

CV 1256

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 328

CALCULOZA URETERALĂ.



PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 24 Iunie 1927.

EMIL MUREȘANU
PREPARATOR AL CLINICEI CHIRURGICALE

1927

TIPOGRAFIA „CORVIN”
CLUJ, STRADA NICOLAE IORGA No. 17.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

UNIVERSITATEA DIN CLUJ No. 328

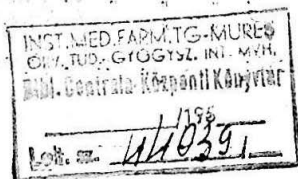
CALCULOZA
URETERALĂ



PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 24 Iunie 1927.

EMIL MUREȘANU
PREPARATOR AL CLINICEI CHIRURGICALE

24 MAY 2005



1927

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. TITU VASILIU

Profesori :

Patologia generală și experimentală	...	D-1	Dr. Botez A. M.
Istologia și embriologia umană	...	"	" Drăgoiu I.
Clinica infantilă	...	"	" Gane T.
" ginecologică și obstetricală	...	"	" Grigoriu Cr.
Istoria medicinei	...	"	" Guiart I.
Clinica medicală	...	"	" Hațieganu I.
" chirurgicală	...	"	" Iacobovici I.
Medicina operatoare	...	"	" Martinescu Gh.
Farmacologia și farmacognozie	...	"	" Michail D.
Clinica oftalmologică	...	"	" Minea I.
" neurologică	...	"	" Minovici N.
Medicina legală	...	"	" Moldovan I.
Igienă și igienă socială	...	"	" Negru D.
Radiologia medicală	...	"	" Nițescu I. I.
Fiziologia umană	...	"	" Pamfil Gh.
Farmacologia chimică și galenică	...	"	" Papilian V.
Anatomia descriptivă și topografică	...	"	" Predescu-Rion I.
Clinica oto-rino-laringologică (agr.)	...	"	" Tătaru C.
Clinica stomatologică (supl.)	...	"	" Thomas P.
Clinica dermato-venerică	...	"	" Urechia C.
Chimia biologică	...	"	" Vasiliu T.
Clinica psihiatrică	...	"	"
Anatomia patologică	...	"	"

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: D-nul Prof. Dr. I. Iacobovici

Membrii: } D-1 Prof. Dr. T. Vasiliu
 " " " I. Hațieganu
 " " " C. Tătaru
 " " " I. Nițescu

Supleant: Dl. Conf. Dr. E. Teșosu.

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

**TATĂLUI MEU ȘI MAMEI MELE, IN SEMN
DRAGOSTE NETĂRMURITĂ.**

**PROFESORILOR MEI, IN SEMN
DE RESPECT ȘI RECUNOSTINȚĂ**



PRIETINILOR.

ANUL VI, NR. 1, FEBRUARIE 1964
BIBLIOTECA UNIVERSITĂȚII

*D-lui Conferențiar Dr. EMIL TEPOSU și
D-lui Asistent Dr. MIHAIL ALBU le mulțumesc pe această cale, pentru îndrumările și
ajutorul dat, în compunerea acestei lucrări.*

PROF. DR. I. I. I.

MAESTRULUI MEU,
D-LUI PROFESOR DR. I. IACOBOVICI,
Î-i DEDIC ACEASTĂ MODESTĂ LUC-
RARE, ÎN SEMN DE RECUNOȘTINȚĂ ȘI
ADMIRAȚIE.





CAP. I.

Definiție. Există în patologie stări, în legătură cu boli organice sau boli constituționale, cari crează un dezechilibru între diferitele substanțe componente a urinei din care cauză rezultă posibilitatea de cristalizare ale substanțelor ei solide, înainte de a fi părăsit organismul. Deci încă în timpul când urina se găsește pe traectul arborelui urinar. Aceste cristale se numesc cu un nume generic: calculi, concremente, sau pietri urinare. Ele constituie în unele cazuri un obstacol mecanic în scurgerea urinei prin căile ei naturale, fapt care dă naștere la turburări funcționale ale aparatului urinar și determină o afecțiune numită: calculoză urinară.

Localizarea calculilor poată să fie în oaricare segment al aparatului urinar. Turburările funcționale și simptomele date de prezența calculilor, sunt însă diferite după segmentul în care este localizat. Din această cauză calculoza urinară este împărțită și studiată, după diferitele segmente din cari se compune aparatul urinar. În decursul acestei lucrări voi trata chestiunea calculilor ureterali, adică: a calculilor urinari, cari se găsesc localizați la nivelul ureterului.

Voi face un studiu de ansamblu al acestei afecțiuni, în legătură cu cazurile cari au fost observate în secția boalelor căilor urinare, a clinicei chirurgicale de sub conducerea D-lui Profesor Iacobovici.

Istoric. În istoria clinică și terapeutică a calculilor ureterali putem deosebi patru perioade.

Prima este perioada necropsică, ea datează până în anul 1882 când Brandenhauer face prima intervențiune chirurgicală asupra ureterului calculos. Până la această dată, chestiunea calculilor ureterali era confundată în clinică cu cea a calculozei renale; sau cu cea a anuriei, nefiind cunoscută ca o

entitate morbidă, cu un cadru precis, iar descoperirea calculilor ureterali constituia o chestiune de necropsie.

Trebue însă menționat faptul că deja înainte de Brandenhauer a existat ideea de a se interveni asupra ureterului. Și anume, în anul 1857 Gigon din Angônleme, un medic practician, a avut ideea de a interveni într'un caz de anurie pe care dânsul îl credea de natură calculoasă.

Părerea lui însă nu a fost acceptată de către colegii lui de consult, pe motivul că operația e prea greu de executat și că nu a fost făcută de nimeni înainte lor. Inșă sucombând bolnavul, Gigon a avut satisfacția să constate la autopsie că diagnosticul său a fost bine pus. Ideia lui Gigon a fost reluată și pusă în practică de către Brandenhauer cu rezultat fericit.

Dela această dată începe a doua perioadă în evoluția istorică a calculilor ureterali, numită de către Jeanbreu: perioada operațiilor exploratoare și a operațiilor combinate. După Brandenhauer, chirurgii cu un entuziasm nemărginit au început o serie de intervențiuni asupra ureterului. Rezultatele obținute însă nu le-a satisfăcut de loc entuziasmul, căci în majoritatea cazurilor erau câte se poate de deplorabile din motivul tehnicele rele pe care o întrebunțau pentru a secționa ureterul, fapt care ducea în majoritatea cazurilor la crearea de fistule ureterale, cu urmarea lor nefastă.

În anul 1888 și 1889, Tuffier după un studiu îndelungat, bazat pe experiențe asupra animalelor, reușește să creze o tehnică ireproșabilă de secționarea și sutura ureterului, stabilind astfel chirurgia ureterală pe baze absolute științifice, dela care dată ea rămâne definitiv inaugurată. Aceasta este a treia perioada din istoria calculilor ureterali numită: perioada explorației sângerânde a ureterului, urmată de uretero-litotomie. După ea urmează perioada a patra care este a descoperii diferitelor instrumente de explorațiune ale aparatului urinar. Cu ajutorul acestui instrumentar se constată că frecvența calculilor este cu mult mai mare decât se credea. Căci în multe cazuri calculii ureterali nu se însoțesc de nici o simptomatologie, sau prezintă una atipică, care duce în eroare pe diagnosticianul ne înarmat cu aceste metode de explorațiune. Prin descoperirea acestor metode de

investigațiune cari sunt : cateterismul ureteral, cystoscopia, radiografia și uretero pielografia, prin perfecționările aduse lor în decursul timpului, s'a ajuns la delăturarea ori cărui inconvenient posibil în calea diagnosticului.

Având la îndemână metodele de investigațiune pentru punerea diagnosticului, având la îndemână mijloacele de terapeutică cari dau rezultatele cele mai bune, s'a ajuns azi la evitarea pericolului provocat de către calculoza ureterală aproape în totalitatea cazurilor.

Noțiuni despre anatomia, histologia și fiziologia uretelor.

Ureterele sunt două conducte musculo-membranoase cari se întind dela bazinet la vesica, lungimea lor este de 25—30 cm. Traiectul lor este de sus în jos și din afară în lăuntru, au forma unor cilindri, dar calibrul lor nu este uniform căci prezintă trei strangulațiuni cari îl impart în trei porțiuni mai largi. Aceste sunt situate, una deasupra coletului ureteral care este prima strangulațiune a ureterului, cu un diametru de 2 m. m. Porțiunea largă de deasupra coletului se numește infundibulum ea se continuă în sus cu basinetul. Intre colet a doua strangulațiune care se găsește situată la nivelul unde ureterul încrucișează vasele iliace este cuprinsă a doua porțiune largă a ureterului numită fusul lombo iliac.

A treia porțiune largă a ureterului este fusul pelvian, el se găsește între a doua strangulațiune a ureterului sau strangulațiunea marginală și între punctul unde ureterul intră în păretele vesicei. În interiorul pătetului vesical ureterul își strâmtează pogresiv calibrul cu cât se apropie mai mult de meat.

Traiectul ureterului este de sus în jos și din afară în lăuntru. El străbate succesiv : regiunea lombară, iliacă, pelviană și grosimea păretelui vesical; terminându-se la nivelul unghiului extern corespunzător al trigonului lui Lieuteud. Din punct de vedere anatomic ureterul se împarte în patru porțiuni : lombară, iliacă, pelviană și intramurală. Aceasta este clasificarea pe care o voi fi trebuința în decursul acestei lucrări, pentru a preciza locul de oprire al calculilor, pe traiectul ureterului.

Porțiunea lombară începe la nivelul coletului și merge până în dreptul crestei iliace de unde se continuă în jos cu porțiunea iliacă care merge până la nivelul stricturei marginale situată la nivelul unde ureterul se încrucișează cu vasele iliace externe. La nivelul acesta prezintă o curbură cu concavitatea internă urmată de una cu concavitatea externă. Dela acest nivel începe porțiunea pelviană, care se continuă până la nivelul vesiceei, ea formează o curbură pronunțată cu concavitatea în-lăuntru, la nivelul unde întră în păretele vesiceei prezintă un unghi de 135° . Porțiunea intramurală se strâmtează progresiv cu cât se apropie de orificiile ureterale, după unii autori ea are formă ampulară.

Din punct de vedere al patologiei calculilor, dispozițiunea aceasta a ureterului are importanța, căci influențează oprirea calculilor la nivelul porțiunilor strâmte și le dă posibilitatea de basculare, la nivelul porțiunilor largi, putând astfel ocupa poziții diametrale conductului, cari împiedecă înaintarea lor spre vesică.

Histologia. Ureterul este compus din punct de vedere histologic din trei straturi bine distincte. Un strat extern compus din țesut conjunctiv, care formează teacă ureterului. Un strat intern sau mucoasa ureterului, care prezintă o serie de încreșturi cari nu dispar distinzând ureterul la calibrul său normal. Ea este compusă din chorion și epiteliu. Chorionul la rândul său este format din fibre elastice, după unii el conține elemente celulare nervoase de-ale ureterului. Epiteliul este tip pavimentos stratificat, la baza sa prezintă celule cilindrice, în partea mijlocie poligonale, cari cu cât se apropie de suprafață sunt mai turtite. Intre aceste două straturi: conjunctiv și mucos, este interpus stratul muscular care este format din fibre longitudinale interne, și fibre circulare externe.

Toate aceste straturi se continuă în sus, cu straturile constitutive ale basinetului, în jos cu cele ale vesiceei, afară de stratul muscular circular, care se oprește și dispăre în mod brusc la nivelul punctului său de contact cu vesică.

Fiziologie. Rolul fiziologic al ureterelor este de a conduce urina dela rinichi la vesică. Pasagiul urinei prin ureter se datorește mișcărilor proprii ale ureterului, cari sunt peristaltice și antiperisaltice. Ele stau sub dependența unui sistem

nervos autonom, situat pentru mișcările perisaltice la nivelul plexului nervos al rinichiului, pentru cele antipiralsaltice la nivelul vesiceii. Ureterul posedă și un sistem nervos propriu localizat în însuși păretele său. Mișcările uteterului pot fi modificate de către nervul marele splanchnic, sistemul nervos central, bogăția sângelui în oxigen sau acid carbonic și de cantitatea de urină și de felul cum ea este eliminată din rinichi. In general se poate spune că funcțiunea ureterului se adaptează funcțiunii rinichiului. Orificiile ureterale fac mișcări regulate sistolice cari nu depind de cantitatea de urină ce trece prin ele. Scurgerea urinei în vesică se face în mod normal, ritmic, în ejaculații cu jet de propulsiune și aceasta grație mișcărilor sistolice ale ureterului. In caz de afecțiuni ureterale, orificiile ureterelor sunt imobile, iar urina se elimină în jet continu discret și fără forță de propulsiune.



CAP. II.

Anatomie patologică.

Leziunile anatomo-patologice ce le găsim în calculoza ureterală sunt foarte variate. Ele depind de forma și volumul calculului, de starea infecție sau de asepsie a procesului, de timpul de când stagnează în ureter și diferitele raporturi pe cari le prezintă calculul cu ureterul. Aceste leziuni se găsesc la nivelul ureterului, la rinichiului corespunzător și la nivelul rinichiului opus.

Înainte de a trece la studiul leziunilor anatomo-patologice produse către calcul asupra acestor organe, trebuie să facem un studiu complet al calculilor.

Sediul: În ureterul normal sediul cel mai frecvent este la nivelul porțiunilor largi, din imediată apropiere a strangulațiilor fiziologice, pe cari le prezintă ureterul. În majoritatea cazurilor însă, ei sunt situați la nivelul porțiunii pelviene a ureterului. Acest fapt este determinat de pozițiunea particulară ce o are ureterul în acest segment al lui, prezentând o curbură pronunțată, care favorizează localizarea lor. După ureterul pelvian în ordine descrescândă a frecvenței, urmează ureterul lombar apoi cel intra vesical și la urmă cel iliac.

Frecvența calculilor este mai mare la bărbat decât la femeie. Jeanbreaux în o statistică de 212 cazuri, găsește în 127 cazuri calculi la bărbat și în 85 la femeie.

Numărul. Calculi ureterali în majoritatea cazurilor sunt solitari, aproape în 90% a cazurilor.

Forma, calculilor ureterali este variată. Cea mai obișnuită este forma: ovalară, alungită, sau rotundă. Ca forme mai rare sunt, cele poliedrice, în stea, boabă de cafea sau muriforme. Configurația exterioară, poate să fie netedă, sau

cu rugozități, mamelonată, sau să prezinte o scobitură sub formă de canal prin care să se scurgă urina în mod normal spre vesică și astfel să nu dea loc la nici un simptom. Configurația exterioară a calculului, joacă rol important în oprirea lui, căci cei cu rugozități în momentul când coboară dau leziuni ale mucoasei producând hemoragii cari favorizează oprirea, sau cu ajutorul rugozităților se infig în peretele ureterului determinându-și oprirea și fixarea.

Forma și configurația exterioară a calculilor, s'a observat că este în legătură strânsă cu compoziția lor chimică. Cei cu suprafața netedă sunt formați din urați, fosfați și sunt mai puțin frecvenți, pentru că nu se opresc decât foarte rar în ureter, din motivul că lunecă ușor prin el fără să-l lezeze. Cei cu suprafața aspră sunt formați din oxalați sau acid uric pur. Din cauza formei lor se opresc cu ușurință în ureter, pe care rănindu-l, dau hemoragii și fenomene alarmante chiar și în cazul când au dimensiuni foarte mici.

Volumul și greutatea calculilor, este variată, începând dela mărimea unui bob de mazăre, până la cea a unui ou de găină, toate dimensiunile intermediare sunt posibile. Greutatea deasemeni poate să varieze mult. Să citează ca cel mai greu calcul, unul în greutate de 803 gr. extras de către Charless. În genere calculii, cari conțin calciu și cei de acid uric, sunt cei mai grei.

Constituția chimică și structura calculilor. În majoritatea cazurilor de calculoză, găsim calculi de oxalați, apoi cei formați din carbonați, acid uric, urați și xantină. În ce privește structura lor, distingem la secțiune următoarea configurație: un nucleu în centru, care poate fi format din substanțe cari au aparținut organismului, ca globule roșii celule descuamate, fibrină etc. sau din substanțe streine organismului, paraziți, sau ouă de paraziți și altele. În jurul nucleului se așează în mod concentric păturile cortexului având o dispozițiune mai mult sau mai puțin regulată. Cortexul este format din substanțele solide cari se găsesc dizolvate în urină.

Ureterul calculos.

În urma raportului dintre calcul și ureter și în urma tulburărilor funcționale cauzate de către calcul, ureterul prezintă

leziuni anatomo-patologice diferite. Aceste trebuiesc studiate la nivelul punctului de contact al calculului cu ureterul, deasupra și dedesubtul acestui punct.

La nivelul calculului, starea ureterului este influențată de mai mulți factori, cari depind de calcul și anume: volumul, forma, configurația exterioară, starea de infecțiune sau de asepsie, de poziția în ureter, de timpul de când este oprit în ureter, de bogăția în fosfați și urați a urinei.

Aceste cauze multiple influențează asupra raportului dintre calculi și ureter. Jeanbreaux împarte acest raport în trei grupe. I. A calculilor mobili. II. A calculilor inclavați. III. A calculilor prinși în grosimea pereteului ureteral (Les calculs enchatonnées, numiți de francezi).

I. Calculii mobili sunt aceia care nu au nici o aderență cu peretele ureterului, din care cauză se pot mișca în interiorul lui, după poziția pe care o ocupă bolnavul. Legueu citează un caz, unde prin masaj abdominal a putut deplasa un calcul localizat în fosa iliacă, până în basinet, de unde apoi a fost extras prin pielotomie.

Acești calculi nu produc nici o alterațiune a ureterului și în majoritatea cazurilor nu dau nici un simptom care se tradeze existența lor.

Calculii fixați sau inclavați, după cum și numele îi arată, sunt calculi fixați în interiorul ureterului. La nivelul lor mucoasa este alterată, prezentând o serie de contuziuni sau ulcerăriuni, cari cicatrizându-se dau o strâmtare a lumenului ureteral. Albaran a atras atențiunea asupra strâmtării imediate sub nivelul calculului a lumenului ureteral, produsă de reacțiunea inflamatorie existentă și care cauzează îngroșarea peretelui ureteral și ca urmare strâmtarea ureterului. Acest fapt, accentuează contactul dintre calcul și părțile ureterale.

Calculii prinși în grosimea pãrețului ureteral, sunt acei calculi, cari se găsesc vãrãți în grosimea pãrețului ureteral, așa că sunt acoperiți în parte de mucoasă, care le formează o adevãratã lojã. Din aceastã cauzã distrucțiunile produse de cãtrã ei sunt foarte avansate, în unele cazuri, pãrețele ureterale fiind redus la o pãlițã subțire, care cu

ocazia unui cateterism sau chiar în mod spontan, poate să se spargă și să dea naștere unei fistule ureterale. Simptomele clinice date ce acești calculi sunt foarte alarmante și au ca semn caracteristic, colica renală de lungă durată. Jeanbreaux citează un caz unde colica renală a durat timp de 30 zile și a fost urmată de hematurie în plus încă timp de trei săptămâni. Din p. d. v. histologic când există inflamație, la nivelul îngroșării părții se constată o hiperplazie a tunicii conjunctive care este supra abundent vascularizată.

Ureterul calculos.

Deasupra calculului ureterul este în toate cazurile dilatat. Dilatarea lui depinde de raportul dintre ureter și calcul, de starea de asepsie sau infecție a procesului. Ea nu este uniformă pe toată întinderea lui ci să prezintă cu un aspect sinuos. În cazurile de procese aseptice, părțile ureterale este distins și subțiat mult, în caz de procese septic, părțile ureterale este îngroșat și însoțit de periureterită fibrolipomatoasă. Se citează cazuri unde dilatarea ureterului era de calibrul intestinului gros.

Ureterul dedesubtul calculului. În regulă generală când lipsește infecțiunea procesului, ureterul are forma și calibrul normal. Când infecțiunea este prezentă, din cauza procesului inflamator existent părțile ureterale se îngroășă, ceea ce face ca lumenul său se diminueze, prezentând un fel de ureterită stenoizantă, care împiedică deplasarea în jos a calculului și care în unele cazuri nu cedează nici după operație, din care cauză este consult, ca după ce s'a ridicat piatra, să se incizeze ureterul și la nivelul stenozei de sub calcul.

Ureterul calculos intramural. Prezența calculului la acest nivel al ureterului, produce deformațiuni pe cari nu le găsim în altă parte a lui. Și anume: când calculul stagnează mult timp în ureter, prezența lui duce la o dilatare foarte mare a ureterului producând o cavitate enormă, în care se adună calculii. În unele cazuri însă calculul prin prezența lui împinge mucoasa ureterului în vesică, unde apare sub formă unui burulet, cu timpul ea prolabează din ce în ce mai mult, producând

un fel de diverticul, în care se adună urina și calculii cari coboară din ureter, formând un adevărat rezervoar sau o vesică intravesicală. Calculii sunt mobili în această cavitate așa că ei pot acoperi sau lăsa liber lumenul acestui rezorvoar, din care urina se scurge după cum calculul acoperă sau nu lumenul rezervoarului.

Rinichiul corespunzător.

Starea lui este influențată de gradul de obliterare a ureterului de timpul de stagnare a calculului în ureter, de prezența sincronă a unei calculoze renale și de starea de infecțiune sau de asepsie a procesului.

Asocierea acestor factori în mod diferit produc o serie de varietăți anatomo-patologice. Prezența obliterării complete fără infecțiune, produce din cauza compresiunii asupra parenchiului renal o destrucțiune a lui, așa că rinichiul se schimbă în o pungă cu lichid clar. Se formează o hidronefroză. Când este prezent pe lângă obliterare un proces septic, rinichiul va suferi o distrucțiune mai rapidă și se va schimba în o pungă cu puroi. Ca prim factor distructiv al parachiului renal este în acest caz inflamația. Fapt demonstrat din piesele anatomo-patologice descoperite, cari în cele mai multe cazuri prezintă rinichiul schimbat în o serie de pungicu puroi cari se deschid în bazineț. Compresiunea, adică factorul mecanic și în cazul acesta este prezent, dar este în raport mai mic decât întinderea procesului anatomo-patologic.

Rinichiul opus. Acesta este în 97% a cazurilor intact. Litiază bilaterală este în 2% a cazurilor, iar în 1% există, o piele nefrită a rinichiului opus.

Etiologie și patogenie.

Din punct de vedere etiologic și patogenetic, calculii ureterali sunt: calculi cari provin dela rinichi, și calculi autohtoni, adică: calculi cari iau naștere în ureter.

Calculii autohtoni sunt foarte rari. După Seefisch și Izrael iau naștere în urma unei răniri a mucoasei ureterului, produse de un traumatism oarecare, această rănire dă naștere la o hemoragie, sau descuamație epitalială. Sângele și epiteliul descuamat formează nucleul calculului, pe ele se depun substanțele solide ale urinei, cari-i formează cortexul.

Calculii ureterali surveniți din rinichi și căile urinare de deasupra ureterului, se impart: în calculi primitivi și secundari. Cei primitivi rezultă din precipitarea sau cristalizarea substanțelor solide ale urinei aseptice. Sunt formați din acid uric, urați, fosfați, oxalați. Calculii secundari rezultă în caz de condițiuni morbide locale ale rinichiului. Sub influența proceselor inflamatorii pielo-renale, alcalinitatea urinei crește, fapt care favorizează cristalizarea substanțelor solide ale ei, cu atât mai curând și mai mult, cu cât are la dispoziție mai în grabă un corp strein, pe care să se depună și care să formeze nucleul calculului. Cei mai frecvenți calculi secundari sunt calculii de fosfați. Aceste sunt cauzele cari determină formarea calculilor, să vedem acum cari sunt cauzele cari favorizează oprirea lor la nivelul ureterului. Ele se impart în cauze cari provin din partea calculului și cauze cari provin din partea ureterului.

Cauzele cari țin de ureter sunt forma sa, cu flexurile și cele trei strâmptori ale sale și cari constitue o cauză naturală de oprire a calculului. Apoi sunt o serie de anomalii cari pot să atingă ureterul, în ce privește conformația sa interioară, sau calibrul său, o serie de plicaturi ale mucoasei, sau îndoituri ale sale. Afară de aceste cauze naturale, leziunile provocate de trecerea prin ureter a calculilor, or traumatisme de altă natură, atrag după sine cicatrizarea și stenoizarea calibrului său. Organele din vecinătate, prin compresiune pot produce deasemeni diminuarea calibrului ureteral și pot constitui astfel cauze de oprire a calculului în uretar.

Din partea calculului: forma, volumul, configurația exterioară, fac ca un calcul să aibă mari șanse de a se opri la nivelul ureterului. Rugozitățile pe cari le au unii calculi, se infig în peretele ureteral rănindu-l și astfel favorizând fixarea și pătrunderea lui în păretele ureterului. Forma ovală a calculului, favorizează bascularea lui în ureter, care poate să așeze calculul în poziție transversală pe cea a ureterului și astfel să facă imposibilă emigrarea lui spre vesică.



CAP. III.

Studiu clinic.

Simptomele prezentate de către calculoza ureterală sunt variate și complexe. Prezintă totuși unele puncte caracteristice, cari permite precizarea lor într'un cadru propriu al acestei afecțiuni.

Un fapt important, care nu trebuie neglijat căci ne atrage atențiunea asupra posibilității de existență a calculului în ureter, este trecutul de suferință renală pe care îl prezintă acești bolnavi, aproape în totalitatea cazurilor. Cercetând antecedentele lor, vom găsi prezentă aproape în toate cazurile colica renală însoțită de hematurie și uneori urmată de hematurie de lungă durată. Aceste date au făcut pe Guyon să afirme că prezența colicei renale, urmată de hematurie de lungă durată, constituie un indiciu de angajare a calculului în ureter. Jeanbreaux, o găsește prezentă în 117 cazuri din 186 cazuri observate de el. Dar există cazuri unde angajarea calculului în ureter, nu este tradată prin nici un simptom, ba mai mult chiar, există cazuri unde calculul fiind prezent în ureter, nu este tradat prin nici un fenomen. Aceste cazuri constituie o varietate clinică de calculi ureterali și anume: cea a calculilor ureterali latenți. Se întâlnește mai frecvent această varietate, în cazurile unde calculul are o suprafață netedă și un volum mai mic, așa în cât el nu produce nici o leziune a ureterului, nici vre-o alterațiune în funcțiunea normală a lui.

Din diferite cauze însă acești calculi pot să prezinte o schimbare o poziției lor, care să aibe de rezultat obstucția completă a ureterului, cu toate urmările ei, sau în cazul mai fericit o obstucțiune parțială a lui, cu urmări destul de grave

și ea. În aceste cazuri, lipsând antecedentele renale, simptomele prezentate de bolnav, sunt de cele mai multe ori rău interpretate, fapt care are de rezultat o terapie rău aplicată, din care cauză procesul evoluând, duce la atrofia rinichiului, sau la distrucțiunea lui prin hidronefroză. Infecțiunea unui calcul ureteral latent, poată să acționeze în acelaș mod, obstruând complet sau numai micșorând calibrul ureterului, ca urmare a reacțiunii inflamatorii și ducând astfel la pionefroză.

Afară de cazurile caculoză latentă, cari sunt rare, există în majoritatea cazurilor de calculoză ureterală, o serie de simptome cari tradează oprirea calculului în ureter. După Legueu aceste simptome sunt provocate de patru cauze, cari depind de patru eventualități posibile, de localizarea și pozițiune a calculului în ureter. Și anume: 1. migrațiunea și inclavarea calculului, 2. pătrunderea calculului în ureterul juxta vesical și intra-mural, 3. de obstrucțiunea ureterului, 4. de infecțiunea reno-ureterală.

Simptomele de migrațiune și în clavare a calculului. Sunt în general acele simptome, cari după expresie lui Tuffier se rezumă la colica renală fără rezultat, apoi durerea spontană simțită de bolnav, la nivelul unde s'a oprit calculul, durerea provocată și hematuria. Sindronul colicel renale se caracterizează prin o durerea reno-ureterală sau numai ureterală, prin fenomene generale, prin modificațiuni suferite din partea urinei.

Debutul colicei este de obicei brusc și deseori se pune în legătură cu oboseala fizică, un marș, un exercițiu obositor sau altă cauză puțin remarcabilă. Deseori ea debutează în timpul somnului când bolnavul se întoarce de pe o parte pe alta. Debutul se caracterizează prin o durere, care de altfel este și cel mai important semn al ei, și anume o durere foarte mare, atroce, uneori sincopală, care silieste pe bolnav de a se pune jos acolo unde-l apucă, imobilizându-l. De obicei bolnavul se culcă pe spate flectându-și în așa fel membrele inferioare încât să-și relaxeze mușchii abdominali, sau se culcă pe partea unde simte durerea, fapt care face să i-se destindă, părțile abdominal corespunzător. Ea este continuă, prezentând exacerbațiuni paroxistice și pleacă dela punctul unde este oprit calculul, iradiind pe traectul ureterului în sus

până la rinichi și în jos, până la plica anală, sau labiile mari la femeie și scrot, coapse la bărbat. Testicolul se retractează către canalul inghinal și este senzibil la atingere, sensibilitate care în unele cazuri poate dura și după ce a trecut colica. Durerea este acompaniată de fenomenele generale și anume: transpirațiuni reci, paloarea feței, cianoza și răceala extremităților. Din partea aparatului circulator, bătăile cardiace sunt mai frecvente, pulsul este mic și filiform. Din partea tubului digestiv să prezintă: greață, vărsături, alimentare sau bilioase, un tenesme rectal și în unele cazuri, diaree seroase.

Din partea vesicii să prezintă o disurie dureroasă, un tenesme vesical pronunțat, fără nici un rezultat, sau se poate prezenta și cazul când bolnavul urinează foarte frecvent, picătură cu picătură o urină sanghinolentă. Temperatura în cazurile când nu există infecțiunea procesului, este normală. În caz de calculoză infectată, fiecare colică este însoțită de ascenziuni de temperatură, de 39—40°. Durata colicei în medie de 4—8 ciasuri, dar poată să dureze și 24—28 ciasuri, sau chiar mai mult. Sfârșitul ei este în cele mai multe cazuri brusc și este anunțat prin o senzație de bine pe care o simte bolnavul. După aceasta bolnavul prezintă o poliurie clară, prezintă o sensibilitate renală și o sensibilitate de partea corespunzătoare a abdomenului, care dispare cu încetul. Palpând ureterul în acest moment, constatăm: sensibilitatea punctelor lui dela nivelul peretelui abdominal. Sensibilitatea punctului Mac Burney care există în unele cazuri, derutează pe medic dela diagnosticul adevărat.

Rezultatul colicei renale este variabil. În cazurile fericite bolnavul expulsează calculul, însă când acest lucru nu se întâmplă și când obstruiază complect ureterul, se prezintă fenomene de compresiune la nivelul uretelului și al rinichiului, iar în unele cazuri se prezintă: hidronefroză și anurie.

Tabloul colicei renale nu este totdeauna acesta, în unele cazuri ea se manifestă prin o durere ureterală foarte atenuată, care se manifestă: prin iradiațiuni pe traectul său, dela rinichi, la testicol, alteori colica renală imitează afecțiunea organelor învecinate, sau să poate prezenta de partea opusă de care este situat calculul, sau se prezintă bilateral. Un alt

simptom este durerea spontană, pe care o simte bolnavul la nivelul unde s'a oprit calculul, apoi durerea provocate la nivelul punctelor de proiecție a ureterului și durerea provocată prin tușeul rectal. Toate aceste semne, trebuiesc amintite și trebuiesc încadrate în grupe simptomelor produse de către calculoza ureterală, căci în unele cazuri ne dau noțiuni destul de exacte în ce privește punerea diagnosticului afecțiunii, servindu-ne uneori chiar la localizarea calculului pe traectul ureterului.

Hematuria constituie un simptom de mare valoare pentru stabilirea diagnosticului de calculoză ureterală. Ea apare în timpul colicei, sau imediat după colică. Poate fi provocată după colică printr'un marș, călărit, ori alt execuțiu muscular. Ea semn caracteristic al hematuriei produsă de calculoză ureterală, este aceea că ea apare în legătură cu colica renală, se calmează prin repaos și reappare din nou prin palparea pronunțată regiunii ureterale, sau la mișcare, fiind acompaniată în cazul acesta de dureri lombare. Ea este o hematurie totală, macroscopică, întim amestecată cu urina. În raport cu hematuria macroscopică, căutarea hematuriei microscopice și descoperirea ei constituie un semn cu mult mai important de cât cea macroscopică, căci este aproape în toate cazurile prezentă. Centrifugând urina bolnavilor, pe care-i credem atinși de calculoză ureterală, vom constata aproape în totdeauna prezența globulelor roși, mai mult sau mai puțin abundant. Pus bolnavul la pat ea poate să dispară, dar dacă o provocăm prin mers apare din nou. Guyon a numit acest procedeu „proba mersului.“

Tuberculoza renală, litiția renală, tumorile rinichiului și a-le ureterului și alte boli renale, pot să prezinte hematurie însă în aceste cazuri ea are caractere speciale și se însoțește de un tablou clinic deosebit de cel al calculozei ureterale. Însă, între hematuria produsă de litiția renală și cea ureterală, deosebirea este imposibil de făcut și pentru clarificarea diagnosticului de calculoză renală sau ureterală, numai radiografia ne poate da noțiuni exacte.

Simptomele de penetrațiune în ureterul juxta și intra vesical. Colica renală cu toate caracterele ei, există și aici ca prin simptom. Însă în afară de ea din cauza raporturilor pe

care le prezintă ureterul cu vesiculele seminale și cu rectul, calculul oprit în această regiune va produce fenomene cari rezultă din aceste raporturi. Bolnavul în acest caz, va prezenta dureri în gland, polachiurie, diurnă și nocturnă, dureri sub formă de arsuri la micțiune, poluțiuni dese, dureri în timpul ejaculațiunii, hemospermie și dureri testiculare. Din partea rectului se vor prezenta dureri continue cari devin însuportabile în timpul defecațiunii. Deseori din momentul defecațiunii să prezintă un prolaps rectal pronunțat.

Simptomele de obstrucțiune reno-ureterală, cu sau fără infecțiune. Aceste simptome variază după starea procesului. Dacă există, sau nu, infecțiune, fapt care determine după fie care caz în parte, complicațiunile următoare.

Dacă nu există infecțiunea procesului și rinichiului opus funcționează bine, survine o criză de uro-nefroză cu dureri violente la nivelul rinichiului și-a ureterului distins în mod brusc. Albarran a întrebuințat pentru aceste fenomene, expresia de criză ureterală, ea este apiretică însoțită uneori de hematurie microscopică, și urmată în totdeauna de poliurie clară. Dacă există infecțiunea procesului, atunci obstrucțiunea ureterului determină un acces de pionefroză, cu clarificațiunea urinei, în cazul când rinichilul opus este sănătos, cu febră, limbă uscată, mărirea dureroasă de volum a rinichiului, transpirațiuni și puls frequent. În momentul când conductul își restabilește permeabilitatea, toate aceste fenomene cedează.

Dacă ambele uretere sunt obstruate, sau dacă rinichiul opus este distrus, vom avea complicațiunea ea cea mai gravă; *anuria*. Ea este permanenta amenințare a bolnavului, purtător de calculi ureterali.

Evoluție și prognostic: Trecând în revistă studiul anatomo-patologic și studiul clinic al calculozei ureterale, putem trage următoarele concluziuni relativ la prognosticul și evoluția acestei afecțiuni. Un calcul oprit în ureter și care obstruează lumenul ureteral, în cazul când este aseptice, distruge rinichiul prin hidro, sau uronefroză, scleroază sau atrofie. Când există un proces septic, infecțiunea și compresiunea distrug rinichiul în totalitate sau în parte numai prin pionefroză. Consecința acestor leziuni este anuria, ea amenință viața bolnavului în orice moment.

Uneori calculii produc ulcerăriuni ale ureterului cari se pot infecta și fistuliza fapt care dă naștere unui flegmon urinos. Alteori calculul poate în mod spontan să perforoze păretele unui ureter slăbit prin inflamație și astfel să se elimine singur din ureter lăsându-i liber lumenul, care-și reconstitue astfel permeabilitatea. Deseori flegmoanele urinoase se complică cu peritonită, care scurtează viața bolnavului.



CAP. III.

Diagnostic.

În prezența unui bolnav care prezintă simptomele descrise, pentru a putea stabili un diagnostic exact vom face, un examen complet al bolnavului, apoi vom face la un examen minunțios al ureterului, uzând de toate mijloacele clinice și fizice de explorațiune reno ureterală, cari se întrebunțează astăzi. Acest mijloace de investigațiune sunt următoarele: 1. Examenul manual realizat prin palparea diferitelor puncte ureterale și căutarea pe această cale a durerii provocate. 2. Percepțiunea calculului prin palparea abdominală, tușeul rectal și vaginal. 3. Examenul meatului ureteral prin cistoscopie. 4. Cateterismul ureteral. 5. Examenul aparatului urinar cu ajutorul razelor Röntgen.

Primele două metode nu sunt destul de sigure, datele obținute prin întrebunțarea lor, nu ne clarifică îndeajuns. Se întrebunțează cu toate acestea și astăzi și în unele cazuri când calculul are un volum mai mare, și o localizare anumită, poate fi descoperit prin aceste procedee.

Palpația ureterală și căutarea durerii provocate se face după ce a trecut colica renală. Defensă mușchilor abdominali care există în timpul colicei, nu permite explorațiunea ureterului. Imediat după încetarea colicei, survenind relaxarea mușchilor pe de o parte, iar pe de altă parte ureterul păstrând câțva timp după colică o sensibilitatea oarecare, acest examen, ne dă în unele cazuri noțiuni destul de lămurite. Ea se face în anumite puncte ale abdomenului, cari corespund proiecțiunii ureterului la nivelul său. Aceste puncte sunt următoarele: punctul lui Bazy, punctul lui Tourneur sau a lui Hallè, punctul lui Tadei și punctul ureteral inferior. Punctul

lui Bazy se găsește la nivelul unde se intretaie o linie verticală ce trece prin punctul lui Mac Burney și o linie orizontală ce trece prin ombilic, uneori acest punct este situat cu ceva mai înlăuntru. Punctul lui Hallè sau punctul ureteral mijlociu se găsește la nivelul, punctului de intretăere a unei linii verticale, ce trece prin punctul de unire a treimii interne, cu cele două treimi externe a arcadei crurale și a unei linii orizontale ce unește spinele iliace antero-superioare. Punctul ureteral inferior, descris de către Guyon și Legueu, se caută numai prin tușeul vaginal și corespunde ureterului juxta și intravesical. La nivelul acestor puncte de proiecțiune a ureterului pe părțile abdominal anterior, se caută prin palpate și durerea provocată. Prezența acestui semn nu există în toate cazurile, totuși se citează în literatură cazuri destul de frecvente, unde acest semn era prezent. Prin palpatea abdominală, în cazul când ureterul este dilatat, simțirea lui sub degete este posibilă.

Percepția calculului prin palpatea abdominală, este un mijloc puțin fidel, totuși este posibilă în unele cazuri. Prin tușeul rectal, și în deosebi prin tușeul vaginal, se obține rezultat în cazul când calculul este situat juxta vesical, sau întra mural. Mai ales când aceste procedee, se combină cu palpatea abdominală. La bărbat, din cauza prostatei rezultatele obținute prin tușeul rectal nu sunt destul de clare, pentru ca să se simtă calculul trebuie să fie voluminos și să fie situat în ureterul juxta vesical, (sau în partea inferioară a ureterului pelvian).

Cistoscopia și meatoscopia ureterală.

Aspectul mucoasei fundului de sac al vesiceii și aspectul meaturilor ureterale, este o imagine fidelă despre starea și conținutul ureterului. Așa încât, datele obținute prin cistoscopie și meatoscopie, ne dau relațiunii precise în cele mai multe cazuri de calculoză. Aspectul prezentat de mucoasă în aceste cazuri este variabil, variabilitate care este în legătură cu mai mulți factori cari o influențează, să ia dispozițiuni diferite. Fewnic citat de Jeanbreaux, imparte imaginile cistoscopice ale meatoscopiei, după raportul ce-l prezintă calculul

cu ureterul. Și anume: aspectul fundului de sac al vesiceii și aspectul meatului, în cazul când calculul coboară încet prin ureter, va avea ca parte caracteristică, o deschizătură imobilă, atonă a meatului, iar mucoasa din jurul orificiului va fi de o colorațiune roșie, uniformă, prezentând din loc în loc, puncte de extravazație sanghină. Cu cât calculul are o suprafață mai rugoasă, cu atât aceste extravazații vor fi mai bine marcate. Acesta este aspectul obișnuit, în cazul când calculul este situat în porțiunea intra murală, sau juxta vesicală a ureterului. Când calculul se apropie de orificiul meatului, buzele lui prezintă un edem enorm și au o suprafață lucitoare, inconstant căci se citează cazul când calculul ocupa porțiuni superioare ale ureterului și totuși era însoțit de fenomenele acestea. Aspectul orificiului ureteral după căderea calculului în vesică este diferit. În cazul când calculul prezintă rugozități, orificiul ureteral are un ușor edem al său; și cu leziuni ale buzelor meatului, zona peri ureterală este de un roșu viu. Când calculul a fost neted, meatul să prezintă puțin lărgit și aton. După câțva timp dela eliminarea calculului semnele aceste dispar.

Aspectul ureterului în cazul când calculul este inclavat în treimea inferioară a lui este caracteristic.

Se prezintă o eversiune a mucoasei ureterale, ca urmare a eforturilor făcute de către ureter, pentru a se debarasa de calcul. Când calculul are o configurație exterioară cu rugozități și stagnează de mult timp în ureter, pelângă un prolaps foarte pronunțat al mucoasei ureterale, se prezintă un mănunchiu de vilozități în jurul orificiului, consecutive unei iritațiuni violente dată de oxalurie. Se poate trage deci concluzia, că în cazul când aspectul ureterului apare normal la examenul cistoscopic și meaturile se prezintă normale, diagnosticul de calculoză reno-ureterală în majoritatea cazurilor, se poate exclude prin aceste cistoscopie.

Caterismul ureteral. Explorațiunea ureterului cu ajutorul sondei ne furnizează date, cu ajutorul cărora nu putem afirma cu siguranță prezența calculului. Între rezistența opusă înaintării sondei, de către o strâmtare naturală, sau câștigată, o valvulă, o indoitură sau un calcul al ureterului, este greu să ne pronunțăm. Deseori când pozițiunea calculu-

lui permite, lunecăm cu ușurință pe lângă el în sus, nedescoperindu-i prezența. Luys citează un caz unde a trecut sonda în sus, pe lângă un calcul fără să-l descopere până în momentul când o scotea, atunci i-s'a transmis la mână senzațiune asemănătoare cu cea a frecării sondei de suprafața unui calcul, care mai târziu a și fost descoperit, acesta a fost însă un caz norocos. Unii pentru a obține date mai precise, au obdus capătul cateterului cu ceară și astfel se obțină imaginea obstacolului la nivelul ei, dar nici așa nu au obținut deslușiri mai clare, alții au construit sonde speciale, cari aveau în partea lor terminală un buton de metal, care să remarce mai bine contactul ei cu calculul, însă rezultatele obținute, nu erau intru nimic mai clare. Deseori se observă, că sonda deplasează calculul fără a-l releva. Cateterismul a câștigat importanță în explorațiunea ureterului deodată cu descoperirea razelor X, când s'au creat sonde opace pentru razele X, putându-se astfel da o umbră mai clară ureterului. Această metodă de investigațiune este de o importanță și de o exactitudinc superioară. Vom vorbi despre ea la examenul radiologic al calculilor ureterali.

Examenul cu ajutorul razelor Röntgen.

Acest examen este cel mai important și acela care ne furnizează deslușirile cele mai bune, în stabilirea diagnosticului de calculoză ureterală. Ca metode cari se întrebunțează este radiografia simplă, radiografia făcută cu ajutorul sondei opace și cu ajutorul substanțelor de contrast. Înainte de a discuta pe scurt fiecare din aceste procedee în parte, se vedem cari sunt normele după cari trebuie să ne conducem pentru a face un examen bun radiologic și cari sunt indicațiunile lui.

Autorii clasici, ca Jeanbreaux, ne prezintă o schemă după care dacă ne conducem, suntem în afară de orice greșală. Astfel el indică radiografia, la bolnavii atinși de piurie și hematurie renală, a căror urină nu tuberculizează cobaiul, apoi bolnavii cari în lipsa antecedentelor de colică nefretică suferă de un rinichi, sau din partea unui ureter și în urmă bolnavii, dela cari s'a eliminat prin înoculare la cobai tuberculoza și prezintă fenomene vesicale, seminale, testiculare și cari prin examenul cistoscopic și prin tabes, rămân neexpli-

cate. Procedând astfel se vor evita multe greșeli cu urmări grave, descoperindu-se deseori calculi latenți și prevenindu-se astfel pionefrozele, hidronefrozele și alte leziuni grave pe cari le suferă rinichiul și cari rezultă din prezența calculului, situat fie chiar în mod latent, pe traectul ureterului.

Este necesar de a radiografia în întregime arborile urinar sau nu? Am văzut că simptomatologia prezentată de calculoza ureterală, este în multe cazuri falsă, prin faptul că fenomenele de care se acompaniază, sunt uneori ireale. Știm că deseori colica renală poate să se prezinte la rinichilul și ureterul opus, în acest caz examenul făcut numai de partea unde se prezintă, va rămânea fără rezultat, căci nu ne dă deslușiri clare. Chestiunea această a fost rezolvată în congresul de urologie din anul 1909 când s'a stabilit ca regulă generală radiografierea întregului aparat urinar, fără a se ține cont de caracterul simptomelor și de datele obținute prin celelalte metode de examinare. Jeanbreaux spune că precum pentru un medic e necesar să examineze ambii plămuni, un oculist ambii ochi, pentru a-și da seama, în mod clar de afecțiunea ce o prezintă bolnavul, tot așa și un radiolog trebuie să examineze ambii rinichi și ambele uretere și vesica. (În literatura se citează dese cazuri, unde bolnavul prezintă semne de calculoză într'un ureter și examenul radiologic a diagnosticat calculi în ambele uretere sau în ureterul de partea opusă, așa în cât e foarte explicabil acest fel de procedare.)

Dintre diferitele metode de examen radiologic, radiografia simplă, radiografia cu sondă opacă și cea cu substanțe de contrast se întrebuițează pentru căutarea calculilor ureterali. Aparatura necesară pentru acest scop, este stativul lui Siemens, la care se adaugă un compresor alui Albers Schönberg, un suport de tub care este construit după indicațiunile lui Arcelin și care se compune din 3 brațe îndepedente. Un braț pentru tub, un braț pentru compresor și unul pentru placa radiografică. Pentru radiografia combinată cu sondajul ureteral suportul acesta imaginat de către Arcelin prezintă înlesniri mari. Tubul de Röntgen, întrebuițat pentru căutarea calculilor trebuie să emită raze moi, căci ei sunt permeabili pentru razele dure și astfel imaginea lor nu apare. Deaceia tubul de Röntgen va fi regulat pentru 3—6—9 radiochromo-

metri Benoist; după cum dorim să fie de lung timpul de expunere în fața razelor.

Radiografia simplă fără a întrebuiți substanțe de contrast, sau fără de introducerea sondei opace în ureter, nu dă imagini destul de nete, căci de multeori un ganglion calcificat, un corp strein din interiorul intestinului, a cărui umbră cade în dreptul ureterului, se poate confunda cu calculii ureterali. De aceea s'a combinat radiografia cu o altă metodă de explorațiune și anume cu sondajul ureteral.

Primul care a realizat acest examen a fost Tuffier în anul 1889. După el și alții au întrebuițat această metodă. Mai târziu Pasteau a introdus cateterismul cu sonde opace gradate, combinat cu radiografia, prin acest procedeu se măsoară în centimetri la ce nivel al ureterului se găsește calculul. Cu această nouă metodă de explorațiune, s'a putut preciza natura unui obstacol, care împiedeca înaintarea sondei prin ureter, și anume dacă acest obstacol era dat de un calcul, o plică ureterală, o curbură a ureterului, sau o strangulațiune a lui. În anul 1906 Vöelcker și Lichtenberg publică o nouă metodă de explorațiune a aparatului renal, întrebuițând în loc de sondă opacă o soluțiune de colargol de 5%. Mai târziu alții întrebuițează colargolul în soluție de 10—15% sau alte substanțe cristaloides sau coloide opace pentru razele X, mai puțin nocive decât colargolul. Metoda aceasta se numește uretero-pielografie. În Clinica Chirurgicală din Cluj, această metodă se face în mod curent, de câteori o cere nevoia și de câteori o admit împrejurările, ca substanțe de contrast se întrebuițează bromura de sodiu în concentrație de 25%. În multe cazuri noțiunile servite de ea au confirmat un diagnostic pus prin alte metode de explorațiune, sau au precizat un diagnostic, care nu a putut fi definitiv fixat prin alte metode de examinare. Grație bunăvoinței Dlui conferențier Dr. E. Țeposu și a D-lui asistent Dr. M. Albu șeful laboratorului de Röntgen al clinicei, prezint câteva clișee radiografice cari s'au făcut de către D-lor, în cazurile de calculoză ureterală, din serviciul D-lui Profesor Iacobovici.

Rezumând diferitele metode de explorațiune a ureterului calculos cu ajutorul R. X., să vedem condițiunile ce trebuie să le îndeplinească un bun clișeu radiografic. Pentru a avea

puncte de reper, după cari să putem stabili poziția și nivelul organelor aparatului urinar, este nevoie ca scheletul osos al coloanei vertebrale, cu apofizele sale transverse, cu conturul și forma vertebrelor, apoi cadrul osos al bazinului să apară în mod cât mai clar, mușchiul psoas cu fibrele sale cu direcțiunea lor oblică de sus în jos și din lăuntru în afară, să fie cât se poate mai evidente. Conturul polului inferior al rinichiului, să fie cât mai clar. Având aceste date, ușor ne putem da seama, de natura umbrelor pe cari le prezintă clișeul.

Umbra calculilor trebuie căutată corespunzător traectului ureterelor. În segmentul superior al ureterului, format din fusul lombo iliac, o vom căuta în afară liniei mediane în dreptul apofizelor transverse ale coloanei vertebrale. Din motivul că în unele cazuri rinichiul este ptozat, un calcul al basinetului sau al calicelui inferior se poate confunda cu ușurință cu un calcul ureteral. Pentru a face deosebirea se vor lua ca puncte, de reper, conturul rinichiului și nivelul umbrei date de calcul în raport cu apofizele transverse. În segmentul pelvian, umbra calculilor ureterali trebuie să fie pentru porțiunea superioară a acestui segment verticală, după cum este și traectul ureterului în această regiune, pentru calculii situați în porțiunea inferioară, umbra calculilor va fi oblic îndreptată din afară în lăuntru, cu atât mai aproape de poziția transversală, cu cât calculul este situat mai aproape de vesică. În general imaginea calculului pe placă, nu este reală, căci în totdeauna când calculul este situat în acest segment al ureterului, pare situat mai departe de vesică, de cum este în realitate. Un calcul intramural, va prezenta umbra sa pe clișeu, localizată după cum vesica este în stare de vacuitate sau este plină. Când vesica este goală, umbra calculului corespunde unei linii ce trece prin marginea superioară a pubelui. În cazul când vesica este distinsă de urină, umbra calculului va apărea la nivelul spinei sciatică, sau în vecinătatea ei. Ca să fim exacti e bine să notăm pe placă, dacă vesica în momentul examinării era în stare de vacuitate sau plină. Cauzele cari fac ca un calcul să nu fie văzut pe clișeul radiografic, sunt următoarele: o tehnică falsă întrebuițând raze prea tari, sau absența compresiunii, etc. Constituția chimică a calculului, volumul al său. Arcelin spune că un bun radio-

graf trebuie să descopere și calculii în greutate de 10—20 ctgr. Afară de asta sunt umbrele date de către anumiți corpi ai conținutului intestinal, de către ganglioni și țesuturi calcificate, sau și din alte cauze se pot crea umbre pe traectul ureterului, cari cu mare ușurință se pot confunda cu calculii ureterali. Jeambrean după clasificarea imprumutată dela Cathlin, împarte aceste cauze în 4 grupe: 1. grupa conținutului intestinal. Enteroliți, calculi apendiculari, schibale, corpi streini a intestinului. 2. Grupa calculilor și concrețiunilor diverse. Calculi biliari, ai vesiculelor seminale, ai prostatei, ai diverticulilor vesicei și granulațiune calcare intravesicale. 8. Grupa infiltrațiunii calcare a diverselor țesuturi. Apendice epiploic calcificat, concrețiuni paraintestinale, osificațiuni a cartilajilor costale, plăci calcare ale arterelor ateromatoase, fleboliții venelor peritoneale, fleboliții plexului peri prostatic, ganglioni limfatici calcificați ai unghiului ileo-cecal, infiltrațiuni calcare ale cicatricelor și aderențelor inflamatorii vechi ale ureterului. 4. Grupa petelor clișeului. Urme de deget, pete de sudoare, pete de grăsime, pete de dezvoltare, lipsa gelatinei. După vârsta de 50 de ani punctele de osificație în ligamentele basinului sunt foarte frecvente, a umbrele date de ele, constituie cauze de confundare cu umbrele calculilor ureterali. Majoritatea acestor cauze, cari sunt un mijloc de interpretare greșită în radiografia simplă a ureterului, sunt înlăturate prin radiografia combinată cu sondă opacă, prin uretero pilografie sau radiografia stereoscopică, făcând astfel să scadă numărul acestor greșeli.

Diagnostic diferențial.

Simptomatologia extrem de variată înfățișată de calculoza ureterală, cu toate mijloacele perfecte de explorațiune cari permit o cunoaștere cât se poate de exactă a ei, se pretează uneori la un diagnostic fals. Excluzând erorile de diagnostic cari survin din cauza unui examen incomplet și superficial al bolnavului, prezența în același timp a mai multor afecțiuni deodată, derutează pe medic, care descoperind o singură afecțiune explică toate fenomenele prezentate de bolnav pe seama ei, mulțumindu-se cu ceea ce a descoperit. Astfel se citează cazuri dese, unde bolnavii de calculoză ureterală au

fost operați de apendicită. Dăr și alte afecțiuni abdominale sunt imitate de către calculoza ureterală, în care caz tratamentul simptomatic aplicat în consecință nu duce le nici un rezultat. Jeanbreaux citează un caz unde fenomenele generale, determinate de către calcul au imitat o ocluziune intestinală cu toate semnele ei ; oprirea gazelor, materiilor fecale, greată, vărșături, etc. și chirurgul era pe punctul de a interveni când expulzarea unui calcul ureteral a făcut să dispară toate aceste fenomene. Deacea diagnosticul diferențial trebuie făcut în cazurile suspecte de calculoză ureterală, față de următoarele afecțiuni: 1. Când există simptoame de suferință renală și vesicală cu piurie. Diagnosticul diferențial se face între calculoza ureterală, pielonefrita calculoasă sau ne calculoasă, uretêro-pielită, tuberculoză renală. In cazul când există semne de suferință renală și vesicală fără piurie ; diagnosticul diferențial se va face între calculoza ureterală, calculoza renală, hidronefroză prin anomalie pielo-ureterală, cudură, strâmtarea sau compresiunea ureterului. Obstrucțiunea ureterului prin un chiag de sânge, papilon, sau vesiculă hidatică. Crizele de congestiune renală prin mobilitatea anormală pot produce o colică nefretică alui Tuffier. 2. Când există numai simptome vesicale, diagnosticul se face între calculoza ureterală și calculoza vesicală, cistita calculoasă, tuberculoasă sau de altă natură. Abces de vecinătate deschis în vesică. Tulburări vesicale de origine medulară. Dilatațiunea ne calculoasă a extremității inferioare a ureterului. 3. Când există simptome vesicale seminale și testiculare, diagnosticul se face între : calculoza ureterală și aceia a prostatei, vesiculită, prostatită, tuberculoză prostatato-seminală, 4. Când nu există fenomene renale, diagnosticul diferențial se face între calculoza ureterală și nevralgiile abdomino-pelviene, apendicită. Un calcul ureteral situat în dreptul punctului M. B. dă adeseori semne clasice de apendicită, sau compresiunea ureterului între aderențe peri apendiculare poate să dea loc la aceste semne. Anexita, deviațiuni ale uterului, hernie inghinală sau crurală, aderențe intestinale survenite în urma histerectomiilor sau salpingectomiilor. Confuziunea este foarte posibilă între calculoza ureterală și cea pancreatico-coledociană. Prezența icterului a febrei hepatalgice combinată cu dureri pronunțate în umărul drept și alte semne, ne dau destule noțiuni de diferențiere.

CAP. V.

Tratamentul.

In prezența unui bolnav căruia i-s'a pus diagnosticul de calculoză ureterală, tratamentul aplicat în consecință să rezumă la ridicarea calculului. Felul cum procedăm la eliminarea calculului, din ureter, depinde de fiecare caz în parte. Când prin datele servite de radiografie credem posibilă eliminarea lui fără intervențiunea operatorie, de sigur că vom proceda în așa fel, încât să scutim bolnavul de ea. Vom încerca în cazul acesta eliminarea calculului prin medicamente diruetice, vom împiedeca dezvoltarea infecțiunii care este atrasă de prezența calculului, prin medicamente desinfectante, vom institui o cură hidrominerală, și un regim care să împiedece creșterea în volum a calculului. În cazul când cu aceste mijloace nu reușim, trecem la intervențiunea endoscopică și încercăm eliminarea calculului cu ajutorul ei. Intervențiunea endoscopică realizează eliminarea calculului, prin căile sale naturale. Ea se face prin mai multe procedee.

Distensiunea vesicală. Se face introducând în vesică o cantitate mare de o soluție slabă de oxicianură de mercur, argirol, acid boric, etc. până ce vesica este distinsă. Din cauza iritațiunii provocate, de către acest lichid, vesica începe să facă contracțiuni, la cari se asociază contracțiuni din partea ureterului, producând o colică renală, care poate să aibă de rezultat eliminarea calculului.

Cateterismul ureteral. Prin cateterism ureteral se poate crea posibilitatea de eliminare a calculilor ureterali, fie prin faptul că se dislochează calculul, fie prin colica renală ce

se produce în mod concômîtent ca urmare a cafeterismului, fie prin dilatarea ureterului care de asemeni poate să fie provocată de un cateterism. Uneori aceste cauze combinate provoacă eliminarea spontană a calculului. Pentru a obține un rezultat mai bun și rapid, unii autori lasă sonda introdusă în ureter mai mult timp, chiar pînă la 48 ore, ceea ce provoacă mișcări continue și de lungă durată, urmate de dilatarea ureterului. S'a încercat dilatarea ureterului sub nivelul calculului cu ajutorul unui balon de cauciuc, montat la capătul distal al sondei, s'a încercat dilatarea ureterului prin metoda electrolitică, s'a încercat injectarea de substanță lubrifiantă în interiorul ureterului, de exemplu glicerină încălzită în cantitate de 8—15 cm³, obținându-se rezultate variabile. În cazul, când nu s'a reușit expulzarea calculului după un cateterism, se face în mod repetat de mai multe ori, controlându-se după aceia rezultatul obținut, la radiografie. Atunci observăm dacă a fost eliminat, mobilizat sau a rămas pe loc, calculul.

Temporizarea prea lungă, în cazul când nu am obținut rezultatul dorit cu aceste metode, nu este recomandabilă și este justificată numai în cazul când ne izbim de dificultăți din partea bolnavului, care nu primește intervențiunea operatorie, căci calculul în cazul când este mic prin basculare sau prin mișcare poate să ocupe o poziție prin care să obstrueze còmplet ureterul, producând o criză ureterală urmată de hidronefroză, sau pionefroză sau anurie, după starea de asepsie și infecțiune a ureterului, în care caz intervențiunea chirurgicală este mai greu de realizat, sau este chiar imposibilă.

Tratamentul chirurgical.

Vom recurge la intervențiunea operatorie în cazul când prin celelalte mijloace de tratament, nu am obținut rezultatul dorit, sau în cazul când dela început prevedem că din cauza poziției calculului, eliminarea nu este posibilă numai pe această cale. Indicațiunea operatorie este diferită în timpul perioadei de anurie și în afara ei.

În perioada de anurie este permisă intervențiunea operatorie numai în următoarele cazuri: 1. când anuria datează

de două zile, 2. când radiografia a demonstrat și a precizat sediul calculului și că rinichiul corespunzător este lipsit de calcul, 3. când starea generală a bolnavului e bună și credem că va putea suporta intervențiunea. În cazul de anurie, când bolnavul nu implinește aceste condițiuni, se încearcă eliminarea calculului prin cateterismul ureterului obstruat, dacă nu reușește cateterismul și dacă, ureterul opus este obstruat se practică ca ultimă încercare: nefrostomia.

În afară de perioada de anurie, tratamentul chirurgical practicat prin intervențiunea operatorie se realizează prin trei procedee. După cum va fi situația calculului, vom întrebuița unul din aceste procedee. Ele sunt: 1. extracția calculului prin Pielotomie sau Nefrotomie, 2. extracția calculului prin cistotomie, 3. extracția calculului prin uretero-litotomie. Extracția calculului prin Pielotomie și Nefrotomie. Sunt metode puțin întrebuițate astăzi. Au indicațiuni în cazul când s'a stabilit că un calcul, ocupă porțiuni superioare ale ureterului și când este situat deasupra strâmtoarei superioare a lui. Pentru ca un calcul ureteral, să poată fi extras prin aceste procedee, trebuie ca ureterul de deasupra calculului să fie larg, așa în cât să fie posibilă mobilizarea lui către basinet. Pielotomia are un mare avantaj asupra nefrotomiei căci ea menajează rinichiul. Aceste metode au dat rezultate foarte bune unor chirurghi. Guyon, Legueu, Tuffier, citează cazuri unde au obținut extracția calculului situat în unele cazuri, chiar în porțiuni inferioare ale ureterului, uzând pentru mobilizarea lui de masajul abdominal.

Extracția calculului prin cistotomie. Indicațiunile acestei intervențiuni sunt: în cazul când calculul este situat în porțiune intramurală sau juxta vesicală a ureterului, unde este inclavat din care cauză nu se poate mobiliza. Procedeele acesta realizează extracțiunea calculului prin interiorul vesiceei, după ce s'a practicat cistotomia. Se intervine de obicei pe cale ipogastică sau prin inciziunea vesico-vaginală a lui Cabot și Ver Hoogen.

Extracțiunea calculului prin incizia ureterului sau prin uretero-litotomie. Abordarea ureterului pentru a practica uretero-litotomiei se face pe trei căi. 1. Calea trans peri-

toneală; 2. Calea extraperitoneală și 3. Calea intra și extra peritoneală combinate. Uretero-litotomia transperitoneală este astăzi puțin întrebuințată. Să face numai în cazul când prin o laparatomie exploratoare se stabilește prezența unui calcul în ureter. Este o intervențiune de surpriză, are avantajul că realizează în o ședință diagnosticul și tratamentul. Când prin laparatomie exploratoare se diagnostichează prezența unui calcul situat în segmentul juxta sau intravesical al ureterului, recurgem la manevra recomandată de Jeanbreaux care constă: în fixarea calculului cu ajutorul unui deget prin tușeul rectal, sau vaginal, practicând în cazul acesta uretero-litotomia combinată.

Uretero-litotomia extra peritoneală, se realizează prin mai multe căi; calea vaginală, perineală, rectală, para-rectală sau parasacrată și extraperitoneală propriu zisă.

Uretero-litotomia pe cale vaginală, se practică la multipare și în cazul când calculul este voluminos și apropiat de fundul de sac al vaginului. Vascularizația ambondentă din această regiune și situațiunea care nu permite realizarea unei hemostaze satisfăcătoare, face periculoasă intervențiunea practică pe această cale.

Uretero-litotomia pe cale rectală, din cauza infecțiunii ce se poate propaga dela rect la ureter, realizând comunicațiunea lui cu rectul, dă rezultate rele.

Uretero-litotomia pe cale perineală: Nu este nici practică, nici comoadă, căci se lucrează într'un teren greu de observat. Albarran o recomandă în unele cazuri.

Uretero-litotomia practică pe cale para-rectală sau para-sacrată a fost practică de către Delbet în anul 1891. Rigby este singurul care a întrebuințat-o obținând rezultate bune. Este indicată la oameni grași, la femei și la indivizii care au suferit mai înainte intervențiunea asupra abdomenului.

Uretero-litotomia extraperitoneală prin incizie lombo-iliacă. Este calea ideală de intervențiune asupra ureterului. Să practică astăzi de către toți chirurgii. Prezintă avantaji mari față de celelalte căi de intervențiune, căci prin inciziunea largă care se face, lasă accesibil ureterul explorării largi și supuse controlului vederii, în toate cele trei porțiuni

ale lui. Așa în cât, cu ușurință ne putem da seama de natura leziunilor și de complicațiunile de care este atins ureterul, putând astfel după împrejurări să ne orientăm și să practicăm inciziunea ureterului, după cum cer împrejurările. În mod curent se întrebuintează pentru descoperirea ureterului două inciziuni. Una pentru ureterul lombar și alta pentru cel ilio-pelvian inciziunea superioară pentru ureterul lombar are direcțiune oblică. Ea pleacă dela unghiul format de ceosta 12-a și merge până la un degete deasupra spinei antero-superioare a osului iliac. Pentru descoperirea segmentului ilio-pelvian al ureterului, se practică inciziunea ce pleacă dela nivelul spinei antero superioare cu două degete deasupra ei și merge în jos până la marginea externă a mușchiului marele drept anterior al abdomenului, urmând în toată calea sa traectul arcadei crurale la două degete deasupra ei. Unind aceste inciziuni, punem în evidență ureterul, în toate cele trei porțiunile lui. Tehnica operatorie a uretero-tomiei extra peritoneale descrisă după Albarran se face în nouă timpi,

1. Introducerea unei sonde ureterale până la nivelul calculului,
2. Descoperirea ureterului,
3. Explorarea exterioară a ureterului,
4. Inciziunea ureterului,
5. Extracțiunea calculului,
6. Explorarea permeabilității ureterale,
7. Stabilirea drenajului basinetului prin sonda ureterală.
8. Sutura ureterului.
9. Inchiderea peretelui.

Inciziunea ureterului se practică după indicațiunea făcută de către Tuffier și după recomandațiunea lui Albarran, adică paralel cu traectul ureterului și direct pe calcul fără a contuza buzele plăgei. Unii autori cum este Jeanbreaux, demonstrează că uretero-rafiu este inutilă în cazul când se fac inciziuni mici. Din 105 cazuri cele de uretero-litotomie făcute de el numai în 72 a făcut sutură, obținând aceleași rezultate bune. Albarran insistă mult, asupra permeabilității ureterului imediat sub nivelul calculului. În cazul când se descopere o strictură la acest nivel, dânsul recomandă incizarea și lărgirea ureterului pentru combaterea fistulelor.

Mersul post operator. Imediat după ridicarea calculului din ureter, rinichiului își câștigă calea normală de drenaj, iar ca urmare toate fenomenele locale și generale provocate de către obstacol dispar. Drenajul rinichiului se face foarte bine prin ureter, dovadă este refacerea lui rapidă. Crearea fistulelor este în toate cazurile urmarea tehnicii rele, deaceia ori de câteori tehnica este ireproșabilă vindecarea se face per primam. Vindecare este durabilă căci bolnavii controlați la ani de zile după operație, se găsesc în deplină sănătate.

Mortalitate în cazurile de uretero-litotomie după statisticele făcute variază între 1—2%, în cazurile când este făcută în afară de perioada de anurie. Ea survine în cele mai multe cazuri în urma complicațiilor generale, sau a bolilor organice de cari suferă bolnavul. În timpul perioadei de anurie, făcută uretero-litotomie dă o mortalitate de 60%.

În rezumat rezultatul tratamentului operator în calculoza ureterală, la un bolnav care suportă această operațiune și dacă se intervine în afară de perioada de anurie, este în 98% a cazurilor rezultatul dorit de noi, adică sustragerea rinichiului dela complicațiunile grave care amenință viața bolnavului și redarea funcțiunii normale a lui, obținându-se vindecarea completă.

OBSERVAȚIUNI CLINICE.

Observațiunea I. Matei P. în etate de 25 ani plugar întră în serviciul Clinicei Chirurgicale în ziua de 1/VI—1926.

Nimic de remarcant în antecedentele sale ereditare și personale. Boala actuală datează din vara anului 1923. A început cu dureri localizate în regiunea lombară dreaptă cari prezentau iradiațiuni de-a lungul ureterului drept, până la testicolul drept. Durerile se prezentau sub formă de crize, cu durată variabilă, ele se repetau la intervale neregulate, slăbind foarte mult bolnavul. Nu a prezentat hematurie. Din cauza acestor fenomene cosultă mai mulți medici, fără să-i poată stabili diagnosticul. În cele din urmă se prezintă la consultațiunile Clinicei Chirurgicale.

Examenul bolnavului ne arată o constituție bună, țesutul celulo-adipos este redus, tegumentele sunt palide, faciesul este suferind, afebril, pulsul 80, regulat și bine bătut, organele toraco-abdominale în stare bună. La examenul local se constată prin palpate o sensibilitate localizată la nivelul lojei renale drepte, traectul ureterelor este nedureros.

Examenul cistoscopic. Capacitatea vesiceei 150 cm³. Mucoasa este nealterată. Orificiul ureteral stâng are aspect normal, cel drept este congestionat la nivelul lui, urina se elimină, în jet continuu. Făcându-se cateterismului ureterului drept, cu ajutorul unei sonde opace, se constată că sonda se oprește dând de un obstacol cam la 15 cm. profunzime. Prin pielografie se stabilește, că obstacolul este format de către un calcul înclavat în ureter, la nivelul vaselor iliace având mărimea unei boabe de cafea. Se încearcă mobilizarea calculului prin ajutorul sondei și prin alte procedee utilizate, fără să se poate ajunge la niciun rezultat. Prin o radiografie simplă se confirmă prezența acestui calcul. Din aceste motive se face intervențiune

chirurgicală, în ziua de 16/VI—1926. Operator Profesor Dr. Icabovici, ajutor Docent Dr. Teposu. Operația: Ureterotomie extraperitoneală, extracția calculului, sutură, drenaj. Prin incizie lombo-iliacă dreaptă, se descopere ureterul pe cale extraperitoneală, se constată că este dilatat având grosimea unui deget arătător. Prin explorarea lui se pune în vidență un calcul, situat în porțiunea pelviană, la jumătatea distanță dintre vesică și vena iliacă dreaptă. Calculul este complet concrescut în grosimea peretelui ureteral. Să procedeză la extracția calculului prin incizarea ureterului apoi se suturează cu fire de catgut. Se drenează plaga cu un tub de cauciuc, iar restul plăgii, până la nivelul drenajului, se închide complet. Mersul post operator, este cât se poate de bun, așa în cât bolnavul la 14 zile după operație părăsește serviciul complet vindecat.

Observația II-a M. K. în etate de 25 ani funcționară intră în Clinica Chirurgicală în ziua de 16/XI—1926 pentru dureri ce apar sub formă de crize, localizate în partea dreaptă, a abdomenului, pentru inapetență, greață și vărsături. Antecedente personale: nu-și aduce aminte să fi suferit de vre-o boală infecto-contagioasă în copilărie. Până la boala actuală a fost sănătoasă.

Boala actuală datează din toamna anului 1922. a debutat în mod insidios, cu dureri cari apăreau sub formă de accese localizate în flancul drept, cu greață și vărsături. Aceste fenomene se repetau la intervale neregulate, având o durată de 1—2 zile. În timpul crizelor dureroase, bolnava observă că urina ei este tulbură și uneori sanghinolentă. De multeori aceste fenomene erau provocate de eforturile pe cari le făcea, de multeori ele debutau noaptea. Uneori durerea prezintă iradiațiuni sub formă de săgeți în spre labile mari și coapsa dreaptă. Fenomenele aceste se repetă din ce în ce mai des, bolnava slăbește progresiv, consultă mai mulți medici însă cu tot tratamentul care i se face, nu observă nici o ameliorare. Din cauza acestor fenomene, bolnava intră în Clinica noastră.

La examinare se constată că starea generală este destul de bună, bolnava este afebrilă, pulsul 74. Din partea organelor toraco-abdominale, nu se constată nimic patologic, rinichii nu sunt palpabili, însă loja renală dreaptă este sen-

zibilă, punctele ureterale sunt nedureroasă Urină bolnavei este turbure, conține în sediment: leucocite și hematii. La examunul cystoscopic vesica apare perfect normală. La examenul radiografic repetat, se constată prezența unei umbre de mărimea unei boabe de mazăre, foarte mobilă, la nivelul bazinetului. Se face pielografia cu sonda opacă și se constată oprirea ei la nivelul umbrei calculului, situat în apropierea bazinetului renal. Azotemia: 0.50. Constanța Ambard: 0.132. se procedează la extracția calculului prin intervențiune chirurgicală, în ziua de 25/XI—1926. Operator Profesor Dr. Iacobovici, Ajutor Docent Dr. Țeposu. Operația: Pielotomie dreaptă. Se face incizie lombară dreaptă, se descopere rinichiul, se constată un bazinet dilatat, transformat într'o pungă uronefrotică, în care se găsește un calcul foarte mobil. Se incizează bazinetul, din care se elimină o cantitate mare de urină sanghinolentă, se extrage calculul, se drenează. Mersul post operator a bolnavei este bun, ea părăsește serviciul vindecată.

Observațiunea III-a. G. A. în etate de 33 ani, intră în clinică în ziua de 30/III-927 pentru dureri în regiunea lombară dreaptă, cu iradieri pe traectul ureterului, având punctul maxim la nivelul punctului lui Bazy. Boala actuală datează din toamna anului 1921 când bolnavul are un acces de colică renală dreaptă care a fost urmată de un leșin, cu durată de aproximativ de 10 minute. Consultă un medic care-i administrează urotropină la interior. Se simte perfect sănătos timp de 6 luni, când se repetă accesul. De astă dată durerea a fost însoțită de greață și vărsături, consultă un medic care crede că are apendicită pentru care este operat, însă a doua zi după operației bolnavul prezintă un acces asemănător cu cele precedente. N'a observat să aibe nici odată hematurie. Accesele se repetă la intervale neregulate între accese se simte foarte bine și nu are nici o durere. În 1926 are din nou un acces de-o intensitate mai mare, cu durată de 36 de ore. Urinând bolnavul după asta a eliminat un calcul de culoare brună, neregulat, de mărimea unei boabe de linte. Sfătuit de un medic se tratează în mod preventiv cu salol, urotropină și alte desinfectante renale, se simte bine până în ziua de 1 Martie când are din nou un acces, asociat de ascenziuni de temperatură până la 40° și care a du-

rat: două ciasuri. Durerea nu a cedat complet, ci se meritine ameliorată, bolnavul observă că are urina tulbure de culoare închisă, nu are greață nici vărsături, este inapetent și observă că slăbește progresiv. Din cauza acestor fenomene, intră în serviciul Clinicei Chirurgicale.

Examenul bolnavului: Starea generală bună, temperatura: 38.5 puls: 80, sistemul musculo-adipos redus. Din partea organelor toracale nimic patologic, abdomenul prezintă o cicatrice post apendicectomie, la palpare toată jumătatea dreaptă a abdomenului este sensibilă, punctul lui Bazy este dureros, loja renală dreaptă este sensibilă la presiune.

Examenul cystoscopie: Capacitatea vesicii 150 cm³, mucoasa vesicală este puternic injectată, orificiile ureterale de ambele părți sunt punctiforme și de aspect normal. Urina este tulbure prezintă în sediment multă fibrină și crisitale de oxalați.

Se face examenul radiografic se constată o umbră punctiformă, situată pe traectul ureterului drept la 5—6 cm. deasupra pătrunderii ureterului în părilete vesical. Se face cateterismul ureterului drept, sonda pătrunde cu oarecare dificultate în ureter, se injectează în interiorul ureterului 3 cm³ de glicerină, după 3—4 ore se prezintă dureri de expulsiuneacompaniate de senzațiunea de micțiune, durerile au durată de 3 cearuri. După două zile făcându-se controlul radiografic, nu se mai poate pune în evidență prezența umbrei dată de calcul. Bolnavul își controlează urina însă nu observă eliminarea calculului în urină. In ziua de 9/IV părăsește serviciul clinicei vindecat.

Observația IV-a. A. P. în etate de 38 ani întră în clinică în ziua de 12/IV—927 pentru dureri în regiunea lombară cu iradiațiuni, dealungul ureterului spre testicol. Antecedentele heredo-colaterale fără importanță. Antecedente personale: la 14 ani a suferit de febră tifoidă, în anul 1918 a suferit de gripă, neagă maladiile venerice. Boala actuală datează din anul 1921, a început cu dureri vagi în reginea lombară stângă. Aceste dureri erau mai intense dimineața după ce se scula din pat, și se calmau peste zi. Prezenta exacerbațiuni în legătură cu eforturile, în aceste cazuri a observat și hematurii totale cari, aveau durată dela 5—10 zile.

În 7 Ianuarie 1927 a simțit o durere foarte mare în regiunea lombară stângă care iradia de-a lungul ureterului, durata ei a fost de 4 ciasuri, după disparițiunea ei bolnavul să simte bine. La două zile după aceasta se prezintă din nou durerea, cu aceleași caractere, având de data asta o durată de 12 ciasuri. Consultă un medic care-l tratează cu desinfectante renale. La 11 Aprilie bolnavul are din nou dureri violente, din care cauză se prezintă la consultațiile Clinicii Chirurgicale.

Examenul bolnavului ne arată o constituție robustă, starea generală bună, temp. 37,5, puls 88, tegumentele și mucoasele vizibile de colorațiune palidă, sistemul musculo-apidos bine dezvoltat, sistemul osos intact. Din partea organelor toraco-abdominale nu se constată nimic patologie. La examenul local se constată o sensibilitate localizată la nivelul regiunii lombare stângi, traiectul ureterului este senzibil, semnul lui Goyena pozitiv.

Examen cystoscopic: capacitatea vesicii e 150 cm³, mucoasa injectată pe întreagă suprafață. Orificiul ureteral stâng congestionat, urina se elimină din el în jet continuu, cel drept este de aspect și funcțiune normală. Examen radiologic: la nivelul celei de a treia vertebră lombară stângă se constată corespunzător traectului ureteral o umbră de mărime unei boabe de fasole. Prin pielografie se stabilește că umbra corăspunzătoare traectului ureteral, este un calcul situat în porțiunea lombară a ureterului. Se face tratament conseruator, prin cateterism ureteral stâng, și prin injecție de 5 cm³ glicerină, după care se prezintă dureri de expluzare. La controlul radiografic, umbra calculului nu se poate pune în evidență. Bolnavul părăsește serviciul vindecat.

Observațiunea V-a. I. M. în etate de de 36 ani, întră în clinică în ziua de 18 Martie 1923, pentru hematurii totale, febră și dureri la nivelul lojei renale drepte. Boala datează de câteva zile, s'a instalat în mod brusc fără nici o cauza apreciabilă. Examenul cystoscopic: capacitatea vesicii de 150 cm³, mucoasa este injectată, orificiile ureterale se prezintă cu aspectul normal, au funcțiune normală, din ureterul drept se elimină urină sanghinolentă. La examenul radiografic se constată, prezența a trei umbre ovalare corespunzător traectului ureterului drept, situate la nivelul celei de a patra v. lom-

bără. Se face pielografia și se constată că cele trei umbre nu țin de ureter, sunt probabil ganglioni mezenterici calcificați. Fiind vorba de o pielită se fac evacuări ale basinetului, cu spălături consecutive. Bolnavul părăsește serviciul vindecat. Revăzut după 3 ani este perfect sănătos.

Observațiunea a VI-a. B. I. în etate de 43 ani, întră în clinică în ziua de 24—V. 1927, pentru dureri în regiunea lombară dreaptă, cu iradieri dealungul ureterului. Antecedentele heredo-colaterale fără importanță. Antecedente personale: în copilărie a suferit de pojar. În anul 1925 a suferit de calculoză renală stângă pentru care a și fost operat. După intervențiune bolnavul s'a simțit perfect sănătos.

Boală actuală, datează din toamna anului 1918. A debutat în mod brusc cu ocazia unui efort, cu dureri localizate în regiunea lombară dreaptă cari iradiiau în jos și înainte către simfiza pubiană. Aceste dureri au durat câteva ciasuri după care timp bolnavul s'a simțit perfect bine, până în primăvara anului 1919, când durerile au reapărut din nou, prezentând aceleași caractere. De data aceasta bolnavul observă că urina este tulbure și în cantitate neobișnuit de mare. Fenomele aceste se mai prezintă la intervale neregulate în mod periodic, sub formă de crize, și în deosebi a remarcat aparițiunea lor în legătură cu eforturile, sau cu zguduitorile (călăritul). În ziua de 24/V—627, să prezintă din nou aceste dureri, de data asta sunt foarte accentuate, din cauza lor bolnavul ocupă, diferite poziții, prin cari încearcă să-și le atenueze, însă nu reușește. Din această cauză, se prezintă la Clinica Chirurgicală.

Examenul medical: Temp. 36,8, puls 78, starea generală bună, statura înaltă, tegumentele palide, sistemul musculo-adipos bine dezvoltat, constituție robustă. Organele toraco-abdominale în stare bună.

Examenul local: la palpare se constată o sensibilitate localizată în partea dreaptă a abdomenului. Bolnavul la presiune acuză dureri violente la nivelul punctului, lui Moris, Lojele renale sunt nedurerease.

Examenul radiologic: pune în evidență doi calculi de mărimea unor alune, situați în dreptul apofizelor transverse,

a ultimelor două vertebre lombare. Radiografia cu sondă opacă confirmă acest fapt, și constată înclavarea calculilor.

Examenul urinei: pune în evidență hematurie microscopică. Se face intervențiune chirurgicală în ziua de 2/VI.—927, operator Profesor Dr. Iacobovici, ajutor: Conf. Dr. Teposu. Diagnosticul: calcul dublu în ureterul drept. Operația: uretero-tomie extraperitoneală, extracție, drenaj.

Se face o incizie paralelă cu arcadă crurală dreaptă, plecând la trei degete deasupra crestei iliace antero-superioare, trecând la două degete distanță de spina iliacă și terminându-se în treimea mijlocie a ligamentului Poupart. Se secționează toate straturile până la peritoneu. Se decolează foia peritoneală punându-se în evidență fosa iliacă, mușchiul psoas, linia nenumită. Se explorează polul inferior al rinichiului, se explorează ureterul, se constată prezența a doi calculi de mărimea unor alune, cari se găsesc inclavați în ureterul iliac, imediat deasupra încrucișării lui cu vasele iliace. Se incizează ureterul direct pe calculi în sens longitudinal, se extrag calculii, se controlează ureterul se suturează cu fire de catgut, se drenează plaga cu un tub de cauciuc, închizându-se complet până la nivelul drenajului.

Merul post operator cât se poate de bun, bolnavul părăsește serviciul a 16 zi după operație, complet vindecat.

Totalitatea cazurilor de calculoză ureterală observate în Clinica Chirurgicală din Cluj, începând din anul 1919 până în anul 1927 luna Iunie, sunt în număr de 6. În observațiunile acestei lucrări am trecut numai cinci dintre ele, cel omis cred, că nu prezintă importanță prea mare pentru lucrarea mea, căci bolnavul refuzând intervențiunea ce i-s'a propus, a părăsit serviciul și din motivul aceasta o cred incompletă. Prezintă în schimb un caz de pielită, la care radiografia simplă a pus în evidență pe traectul ureterului trei umbre, cari s'au crezut că sunt date de calculi ureterali, pielografia a dovedit însă că aceste umbre un țin de ureter ci sunt probabil ganglioni calcificați. Acest caz este extrem de demonstrativ pentru importanța mare a pielografiei în stabilirea diagnosticului de calculoză ureterală. Din aceste motive l'am trecut între celelalte observațiuni.

CONCLUZIUNI.

1. Localizarea calculilor urinari la nivelul ureterului este rară în regiunile noastre.

2. Originea lor în majoritatea cazurilor este renală.

3. Sediul calculilor ureterali este la nivelul strâmtorilor; naturale, cicatriciale, indoiturilor ureterului sau mucoasei sale, sau unei micșorări a calibrului său, provocată de compresiunea organelor vecine.

4. Prezența calculilor în ureter, produce leziuni destructive ale rinichiului și ale ureterului.

5. Simptomatologia lor este complexă. Pot imita afecțiunile tuturor organelor intra-abdominale, prezintă totuși puncte absolut caracteristice.

6. Diagnosticul se face bazat pe antecedente și pe semnele constate prin examenul fizic, realizat prin palparea manuală a ureterului, examenul cistoscopic, cateterismul ureteral, examenul cu ajutorul R. X. și prin găsirea hematuriei microscopice,

7. Tratamentul ce se întreprinde este de două feluri: conservator și operator. Felul cum procedăm în fiecare caz, depinde de împrejurări și anume: când prin examinările făcute credem că obținem eliminarea calcului prin medicamente diuretice, sau prin intervențiile endoscopice nesângerânde, atunci uzăm de tratamentul conservator. Când acesta nu dă rezultat, sau când dela început credem, că tratamentul conservator nu va da rezultat, uzăm de intervențiunea operatorie.

8. Tratamentul operator care se face, în cazul când există anurie: este nefrestomia. În afară de perioada de anurie, se face uretero-litotomia.

9. Cele mai bune rezultat le dă uretero-litotomia făcută pe cale extraperitoneală,

Văzut și bună de imprimat. Văzut la

17 Iunie 1927.

17 Iunie 1927.

Președinte

Decan

Prof. Dr. I. Iacobovici.

Prof. Dr. Titu Vasiliu.

BIBLIOGRAFIE.

- Albarran: *Medicine opératoire des voies urinaires.*
- Arcelin: *Enciclopedia française urologie Tome I.*
- Ahumada: *Anuria calculosa en una nefrectomizada. Semana med.* 1926 Nr. 32.
- Ballenger, Edgar and Omar F. Elder: *Ureteral calculi. Southem med. journ.* Nr. 4/1926.
- Braglio, Ruggero: *Conziderazioni patogenetiche e cliniche sul prolasso ureterale. Rif. med.* Nr. 28/1926.
- Borza: *Uretero-Pyelografia. Teză Cluj 1927.*
- Caciulcov: *Calculi ureterali. Teză. Iasi 1925.*
- Cathelin: *Du danger des explorations ureterals dans la therapie des petis calcul de ce conduit. Ref. gaz. des Hopiteaux.*
- Cathain: *Des erreurs de position des radiographiques dans la calculose urinaire. Ref. gaz. des hopiteaux* Nr. 69/1926.
- Dourmarskkin, Ralphe. *Stone in ureter. New-York stat journ. of. med.* Nr. 17/1926.
- Desnos: *Enciclopedia française d'Urologie. Tome II.*
- Fedoroff. *Zur casuistic der ureter steine. Zeitschrift. f. Urologie.*
- Greene: *Ureteral kink simulating calculus and leading to marked ureteral kink, simulating calculus and leading to marked ureteral dilatation. Journ. of. med.* Nr. 5/1926.
- Gaillard: *Du traitement des calculs de l'uretere par les methodes endoscopiques. Thèse. Lyon 1924.*
- Herescu: *Pionefroză consecutivă unui calcul ureteral. Nefrotomie, Uretero litotomie. Soc. de chirurg. din București 22/III-1926.*
- Jeanbreau: *Enciclopedia française d'urologie Vol. III.*
- Fuchs, Feli: *Zur anatomie und mechanick des Ureteres. Zeitschrift f. Urol. Chir. H. 34. S. 200, 1926.*
- Kaufmann: *Spezielle Pathologische anatomie.*
- Kleiber N.: *Gekreuzte kolik und gekreuzte funktions störung in der Niere bei Nefrolithiazis. Zentrhelblatt f. Chir. Nr. 9/1927.*
- Legueu: *Calculs du reine et de l'uretere. Thèse de Paris. 1891.*
- Legueu: *Enciclopedia française d'urologie. Toure II.*
- Lindboe: *Doppel-seitiger Ureterstein. Nord. Chir. Vereinig Kopenhagen, Sitzg. V. 25—25. 1925/VI.*

Mercier: A propos de la compenstion renal dans un cas de calcul de l'uretere. Journal d'urol. N. 3/1926.

Moreau: Pseudo-calcul de l'uretere pelvien. Bull. et mem. de la soc. de radiol. med. de France. Nr. 132/1926.

Marinescu: Contribuțiuni la studiul calculilor ureterali. Teză București 1910.

Petrescu: Contribuțiuni la studiul calculilor ureterali. Teză București 1907.

Pousson: Precis des maladies des voies urinaires.

Prokin: Erkrankungen der nieren und ureteren. Nach berichten über die Tätigkeit der Chir. Hosp. Klinik der I. Moskauer Stats universität, von 1910—1925. Prof Martynow. Zentrelblatt f. Chir. Nr. 2/1927.

Festut: Traite d'anatomie descriptive.

Tavernier et Reynand: Calcul ureteral juxta vesical. Lyon med. Nr. 25/1926.

Zondek: Wann muss bei Nieren oder Ureter erkrankungen operiert werden?

Klische Wochenschrift 1926. Nr. 15.

Teposu, Albu: Pielografia. Revista științelor Medicale, Martie 1927.

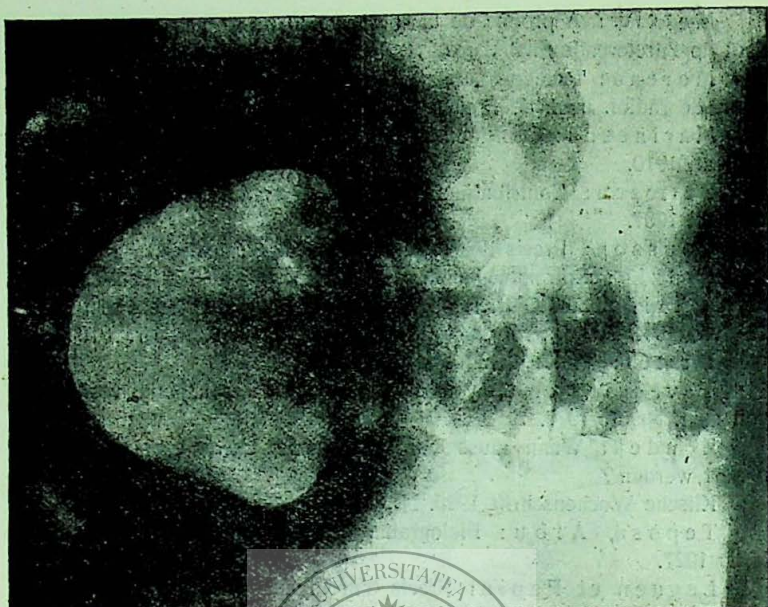
Leguen et Papin: Precis d'urologie. Paris 1921.

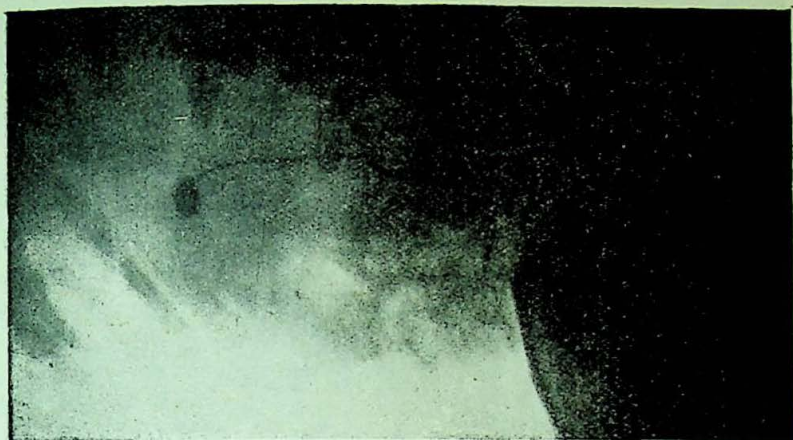
Marion: Traité d'urologie I, II. vol. Paris 1921.

Oppenheimer: Handbuch der biochimie des Menschen und Tiere.

Sachi: Journal d'urologie Medicale et Chirurgicale 1925, VII.

Pousson et Carles: Enciclopedie francaise d'urologie Tom II





Observațiunea II-a.



Observațiunea V-a.

Observațiunea VI.

