fixator, pe de o parte; iar pe de alta pe aderențele, ce ulterior s'ar formă întru parenchinul renal și țesuturile vecine, sunt ale lui *Morris* și *Sturmdorf*, ambele datând din 1901.

*Morris* detașează o porțiune din partea posterioară a capsulei fibroase și o pune în o butonieră a mușchiului lombar sau psoas.

*Sturmdorf* ia două lomburi din capsulă, unul intern, altul extern, și le fixează la pătratul lombelor.

*Mastrosimone* de asemenea se servește de capsulă (1905).

*Manzardo* în 1906 preconizează o incizie lombară. Deperiostează și secționează coasta a XII-a; iar de partea sa internă, mobilizată, fixează polul superior al rinichiului.

*C. Beck* la 1909 se servește tot de coasta a XII-a, perforând-o și fixând de ea rinichiul prin fire de bronz sau aluminiu.

*Biondi* se servește din 1900 de un procedeu bizar. Anume: trece o bandă de gaz pe dinaintea rinichiului și îi scoate capetele prin partea inferioară a plăgii. Banda rămâne locului 7—8 zile, apoi este trasă afară. A operat după acest procedeu 13 cazuri, toate cu succes.

Pe măsură ce ne apropiem de timpul de față, procedeele operatorii se înmulțesc. Chirurgii trag învățăminte, caută să se conforme cât mai mult condițiilor unei bune și normale fixări operatorii a rinichiului, și încep a se adresa organelor circumvecine, și în special mușchilor, spre a găsi un punct de reazăm organului căzut, și a creia noi dispoziții anatomice, fără a atinge însă parenchinul renal. Cu aceasta pășim în a III-a perioadă a istoriei nefropexiei, sau mai bine a *Myonefro-pexiei* cum trebuie să o numim, de acum înainte, dacă ținem seamă de elementul (mușchiu), la care ne adresăm.

*Kukula* din Praga a fost cel d'întâiu, care a preconizat un astfel de procedeu la 1902. El atacă rinichiul prin o incizie verticală, ce pornește în reg. lombară dela coasta XII-a și până la creasta iliacă, paralel cu masa lombară. Odată rinichiul descoperit, pune în evidență mușchiul pătrat al lombelor și despică în două fascicule acest mușchiu, secționând inserțiile costale ale fascicului extern. Rinichiul este așezat pe fasciculu rămas pe loc, peste el se pune fasciculu ce a fost detașat și care este cusut din nou la coasta a XII-a. Prin acest dispozitiv nou rinichiul este prins ca într'o butonieră.

*Kustlivy* (Trebitch) publică în „Arch. für Klinische Chirurgie“ din 1909 rezultatele tardive a 21 de intervenții de acest soi, cea mai veche datând de 6 ani. In-

tr'un singur caz sfârșitul a fost fatal și datorit unei maldii intercurente. Dintre operați 14 au fost revăzuți, și nu s'a constatat nicio recidivă.

Curând după aceasta văd lumina publicității două noi procedee, care inspirate de lucrările de critică ce apăruseră în contra procedeeelor prin transfixie, pun baze solide procedeeelor, care respectă integritatea rinichiului. Unul e al D-lui Prof. *Bălăcescu* celalt e al lui *Albarran*.

Procedeeul Prof. *Bălăcescu* datează din 1905, a fost comunicat Societății de Chirurgie din București în Noembrie 1905 și publicat în Buletinul Societății din acelaș an. Autorul l'a putut pune în practică până acum de opt ori, totdeauna cu rezultate excelente.

Constă într'o modificare a procedeeului Prof. *Ionescu* în cece privește trecerea firelor metalice de susținere și în introducerea decorticării pe o fâșie lată de un centimetru numai, întinsă dealungul marginii externe a organului.

Iată tehnica pe care autorul o urmează:

a) Incizia tegumentelor și părților moi este paralelă cu ultima coastă, și e lungă de 10—12 cm.

b) Se asigură hemostaza, se găsește și se scoate rinichiul între buzele plăgei.

c) Se degajează rinichiul de capsula lui grăsoasă în special la nivelul celor poli, și se pune în evidență hilul.

d) Se decortică cu mare atențiune rinichiul de capsula sa proprie. Parenchinul renal e pus în evidență numai pe marginea liberă a organului, în toată întinderea ei dela un capăt la celălalt. Se face pentru aceasta o mică butonieră în capsula proprie, prin care se introduce o sondă canelată, ce este dirijată alternativ spre cei doi

poli. Se incizează pe ea capsula dela un pol la altul. Cu o pensă de disecție fără dinți se ridică fiecare buză a capsulei și cu vârful sondei canelate se deslipește pe o întindere de  $\frac{1}{2}$  c.m. pe ambele fețe. Cu modul acesta parenchimul se găsește decorticat pe o lungă fâșie, largă numai de 1 cm. și întinsă dela un pol la altul. Se cere atențiune, ca să nu se răcească parenchimul renal, și să se evite astfel hematomele.

e) Rinichiul e fixat cu coasta a XII prin 2 fire de argint care înconjoară organul, fără să-l lezeze. Ajutorul menține organul afară din plagă, ca și cum ar vrea să-l smulgă. Operatorul, trece cu un ac tubulat prin buza inferioară a plăgii și la 3 cm. de ea, străbătând-o prin toată grosimea ei. Ajuns pe fața externă a rinichiului străbate țesutul grăsos din jurul unuia din polii renali. Ajutorul coboară atunci rinichiul spre buza inferioară și operatorul îmbrățișează atunci coasta, trecând pe fața sa internă și ieșind pe marginea ei superioară la 3 cm. deasupra buzei superioare a plăgii. Firul celălalt e trecut în mod identic. Atunci rinichiul este introdus și împins ușor în loja sa. Se caută a se menține răsfrânte buzele capsulei fibroase, incizată dealungul marginei externe a rinichiului. Cele două fire de argint îi servesc ca un hamac și el rămâne în loc.

f) Se închide plaga cutanată prin fire de setolină trecute în 8 de cifră.

g) Se răsucesc acum capetele firelor de argint pe un rulou de tifon sterilizat, așezat pe plaga cutanată. Se răsucesc între ele capetele aceluiași fir. Nu trebuie forțată strângerea firelor, fiindcă au numai rolul de a susține.

*Albarran* publică în „La presse Médicale“ din 21 A-

prilie 1906 un articol, în care, după ce expune condițiile unei bune nefropexii, spune: „Am practicat de multe ori, cu rezultate imediate și îndepărtate foarte bune, procedeul, excelent de sutură parenchimatoasă a rinichiului, al maestrului meu *Guyon*, dar eu cred că, mai ales când rinichiul prezintă leziuni de nefrită, avem un avantaj decapsulând rinichiul și fixându-l în același timp, și netrecând fire prin parenchimul său“. Conduc de această idee propune un procedeu prin care decortică în totalitatea sa rinichiul. Capsula, astfel detașată, este secționată în patru lambouri. Pe fiecare lambou se înnoadă câte un fir de catgut, în total patru. Firele, ce sânt înnodate pe lambourile dinspre polul superior, au rolul de a fixa rinichiul de coasta a XII-a, în jurul căreia sunt trecute și înodate. Firile inferioare sânt trecute prin marginea externă a mușchiului pătrat al lombelor.

Revenind acum la procedeele de myonefropexie, mai găsim pe cel publicat de *R. Lenck* din Viena în „*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*“ din 1909. Autorul se adresează mușchiului psoas mic, căruia îi secționează inserțiunea sa inferioară. Disecă complet acest mușchi până la inserția sa superioară, apoi îl trece pe fața anterioară a rinichiului între capsula fibroasă și parenchim și, în cele din urmă, fixează la coasta a XII-a capătul inferior rămas liber. Trei bolnavi au fost operați prin acest procedeu, și *Lenck*, ca concluzie, susține că: procedeul său este superior, fiindcă păstrează organului mobilitatea sa fiziologică. Dar când psoasul cel mic lipsește, cui să ne adresăm?

În sfârșit găsim procedeul imaginat de D-l Dr. *Jacobovici*, a cărui descriere va face obiectul unui capitol aparte; iar D-l Dr. *Amza Jianu* publică în „*Annales des*

maladies génito-urinaires" din Iunie 1911 un alt procedeu de myonefropexie, adresându-se muschilor masei comune.

#### IV.

Procedeu operator al D-lui Dr. Iacobovici e foarte simplu și ușor de executat, și asigură o bună fixare a rinichiului, atât în ce privește soliditatea fixării, cât și prin buna poziție ce obținem, și prin lipsa de blocare a rinichiului.

Pacientul e așezat în decubit lateral pe partea sănătoasă. Se închină în jos jumătatea superioară a corpului, precum și membrele inferioare. Regiunea lombară sănătoasă este așezată pe o perină de nisip. Cu modul acesta regiunea lombară de operat este bine pusă în evidență și devine prominentă.

*Incizia.* Se delimitează exact marginea externă a mușchilor masei comune, și, din punctul unde această margine se inseră la creasta iliacă, se pornește o incizie, care merge în sus, paralel cu masa comună, până la coasta a XII-a; ajunsă aci, se recurbează înainte, urmând coasta până la vârful său. Se secționează pielea, țesutul celular sub-cutanat, aponevroza și se descopere marginea externă a mușchiului ilio-costal. Se secționează foaia anterioară a aponevrizei lombare și ajungem în loja renală, pe care o deschidem.

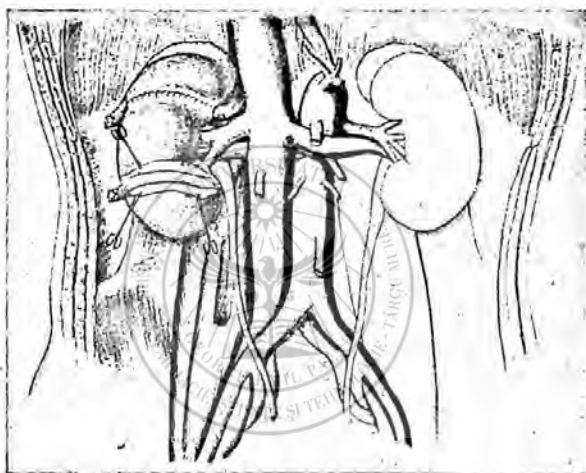
Căutăm acum rinichiul, și, după ce l-am găsit, îl curățăm de țesutul grăsos și-l exteriorizăm. Odată rinichiul exteriorizat, — și lucrul e ușor, căci, el fiind mobil, pediculul e lung, — loja renală rămâne goală.

Se descopere acum mușchiul psoas-iliac, (în cazul



operat muschiul psoasul mic lipsește). Se pune bine în evidență muschiul psoas, precum și ramurile nervoase ale plexului lombar dela origină și până la arcada crurală.

Se detașează din psoas un fascicul muscular lat de 1 cm. și gros de cinci milimetri, începând dela nivelul arcadei lui Pouppart și sfârșind la inserția lombară a mușchiului; iar la capătul inferior, rămas liber, se fixează un fir de catgut No. 1. Tot din psoas se detașează un



al doilea fascicul, de aceleași dimensiuni ca și primul, care este disecat și separat de restul masei musculare numai până la nivelul celei de a II-a vertebre lombare. Se fixează și aici la capătul inferior un fir de catgut.

Odată fasciculele de fixare preparate, se revine la rinichi. Se practică o incizie lungă de 1 c.m. în capsula fibroasă, pe marginea externă și la 3 cm. sub polul superior al organului. Se trece prin această incizie o sondă canelată, ce este îndreptată orizontal, și astfel se sepa-

ră capsula fibroasă de parenchimul renal, formându-se un soi de tunel. Ajungând la marginea internă a rinichiului se secționează capsula. Pe sonda canelată se deschide tunelul și se decolează puțin cele două lamouri de capsulă, astfel ca parenchinul renal să fie lăsat liber pe o distanță cam de 2 c.m. Se procedează în acelaș mod și cu jumătatea inferioară a organului și tot pe fața sa anterioară și la 3 cm. deasupra polului inferior.

Rinichiul, astfel preparat, este așezat pe planul muscular al pătratului lombelor just în poziția sa anatomică, și menținut de către ajutor.

Se ia atunci primul fascicul detașat din psoas, și se așează în tunelul superior, fixându-i-se capătul său liber la marginea externă a mușchiului pătrat al lombelor, prin firul de catgut, prealabil trecut prin el. Cu un fir de catgut No. 0 coasem cele două buze ale secțiunii capsulare, și, în chipul acesta, chinga musculară alunecă între parenchinul renal și capsula fibroasă. Procedăm la fel și cu cel de al doilea fascicul, dar avem grijă ca polul inferior să fie mai îndepărtat de linia mediană decât cel superior, cu alte cuvinte să ocupe just pozițiunea sa anatomică. O altă precauție de luat, e aceea de a trece fasciculul inferior îndărătul ureterului, spre a nu-l expune pe acesta la strangulări.

Rinichiul, astfel fixat, ocupă exact poziția sa anatomică, și se bucură în acelaș timp și de o mobilitate fiziologică abundentă.

Se suturează cu fire întrerupte de catgut No. 1 secțiunea musculară. Se reunesc aponevrozele prin un surjet; iar pielea este cusută cu puncte întrerupte de crin de Florence.

## V.

Scopul nefropexiei este readucerea rinichiului mobil în pozițiunea sa anatomică primitivă. Toți câți au imaginat câte un procedeu de nefropexie au avut aceasta în vedere, și s'au căznit să ajungă la aceasta, căutând a produce cât de puține pagube rinichiului; altfel operația devine inutilă.

Ca condițiuni generale unei nefropexii, pentru ca să fie ideală, i se cere (după *Kustlivy*) următoarele:

a) De oarece nu e o indicație quoad vitam pentru operație, se cere o metodă simplă, ușoară și fără pericol.

b) Operația trebuie să garanteze o reușită absolută.

c) Să facă să dispară turburările.

Iar ca condiții speciale pentru a asigura complectă dispariție a fenomenelor morbide și a ne feri de alte complicații, ce ulterior ar putea veni, se mai cere:

1. Readucerea în poziția anatomică a organului;

2. Neproducerea de leziuni organului; și

3) Păstrarea mobilității lui fiziologice.

Prima din aceste condițiuni se evidențiază prin însuși scopul intervenției.

A doua iarăși se menține, căci nu acesta este finele urmărit de o operație, din contra vindecarea leziunilor. Or, a proceda la vindecarea unui organ prin lezarea altuia, sau (ca în cazul de față), a transforma un organ, care își îndeplinește bine funcția dar produce dureri purtătorului lui, într'un alt organ, care nu numai că produce dureri, dar nici nu mai funcționează bine, aceasta înseamnă a cădea din rău în mai rău.

A treia propoziție se impune, dacă ne întoarcem

puțin cu gândul la fiziologia rinichiului. Organul se bucură, ca și toate celelalte viscere, de o mobilitate normală destul de însemnată. Și nimeni nu blochează s. ex. uterul într'o isteropexie. Aderențele ce se formează în asemenea cazuri, mai ales când sânt mai strânse, produc dureri, adesea ori insuportabile, prin jena ce aduce atât organului operat cât și celor vecine. De aceea, cu dreptate, *Landau* (Berlin) obiectează la Asociația franceză de Urologie din 1901 că: „nefroplexia, care transformă un rinichiu deplasat, dar mobil, într'unul imobilizat, este în genere și inutilă și periculoasă“.

Cunoscând acum condițiile cerute unei bune nefropexii, să examinăm diferitele metode propuse din punctul de vedere al corespunderii lor la aceste deziderate.

Trebuie însă, pentru simplificarea lucrărilor, și pentru o mai ușoară înțelegere, să facem o mică clasificare a procedurilor. Lăsând la o parte amănunțele de tehnică, vedem că, autorii se folosesc sau de capsula grasoasă, sau de cea fibroasă, sau de însuși parenchimul renal, sau de organele de prin prejur, sau combină între ele aceste mijloace, pentru a fixa un rinichiu mobil.

D-l Prof. *Bălăcescu* în teza sa le clasifică astfel:

1. Metoda prin sutura numai a capsulei adipoase la buzele plăgii.
2. Metode prin sutura capsulei adipoase și a rinichiului.
3. Metode prin fixarea numai a rinichiului împărțite în: *a)* fără decorticare și *b)* cu decorticare.

Aceeași clasificare aproape o dă și Dr. *Marcus* în teza sa; ea diferă numai că autorul împarte clasa II-a din clasificarea Prof. *Bălăcescu* în alte două mai mici.

În prima pune nefropexia prin sutura capsulei adipoase și a capsulei proprii; iar în a doua nefropexia prin sutura capsulei adipoase și a rinichiului însuși.

Cum însă diviziunea este făcută în 1905, pe când încă chirurgii nu începuseră, să se adreseze mușchilor (abiă doar *Kukula* își publicase procedeul, și numai de 3 ani); noi ne permitem a mai adăoga încă o a .IV-a categorie de metode, în care, fără să atingem integritatea organului, ne servim de fasciculi musculari, pentru a fixa rinichiul ca în niște chingi elastice.

Nu ne vom ocupa de loc de metoda, în care chirurgul se adresează numai la capsula grăsoasă; ea singură s'a desființat pe sine, prin faptul insuficienței ei, și *Hahn*, cel care o imaginase, se văzu nevoit, să recurgă la altă metodă, luând capsula fibroasă drept element de fixare. De asemeni progresul presupus făcut prin trecerea firelor prin capsula proprie, nu a fost un progres real; totuși, prin trecerea firelor, mici porțiuni din capsula fibroasă se rupeau, și, astfel, parenchimul renal aderă la mușchi și fixă întru câțva rinichiul. Așa se explică cele câteva cazuri semnalate ca reușite. *Tuffier* în urma cercetărilor sale spune textual despre acest procedeu următoarele: „dacă ansa firului ia o mică porțiune din capsula fibroasă, țăsutul se rupe, la cea mai mică tracțiune; iar dacă se ia un lambou mare, larg, mergând cu acul pe dedesubtul capsulei, de îndată ce firul este strâns, capsula iarăși se rupe“.

Trecem la metodele, în care parenchimul renal este perforat. La aceste metode la unele, din pricina modului defectuos de a trece firele, parenchimul se rupe, rinichiul cade din nou, și în plus mai rămâne și cu leziuni; iar în altele firele bine trecute, sau rămân pe loc

pentru totdeauna, asigurând buna plasare a rinichiului, dar producând leziuni de scleroză în parenchim, sau sânt scoase după un număr anumit de zile, necesare formării aderențelor fixatoare, și mica perforație parenchimotoasă se cicatrizează, fără a aduce pagube glandei renale.

S'au făcut cercetări, ca să se vadă ce se produce în jurul unui fir permanent, rămas în parenchim, de *Cuziat* și *Delagenière*.

*Cuziat* arată că firul, ce străbate rinichiul, este înconjurat de un strat fibros, ce-l însoțește dela o suprafață la alta, și având un diametru de  $\frac{1}{2}$  m.m.; iar substanța renală vecină este foarte îndurată.

*Delagenière* a experimentat comparativ mătasea și catgutul și conchide: a) mătasea determină aderențe mai complete între rinichi și mușchiu. b) În jurul firului de mătase se formează mai puțin țesut conjunctiv nou, dar gaura e de 5 ori mai mare. Deci, din acest punct de vedere se pot amândouă întrebuința. c) Toată porțiunea din glandă, coprinsă în ansa unui fir, are țesutul său nobil alterat.

Toate aceste constatări au făcut pe savantul nostru Profesor Dr. *Thoma Ionescu* să întrebuințeze în mod definitiv firele de argint temporare. În adevăr, experiențele de laborator, relatate de Prof. *Bălăcescu* în teza sa, au demonstrat că pentru formarea aderențelor de susținere, nu sânt necesare decât 7—8 zile. După acest termen firele sânt trase, aderențele s'au format, iar micile perforații renale se vindecă, fără pagube pentru glandă. De aceea D-l Prof. *Thoma Ionescu* obține așa de bune rezultate și de atâta timp.

Indiferent de aceste leziuni microscopice, dar intim

conexe cu o bună funcționare a glandei, mai de vreme, sau mai târziu pot apărea și alte complicații în cazurile operate prin transfigurarea rinichiului și lăsarea în permanență a firilor.

Hematurii, pionefrite, fistule, scleroze renale, infarcte descrise de *Langenbeck*, o nefrită specială descrisă de *Gartner*, sânt de multe ori consecințele acestei metode.

Nu am putea imputa nimic acestei metode pentru faptul că fixează rinichiul paralel aproape cu coasta a XII-a, deci cu mult mai oblic decât normal. Cazurile au arătat că din această poziție urina se scurge chiar mai ușor decât din poziția obicinuită.

Vom arăta totuși accidente dureroase ce apar câteodată, datorită blocării polului superior sub coastă prin aderențele prea strânse, ce s'au format. Voiu menționa iarăși ca un defect al metodei accidente de luxare a rinichiului sub coastă, când firul, ce-l menține fixat la ea, trece prin apropierea polului inferior.

Trecând acum la acele procedee, care se servesc de decorticare găsim iarăși experiențele lui *Delagenière*, și ale lui *Zatti și Albarran*, cercetări cari au pus în lumină, ce se întâmplă cu parenchimul unui rinichiu decortecat.

*Delagenière* conchide că: în toate cazurile, unde s'a făcut decorticațiunea rinichiului, alterațiunile ocupă-tot segmentul denudat al glandei. Țăsutul de scleroză pătrunde până în profunzimea substanții corticale.

*Zatti* demonstrează, contrariu părerii lui *Tuffier*, că capsula proprie renală se bucură de proprietăți proliferante. A pus un rinichiu de câine nedecapsulat, sub piele și înapoia aponevrozelor lombare: capsula pro-

prie se continuă prin țesut conjunctiv nou cu țesuturile vecine. A găsit în rinichii fixați prin decorticare un țesut de scleroză, care înaintă în interiorul organului până la substanța medulară.

*Albarran* prin experiențe comparative deduce că, în cazurile de decorticare a rinichiului, se determină leziuni de scleroză în substanța corticală, leziuni ce nu apar în rinichii nedecorticați.

Are totuși procedeul cu decorticare un mare avantaj, acela de a fixa bine și solid rinichiul, prin puternicele aderențe ce se produc. Nu poate, însă, să corespundă condițiunii *primo non noceri*, de oarece am văzut ce leziuni de scleroză produce.

Trecând acum la procedeul imaginat și executat de D-l dr. *Iacobovici*, putem, și cu drept cuvânt, arogă că acest procedeu corespunde întru totul condițiilor unei bune nefropexii.

Întâi organul a fost readus în justa lui poziție anterioară. Apoi o altă calitate mare este: că nici nu se decapsulează, nici nu se perforază organul. Asigură pe urmă mobilitatea organului, prin chingile elastice care-l cuprind. Operația e simplă și benignă, și nici nu există vre-un motiv de complicație imediată sau tardivă, dacă, bine înțeles, am respectat regulile unei bune antisepsii și asepsii.

Mai apoi se va vedea din observație, că bolnava a fost revăzută după 6 luni în Institutul Maternitatea, unde născuse: și rinichiul nu se deplasase de loc. Deci lipsa de recidivă.

Nu putem ști până acuma cece devin fasciculele musculare, cari servesc drept chingi de susținere. Probabil că degenerază în parte, transformându-se în ță-



sut grăsos sau conjunctiv. Autorul crede că, ceea ce rămâne din fascicule, este suficient pentru a asigura o bună fixare. Și cu atât vor ține mai bine fiindcă sânt definitive, și produc și aderențe.

Mai putem susține că rezultatele sânt durabile dacă ne referim la ce spune *Kustlivy* despre rezultatele tardive ale procedului lui Kukula, care iarăși se adresează la mușchi.

Procedul a fost comunicat și discutat la Cercul de studii genito-urinare în ședința dela 29 Octombrie 1910, și admis drept bun de către cei cari au asistat la ședință.

La „Semaine Médicale“ din 20 Septembrie 1911 în Notes chirurgicales publică pe scurt procedul D-rului *Iacobovici* și D-rului *Jianu*, și după ce pune în evidență tendința modernă a lăsării de mobilitate unui organ, căruia i s'a făcut pexia, încheie astfel: „Trebuie să notăm aceste operații interesante și aceste tehnice, cari, fără contrazicere, sânt curioase; dar dacă e destul de natural, ca autorii lor să le creadă, dela început chiar, drept superioare tuturor metodelor vechi și în curs, o astfel de opinie cere, pentru a fi împărtășită, un supliment vast de informații și proba timpului“.

Incheiând, sperăm că proba se va face, și că, în curând, procedul acesta, simplu și benign, va fi pretutindeni răspândit.

## OBSERVAȚIE

Bolnava *Aglaia G.*, în vârstă de 31 ani, de profesie croitoreasă, intră în Serviciul chirurgical al D-lui Prof. Thoma Ionescu în ziua de 7 Septembrie 1910.

Din anamneză rezultă, că în copilărie a suferit de rugeolă și febră palustră. Acum patru ani a avut o febră tifoidă, care n'a lăsat nici-o urmă. Căsătorită, a născut normal doi copii. Dela 20 Iunie 1910 nu a mai avut menstruația.

Maladia actuală a început cu trei săptămâni mai înainte de a intra în serviciu, debutând prin dureri gastrice și vomismente. Aceste vărsături sânt mucoase, de câteva ori au fost bilioase și se repetă de mai multe ori atât ziua cât și în timpul nopții. N'are poftă de mâncare, a slăbit mult și are amețeli, când vrea să umble.

*Starea prezentă.* Aspectul general al bolnavei e bun. Sistemul osos bine dezvoltat. Musculatura redusă, de asemeni și țesutul celulo-adipos. Nu găsim nimic de remarcat din partea sistemului nervos. Nu se constată nimic la pulmoni. Bătăile cardiace normale, vârful bate în al V-lea spațiu intercostal stâng. Abdomenul flasc, se văd vergeturi pe partea lui inferioară. Ficatul, normal ca situație, se coboară la un lat de deget sub marginea falșelor coaste din dreapta. Splina percutabilă, nu întrece rebordul costal. Prin palpație nu se simte nimic nici în regiunea epigastircă, nici în hipocondrul stâng. La presiune nu se produce nici-o durere. Prin percuție delimităm cavitatea gastrică, și îi găsim limite normale. Nu se remarcă nimic pe restul trajectului intestinal. Examenul organelor genitale și al mamelelor ne arată semnele unei sarcini, care, după coroborarea cu spusele ei, că ultimele menstrue au avut loc la 20 Iunie, se deduce a fi în 3 luni.

Palpând hipocondrul stâng nu găsim rinichiul și nici nu putem produce vre-o senzațiune dureroasă. În hipocondrul drept, prin palpate bimanuală, se simte un organ globulos, de forma rinichiului, foarte dureros la presiune. În timpul inspirației organul descinde, iar când bolnava face sforțări inspiratorii, polul inferior al organului descinde până la creasta iliacă. Dacă punem bolnava în poziție orizontală putem deplasa organul globulos și să-l facem să dispară sub falsele coaste, pentru a reapare imediat după o sforțare. Cât timp bolnava stă liniștită în pat nu acuză dureri și turburările digestive se amendează, dar imediat ce lucrează, durerile și turburările digestive reapar.

Urinele timp de mai multe zile consecutive sânt foarte diminuate: nu au trecut niciodată peste o cantitate de 350 gr. Elementele constitutive ale secreției urinare sânt concentrate; nu s'a găsit albumină, zahăr sau alte elemente anormale. Examenul microscopic nu ne arată prezența de cilindri.

Nu s'a găsit nici-o secrețiune pe uretră, care are structură și raporturi normale. Capacitatea vezicală de 150 gr. fără reziduu.

S'a diagnosticat rinichiul mobil drept și în ziua de 20 Septembrie 1910 s'a făcut intervenția urmând întru totul procedeul descris în Cap. IV.

S'a folosit autorul, și cu cel mai bun rezultat, de Rachianestezie, prin metoda D-lui Prof. Thoma Ionescu, făcând rachianestezia dorsală inferioară cu 0.05 ctg. Stovaină și 0.002 mgr. stricnină.

După intervenție, bolnava n'a acuzat nici cea mai mică durere. Temperatura a fost normală tot timpul. Cantitatea de urină a mers crescând zilnic și la ieșirea din spital aveă 1200 gr. în 24 ore. La 30 Septembrie se scot firele de setolină: plaga în toată întinderea ei e reunită per primam. Bolnava a stat în pat timp de 20 de zile. Examinată, după ce s'a dat jos din pat și a început să umble, nu s'a mai constatat nimic în hipocon-

drul drept, și nici nu mai acuză vre-o durere la acest nivel. Vărsături nu a mai avut și se alimentează bine. Ametelele au dispărut. La 8 Octombrie a părăsit serviciul.

\* \* \*

Cum am spus mai sus, femeia Aglaia G., eră gravidă în a III-a lună, când a intrat în serviciul I-ii chirurgical din spitalul Colțea, și a fost operată.

În Martie 1911, șase luni după intervenție, pe când îmi făceam stagiul de intern la Institutul Maternitatea, am avut ocazia să văd din nou pe această femeie .

Dânsa intră în Institut la 25 Martie 1911 ora 7 p. m., aflându-se în dureri de facere din aceeași zi, ora 1 p. m. Este o terțipară. Gravitatea e la termen. Fătul este viu. Se diagnostichează o prezență craniică, poziția II-a. O. I. D. P. Colul uterin, este șters, orificiul său dilatat cât podul palmei. Prin el se dă peste membranele intacte și de craniul fetal.

Colul și-a complectat dilatarea la ora 8 p. m.

Odată cu ruperea pungei amniotice, la 8<sup>h</sup>.45 p. m., se face și expulsarea fătului. Placenta este expulzată la 8<sup>h</sup>.55 p. m.

În total facerea a durat 7<sup>h</sup>.55'.

Copilul de sex feminin, viu, cântărește 3250 gr. și are o lungime de 52 cm.

Profitând de faptul că părății abdomenului nu-și reveniseră încă la tensiunea lor normală, ci, după golirea conținutului uterin, erau relaxați și flască, am practicat în fie-care zi, cât timp lăuza a stat în Institut, palpeul flancului, ca să mă asigur de buna fixare a rinichiului. Am practicat aceste examene și după ce femeia începuse să umble pe jos, și am mulțămirea și fericirea să constat că rinichiul nu s'a deplasat de loc, deși fusese supus la influențele sarcinii și la cele ale travaliului.

Femeia a mai fost revăzută, și până acum, la 13 luni după operație, nici un fenomen patologic nu a mai revenit.

## CONCLUZIUNI

I. Căderile rinichiului sunt susceptibile de operațiuni, care punând organul în poziția sa anatomică, fac să dispară fenomenele morbide ce-l însoțesc.

II. Se cer unei bune nefropexii următoarele condițiuni:

a) să nu puie vieța în pericol;

b) să reazeze organul în poziția lui anatomică anterioară;

c) să nu altereze, sau să altereze cât mai puțin posibil, țesutul nobil al glandei;

d) să lase organului posibilitatea de a se bucura și mai departe de mișcările lui fiziologice.

III. Procedeuul D-lui Dr. Jacobovici răspunde cu prisosință acestor condiții, căci:

a) așează organul strict în poziția sa anatomică;

b) rinichiul își păstrează gradul său de mobilitate;

c) nu se decapsulează rinichiul;



## BIBLIOGRAFIE

*Albarran.* Congrès français de Chirurgie 1893. Etude sur le rein mobile. An. des maladies des org. genito-urinaires, 1895. Traité de Chirurgie, 1896.

La presse médicale, 1906, Aprilie. Technique de la Nephropexie, 1906. Technique des opérations sur les voies génito-urinaires.

*Bălăcescu.* Teză, București, 1896.

Buletinul Soç. de Chirurgie, București, 1905.

*Bassini.* An. univ. di med. e Chirurgia, 1882.

*Bauhin.* Theatrum anatomicum, 1625.

*Beck C.* On a neve principle in nephropexie. New-York, médical record, 1901.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1909.

*Biondi.* Revue de Chirurgie, 1900.

*Brodeur.* De l'intervention Chirurgicale dans les affections du rein, 1886.

*Charpy.* Organes génito-urinaires, 1890.

*Cuziat.* Thèse de Paris, 1889.

*Cruveillier.* Anatomie descriptive, 1874—76.

*Delagenière.* Thèse de Paris, 1892.

*Drugescu.* Considerațiuni asupra chirurgiei rinichiului, 1894.

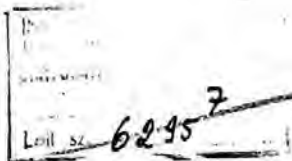
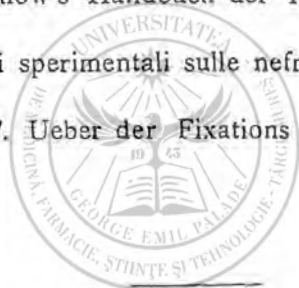
*Duret.* Bulletin de l'Académie royale de Belgique, 1888.

*Gerota.* Beiträge zur kenntniss des Befestigungsapparates der Niere, 1895.

- Glénard*. Entéroptose, 1885—87.
- Guyon*. Bulletin de l'Académie de Médecine, 1889.
- Hahn*. Operative Behandlung der beweglichen Niere durch fixation. Centralblatt für Chirurgie, 1881.
- Haller*. Elementa physiologica corporis humani, 1745.
- Henle*. Handbuch der systematischer Anatomie des Menschen, 1871.
- Herczel*. Wiener Med. Wochenschrift, 1892.
- Israël*. Erfanngen über Nierenchirurgie, 1894.
- Kukula*. Eine neue methode der Nephropexie Centralblatt für Chirurgie, 1902.
- Keppler*. Die Wanderniere und ihre Chirurgie, 1879.
- Kustliiv*. Archiv für Klinische Chirurgie, 1909.
- Landau*. Die Wanderniere der Frauen; 1881.
- Le Dentu*. Affections Chirurgicales des reins, 1889.
- Legueu*. Quelques considerations sur l'anatomie pathologique du rein mobile 1895.
- Lenk R*. Zeitschrift für klinische chirurgie, 1909.
- Loyd*. Practical observations ou kidneystone and on kidney mobility. Practitioner, 1887.
- Luschka*. Anatomie der Menschen, 1862.
- Malgaigne*. Anatomie chirurgicale, 1859.
- Manzardo*. Gazzetta degli ospedali, 1906.
- Marcus*. Teză, București, 1905.
- Mastrosimone*. Policlinico, 1905.
- Morris*. Surgical diseases of kidney, 1886. Annalles of Surgery, 1887. Médical record, 1909.
- Newmann*. British med. journal, 1884 April.
- Ollier*. Congrès de chirurgie, Paris, 1886.
- Pansch*. Ueber die Lage der Niere, 1886.
- Poirrier*. Traité d'Anatomie Humaine.
- Récamier*. Thèse de Paris, 1889.
- Richet*. Anathomie chirurgicale, 1866.
- Sappey*. Anatomie descriptive.
- Segond*. Congrès de chirurgie Paris, 1886.
- Schilling*. Die Wanderniere und ihre Bchandlung. Münch. Med. Wochensch, 1894.



- Simon*. Chirurgie du rein, 1871.
- Spigel*. De humains corporis fabrica, 1632.
- Semaine medicale* din 1909. p. 58 și No. 38 din 20 Septembrie 1911.
- Sturmdorf*. Asociația franceză de urologie, 1901.
- Testut*. Anatomie.
- Testut-Jacob*. Anatomie topografică.
- Toldt*. Bau und Wachstumveränderungen der Gekröse des menschlicher Darmcanales. Denskriffien der Akademie der Wissenschaft. Wien 1879. Bd. IV.
- Tuffier*. Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein. 1889.
- Le capsule adipeuse de rein, 1890.
- Tuffier-Lejars*. Archives de Physiologie, 1891.
- Vogel*. Virchow's Handbuch der Pathologie und Therapie.
- Zatti*. Studii sperimentali sulle nefrorafie Ril. med. Napoli. 1892.
- Zuckerkandl*. Ueber der Fixations apparat der Nieren 1882.



9892. Tip. Profesională, Dim. C. Ionescu, Str. Cămpineanu 9, București.



