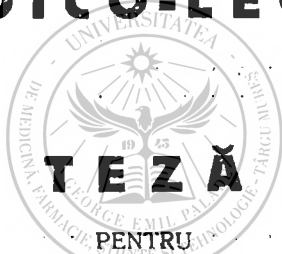


# **TRAUMATISMELE UROLOGICE**

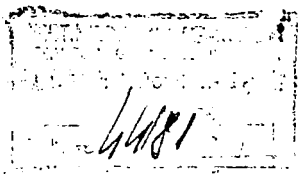
**DIN PUNCT DE VEDERE  
MEDICO-LEGAL**



**DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 12 DECEMBRIE 1935**

DE

**NICOLESCU D. GHEORGHE**



23 MAY 2005

# UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ FACULTATEA DE MEDICINĂ

DECAN : D-NUL PROF. DR. D. MICHAIL

## PROFESORI :

Clinica stomatologică . . . . .	D-I	Dr. ALEMAN I.
Bacteriologie . . . . .	" "	BARONI V.
Istoria Medicinii . . . . .	" "	BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	" "	BOTEZ M. A.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	" "	BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană . . . . .	" "	DRĂGOIU I.
Fiziologia umană (supl.) . . . . .	" "	DRĂGOIU I.
Semiologia medicală . . . . .	" "	GOIA I.
Clinica ginecologică și obstericală . . . . .	" "	GRIGORIU C.
Clinica medicală . . . . .	" "	HATIEGANU I.
Medicina legală . . . . .	" "	KERNBACH M.
Clinica oftalmologică . . . . .	" "	MICHAIL D.
Clinica neurologică . . . . .	" "	MINEA I.
Igienă și igiena socială . . . . .	" "	MOLDOVAN I.
Radiologia medicală . . . . .	" "	NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	" "	PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală . . . . .	" "	POP A.
Medicina operatoare . . . . .	" "	POPOVICIU GH.
Clinica infantilă . . . . .	" "	POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia (supl.) . . . . .	" "	POPOVICIU GH.
Balneologie . . . . .	" "	STURZA M.
Clinica dermato-venerică . . . . .	" "	TĂTARU C.
Clinica urologică . . . . .	" "	ȚEPOSU E.
Chimia biologică . . . . .	" "	THOMAS P.
Clinica psihiatrică . . . . .	" "	URECHIA C. I.
Anatomia patologică . . . . .	" "	VASILIU TITU

## JURIUL DE PROMOȚIUNE :

PREȘEDINTE : D-I. Prof. Dr. Kernbach M.

MEMBRII :

" " " Țeposu E.

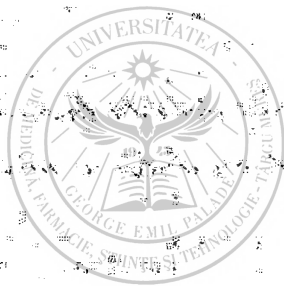
" " " Pop A.

" " " Vasiliu Titu

" " " Uurechia C. I.

Supleant D-I. Doc. Dr. Velluda C.





# Traumatismele urologice din punct de vedere medico-legal

## CAP. I.

### Noțiuni generale asupra traumatismelor urologice

Lucrarea de față este prima dintr'un ciclu de lucrări ce vor urma a se face la Institutul de Medicină Legală din Cluj și care vor avea ca scop să evidențieze aspectele medico-legale sub care se pot prezenta diferitele specialități medicale, domeniul până în prezent prea puțin explorat, care totuși prin importanța lui justifică întru totul stăruințele și oboseala depusă. Următoarele lucrări, datorită antecesorilor, încă tratează traumatisme și afecțiunile de natură traumatică ce privesc organele uro-genitale: 1. traumatismele renale; 2. considerațiuni asupra rinichiului poli chistic și 3. fistulele vezico-vaginale.

Trecând acum la problema ce ne-am propus a soluționa, vom spune-o chiar dintr'un început că traumatismele în clinica urologică nu sunt găsite prea frecvent. Acest fapt e confirmat și de rezultatul cercetărilor ce-am făcut personal în clinica urologică din Cluj, servindu-mă de foile de observație, unde în intervalul dintre anii 1925—35 am putut găsi numai 51 de cazuri.

Cu toate acestea, importanța lor rămâne totuși mare, dat fiind că în acest domeniu a specialității sale, urologul va fi chemat să depună pe lângă activitatea sa clinică obișnuită și una medico-legală, fie depunând el însuși în fața instanțelor judecătorești când va fi chemat, fie colaborând numai în mod colegial cu medicul legist.

Așa stând lucrurile, în aceste cazuri el nu se va mai putea

limita numai să facă un diagnostic rapid și bun, ce-i va permite apoi să institue un tratament adecvat și să facă o prognoză cât mai probabilă, ci va trebui să aibă și alte preocupări, după cum se va vedea tot așa de importantă prin utilitatea lor : se va convinge dacă a existat într'adevăr un traumatism ori de câte ori el e pretins de bolnav sau de aparținătorii săi, să aprecieze data probabilă când el a avut loc, să identifice instrumentul, să facă aprecieri asupra timpului vindecării și în fine cercetând împrejurările în cari el s'a produs, să arate dacă el este urmarea unui accident suicid sau omucid ; ori toate acestea constituiesc în esență partea medico-legală a cazurilor ce-i aparțin. Revenind asupra utilității ei, vom adăuga că activitatea medico-legală a urologului este necesară și din alt punct de vedere și anume ; traumatismele urologice în gravitatea lor și acesta este cazul mai deseori întâlnit, pe lângă că pot aduce însemnate prejudicii ale sănătății, pot constitui și un factor important de diminuare a capacității de lucru, așa că pe lângă grele probleme de responsabilitate penală și civilă ce se pot pune, urologul este chemat să se pronunțe și în cazul asiguraților sociali traumatizați în câmpul muncii lor, când trebuie să facă evaluări asupra incapacității rezultate, pentru ca în aceiaș măsură, ei să poată fi despăgubiți.

*Activitatea urologică a medicului legist :* Din necesitatea de a putea avea o privire de ansamblu asupra tuturor problemelor medico-legale ce se pot pune în legătură cu urologia, am crezut necesar să facem câteva considerațiuni și din acest punct de vedere. Sub această titulatură nu vom enumera întreaga activitate pe care medicul legist o are în chestiunile ce privesc urologia, ci amintim pe scurt numai pe acelea care îi sunt proprii, adică, care privesc individul după moarte, cele din viață privind deopotrivă și pe specialist.

Știut este că, în medicina legală moartea, după felul cum s'a produs, e împărțită în două grupe mari : 1. moarte naturală și 2. moartea accidentală sau violentă. Fiecare dintre ele mai cunoaște o serie de subgrupe ; două sunt care ne-vor interesa și din punct de vedere urologic : din grupul celor naturale, moartea zisă subită și din grupul celor violente în special cea datorită accidentului, și mai rar sinuciderilor, omuciderilor etc. Morfiele subite pot fi date de multe afecțiuni urogenitale. Dăm din colecția cazurilor dela Institutul Medico-legal o observație mai rară de

moarte subită prin rinichi polichistic. Obs.: E vorba de un individ de 65 de ani, care mai înainte cu 10 ani a urmat un tratament antisifilit. In 20. III 1934 are pe neașteptate dureri în lombe, dispnee, vărsături și transpirații reci, după care în scurt timp sucombă înainte de a-i se fi putut da vreun ajutor. La autopsia i s'a pus diagnosticul de rinichi polichistic și ruptură concomitentă a unui anevrism aortic.

Morțile violente încă pot fi întâlnite sub aspecte diferite și între acestea menționăm pe cele date de fracturile bassinului când sunt interesate și organele uro-génitale. Dăm și aci un caz din colecția Institutului. Obs.: E vorba de un individ de 45 de ani, care a fost lovit de o bârnă groasă în șold și trântit la pământ; imediat simte o durere vie la nivelul bassinului; poate urina spontan, dar urina e sanguinolentă. Intră în clinica Chirurgicală dar în aceeași zi moare. La autopsie ce-i s'a făcut în 12. IV. 1932 s'a găsit: edem și congestie cerebrală, plagă postoperatorie, peritonită, ruptura vezicii (suturată chirurgical), și fractura pubelui.

Medicul legist se întâlnește în practica sa cu probleme ce pot aparține dreptului penal sau dreptului civil.

Dreptul penal. Aci intră toate cazurile de morți violente care sunt consecutive leziunilor sau afecțiunilor traumatice ale aparatului uro-genital. In observațiile ce le-am dat, am exemplificat leziunile grave mortale datorite acestor organe. In cazurile de supraviețuiri, traumatismul poate lăsa o afecțiune traumatică care duce la o incapacitate de muncă temporară sau totală. In acest caz medicina legală are datoria de a preciza și procentul acestei incapacități după ghidurile barem în vigoare. O ultimă intervenție este în cazurile de erori grave ale urologului, care duc fie la moarte (omor prin imprudență), fie la leziuni corporale grave (leziuni prin imprudență). Problema responsabilității penale a urologului se rezolvă după criteriile generale ale responsabilității medicale.

Dreptul civil. Organele generale constituie pentru soț și soția cele mai importante elemente care pot duce la încheierea, menținerea sau desfacerea căsătorii. Anomaliile sau bolile acestor organe, constatate în examinările prenupțiale sau după căsătorie, pot constitui cauze reale contra încheierii căsătoriei sau pentru desfacerea ei. O altă intervenție în dreptul civil este în cazurile

de responsabilitate civilă a medicului urolog, care se va face după criteriile generale amintite mai sus.

## Descrierea sumară a traumatismelor urologice

Rinichiul și organele imediat învecinate. Traumatismele renale constau fie în deplasarea organului, fie în o contuziune ce poate merge dela o simplă sufuziune sangvină până la dilacerarea organului lezat. Vom distinge două categorii de traumatisme renale: 1. produse asupra organului complet sănătos și 2. pe organul în prealabil lezat.

A) *Traumatismele asupra rinichiului sănătos. Contuziunile capsulei adipoase a rinichiului.* Acestele ziuni nu au nici astăzi o explicație patogenică precisă. În 1856 *Wunderlich* descrie forme care s'au dovedit a nu avea nimic de a face cu traumatisme, sub numele „apoplexie spontană perirenală“, arătând că ele apar în legătură cu emofilia, arterioscleroza, nefrozele interstițiale etc. Astfel s'a ajuns la concepția actuală, care nu mai admite ca altă dată, că orice contuzie capsulară e de natură traumatică (*Azurino, Abeth, Bevaqua*). Ele se traduc printr'un înfiltrat hemoragic local de intensitate ce poate fi foarte variabilă.

*Contuziunile și rupturile renale.* Foarte variabile ca intensitate discrete încât abia se pot evidenția microscopic, sau din contra mari și expresive că pot fi evidențiate foarte ușor microscopic. Ele se pot încadra în una din următoarele forme: intraparenchimațoase (subcapsulare), dilacerații parțiale ce pot interesa și capsula fibroasă a organului sau nu, detașări de porțiuni de organ sau detașări a organului în întregime de pe pediculul său vascular, înfine zdrobirea completă a organului și topirea lui. În unele cazuri, ruptura poate interesa și organele anexe: calice, bazineț, ureter. Pot fi uni sau bilaterale. După *Küster* ele ar surveni mai frecvent la dreapta, pe când după datele Institutului Medico-Legal din Florența la stânga, explicând faptul prin aceea că rinichiul ar fi protejat de această parte de prezența ficatului.

•• *Plăgile rinichiului.* Sunt mult mai rar întâlnite, afară de



timpul războaielor, când frecvența lor a ajuns ch'ar până la 43 % din totalul leziunilor renale. Ele au în genere o formă gravă dat fiind că deseori se însoțesc de leziunile altor organe din vecinătate.

*Complicațiunile traumatismelor renale.* Le clasificăm astfel :

1. *Mecanice: Hidrofronefrozele* survin atunci când traumatismul are ca urmare o împiedecare a evacuării bazinetului prin unul din următoarele mecanisme : a) intrinseci : prin un coagul ce vine din rinichi, datorită unei strâmtări retractiv'e ca urmare a unui rup-turi parțiale a ureterului, asta după vindecarea lui, prin mobili-zarea rinichiului care prin cudurele ureteralei ce le dă crnstituesc deasemeni un obstacol de evacuare și b) extrinseci : compre-siunea dată de o extravazare sangvină consecutivă aderențelor ce rezultă din organizarea ei. 2. *Infecțioase* Despre conținutul rinichiului omului sănătos în microorganisme patogene, știm tot așa de puțin ca și la celelalte organe parenchimotoase a cor-pului uman. S'a susținut în genere că ele lipsesc și că urina lor e sterilă. Cu toate acestea se pare că în anumite condițiuni va trebui să admitem prezența lor. Dintre complicațiile infecți-foase ale traumatismelor renale amintim : pielonefritele, perine-fritele supurate, pionefrozele, pielita cronică, exacerbarea tuber-culozei renale ; ele survin la intervale variate de timp după traumatism, în general însă scurte.

3. *Degenerative. Nefritele traumatice.* Asupra existenței lor au fost numeroase controverse ; astăzi ele sunt admise de ma-joritatea autorilor. Cercetăriie făcute de *Castaigne și Rathenÿ*, iar mai târziu de un elev al celui dintâiu *Hedonin*, au conchis asu-pra influenței nocive pe care o are rinichiul traumatizat asupra celui sănătos. În 1896 *Küster* le definește pentru prima dată caracterele clinice, care au fost precizate mai târziu și de *Stern Förbringer și Pauson*. Azi putem spune ceva mai mult și anu-me, că traumatismele ce au loc asupra rinichiului sănătos pot să-i conferă o maladie cu caracter cronic cu un tablou clinic întru totul asemănător cu cel dat de maladia lui *Bright*, cu care trebuie de altfel confundată.

Iată condițiunile necesare pentru ca o nefrită să poată fi pusă în contul unui traumatism : să fi fost demonstrat net pre-zența traumatism în *antecedente*, ematurie imediată și rapid constatată (mai preferabil de un medic), că leziunea e unilaterală (cu toate că bilateralitatea ei am văzut nu

excluce acest diagnostic și înfine să fi putut urmări și evoluția ei (spre vindecare). Drept complectare e bine să se mai facă și o anchetă asupra antecedentelor bolnavului mai ales adresându-ne medicului care mai înainte a tratat pe bolnav.

*Nefroptozele traumatice.* Asupra existenței lor se discută încă. *Tuffier și Legueu* conchid pentru o cauză anatomică (pre-dispoziție) care singură ar fi responsabilă de producerea lor, caracteristic pentru ptoza renală fiind frecvența ei mai ales la femei și de partea dreaptă, se pare că suntem în drept să-i bănuim o origină traumatică, atunci când pe lângă prezența traumatismului în antecedente, o vom găsi la un bărbat, de partea stângă și când dislocarea e numai parțială, ea producându-se lent și progresiv.

*B. Traumatismele asupra rinichiului în prealabil lezat.* În acest caz efectul traumatismului încă poate fi foarte variat: el poate agrava un proces nefritic preexistent, poate duce la o inclavare de calcul și consecutiv la colici renale sau hidro-nefrotice, ruptura unui sac hidronefrotic etc.

*Veziica urinară.* Traumatismele vezicale se prezintă relativ destul de rar, afară de timpul războaielor. Ele au un caracter destul de grav mai ales când se însoțesc de leziunile altor organe din vecinătate. Formele sub care se prezintă mai des sunt: 1. rupturi și perforații datorite înțepării cu un corp ce prezintă un vârf ascuțit (mai des ele sunt date de așchiile osoase care se desprind și se înfundă în interior sau chiar de capetele oaselor, în cazurile de fracturi grave ale bazinului.) 2. explozia domului vezical datorită unei presiuni mari interioare și tracțiunii ligamentului pubeo-vezical; și 3. contuziuni mai puțin grave când va trebui să ne temem de formarea hematomelor retroperitonee, care dacă nu se însoțesc de reacțiuni ale peritoneului marelui cavitați cer totuși adeseori laparotomia. Ele constau într-o infiltrație hemoragică a peretelui organului sau în mici sufuziuni discontinui în acoperișul său epitelial; dacă sunt puțin importante prin ele însuși, pot fi punctul de plecare al unei tuberculoze, neoplasm, sau calcul vezical.

*Uretra.* Traumatismele acestui organ se traduc prin stenozări ce pot atinge gradele cele mai variate și prin rupturi ce pot fi închise și deschise: a) Cele închise sunt datorite traumatismelor contusive când uretra este prinsă și turtită de simfiză; ele pot fi rupturi totale și parțiale. b) Deschise: se traduc prin

o comunicație cu exteriorul din care cauză prezintă și o gravitate mărită prin complicațiile mai ales infecțioase ce se adaugă. Ca urmare a ambelor forme, găsim totdeauna stenozele ce se instalează destul de precoce și au o intensitate variabilă ce e în directă proporție cu gravitatea leziunilor din care provin.

Organele genitale ale bărbatului. Traumatismele lor sunt rare dar realizează forme numeroase. *Leziunile tăiate*, sunt de intensitate variabilă și pot merge până la emasculația completă; mai des ele se limitează doar la o simplă castrajie sau mutilații variate ale penisului. Se mai întâlnesc apoi *traumatisme contusive* ale genitalelor ca consecință ale loviturilor directe (lovituri de pumn, de picior etc.) ce se traduc prin semne minime locale și mai rar și prin fenomene grave datorite inhibiției reflexe (comoția testiculară a lui Kocher). Uneori putem găsi și local fenomene accentuate traduse prin revărsări de lichide în tunicele scrotului sau chiar în interiorul testicolului. (orchita sau epididimita traumatică). Alte tipuri de leziuni contusive sunt realizate de împrejurări speciale ca: manopere de masturbație, coit violent etc., când intensitatea lor poate merge dela simple excorațiuni ale penisului până la ruptura completă a corpilor cavernoși. Altele pot fi date prin aplicarea unui laț pe penis, întâlnite din joacă la copii, sau în practica populară contra enurezei nocturne în unele regiuni; ele pot arăta aspecte destul de grave cum ar fi ruptura uretrei sau gangrena penisului. Tot ca leziuni contusive mai amintim scalpul parțial sau total al organelor genitale. Smulgerile organelor genitale sunt observate mai des în câmpul muncii, fiind produse de curelele de transmisiune. Experiențele făcute arată că atunci când penisul este în stare de flascăitate, forța de care este nevoie pentru a avea acest fel de traumatisme trebuie să fie extraordinar de mare și din contră în cazul când el e turgescenț, ceea ce poate fi verificat și printr'o simplă tracțiune manuală.

*Hematocelul* e des de natură traumatică, sub forma contuziunii burselor; după părerea unora din autori consultați prezența lui presupune în antecedentele traumatizatului pe aceia a unei pachivaginalite, fapt ce ar explica producerea lui în legătură cu traumatismele cele mai ușoare.

*Hidrocelul* are caractere speciale cari permit să spunem cu siguranță că el nu poate fi nici când consecința unui traumatism pretextat.

— *Torsiunea sau volvulusul testicolului.* E uneori observat în caz de eforturi; el necesită intervenția de urgență căci altfel poate duce la supurația, necroza, sau atrofia testicolului.

*Orchita, epididimita și orchii-epididimita traumatică.* Survin destul de rar; aspectul e cel cunoscut, iar evoluția se face în două perioade: prima e caracterizată printr'o tumefacție locală accentuată, care nu permite un diagnostic de localizare, în schimb în cea de a doua, fenomenele reducându-se diagnosticul devine posibil.

*Orchita și epididimite de efort.* Pusă la îndoială de unii autori, sunt astăzi acceptate de cei mai mulți. Ca mecanisme al producerii lor se admit următoarele: 1. o bruscă contracțiune a cremasterului care viguros fiind comprimă puternic testicolul de simfiza; 2. în caz de închidere a canalului peritoneo-vaginal testicolul urcat la nivelul inelului extern poate fi comprimat de acesta; 3. când se produce o ruptură varicoasă a cordonului, la un individ cu varicocel putem avea un hematom funicular care simulează epididimita, și sfîrșine; 4. în cazul ectopiei inghinale, un efort mai poate produce torsiunea cordonului cu rotația testicolului și vaginalei ducând la infarcte emoragice și necrobioza sa. Din cele văzute rezultă că denumirea lor e cam improprie. De altfel *Sebileau* remarcă că și mecanismul producerii lor e sprijinit mai mult o anatomie convențională, iar *Crés* într'o lucrare a sa cu aceiaș titlu, spune că e vorba de afecțiuni disparate, prefîns'a traumă neavînd nici un rol în producerea acestor afecțiuni. Din cele arătate vom conchide că fără un examen anatomic precis al cazului, nu e permis nici când să facem acest diagnostic.

*Afecțiunile paratraumatice ale genitalelor bărbătești* le amintim doar. E vorba îndeosebi de epididimita și orchita blenoregică care găsindu-se într'un stadiu de latență pot fi reactivate de un traumatism sau efort cu condiția ca ele să fi fost destul de violente.

## Despre activitatea medico-legală a urologului

### Felul examinării. Elemente de diagnostic.

Desigur că primul punct și cel mai important va rămâne tot facerea unui diagnostic clinic precis utilizând în acest scop toate datele pe care i-le oferă semiologia și mai nou diferitele investigații cu ajutorul aparaturii moderne ce-i stă astăzi la dispoziție. În al 2-lea rând se va ocupa și de problemele proprii medicinei legale ce sunt în legătură cu specialitatea sa cu alte cuvinte va proceda și la diagnosticul medico-legal al cazului. În cele ce urmează ne propunem să trecem în revistă aceste variate date.

Antecedentele vor fi luate cu multă atenție, dat fiind că aci pe lângă valoarea lor clinică au importanță și pentru a stabili prezența de fapt a traumatismului pentru a vedea dacă este cazul ca ele să fie făcute responsabile de leziunea dată. Examenul local încă așa cum se face în clinică, în acest caz nu va mai fi suficient, el trebuind să împrumută în plus și ceva dacă nu totul, din rigurositatea și precisiunea care e proprie medicinei legale, pentru ca să se poată avea date exacte asupra tuturor punctelor caracteristice cu care traumatismul s'a putut prezenta astfel după cazuri și se poate face și deducțiunile logice ce vor rezulta și care vor contribui astfel și la rezolvirea problemei medico-legale propuse. În rest examenul va diferi și de aceia îl vom da separat.

*Diagnosticul clinic.* Vom enumera mai jos diferitele investigații ce se fac astăzi în mod curent în clinică. Palparea rinichiului. Căutarea punctelor dureroase diferențiându-le de altele ce le imită sau coexistă prin metoda provocării lor. Examenul urinei. Vom îngriji de o recoltare a ei în condiții corespunzătoare ce sunt în unele cazuri absolut necesare. Amintim aci recomandările lui *Castaigne*, după care în genere ea e bine să se facă — á jeune — sau dacă bănuim o influență alimentară sau digestivă și după două trei ore dela masă, pentru a le putea compara; în caz de influență ortostatică recoltarea urinei e bine

să se facă de mai multe ori chiar la zi, în timp ce bolnavul este pus în mod alternativ în poziție de stat în picioare și culcată. Pentru localizarea afecțiunilor, vom întrebuița una din probele cu 3 sau cu 5 pahare. Probe funcționale: poliuria experimentală *Vaquez și Cottet*, proba de eliminare și concentrare a lui *Volhard*, probele de permeabilitate renale utilizând coloranții și combinându-le cu cateterismul ureteral în scopul de a recolta separat urina fiecărui rinichi. Analize chimice: determinarea rețenției azotate, clorurate, creatinei, creatininei, acidului uric, corpiilor biliari din urină și acidității ei. Analize citologice și bacteriologice, determinarea toxicității urinare (*Bouchard*), Radiografii: pielografii, cistografii etc. utilizând metoda insuflațiilor sau substanțe opace. Cu aparate: sondaje, cistoscopii, uretoscopii etc.

*Date semiologice.* Simptomele clinice prin care se traduc contuziunile renale sunt: apariția imediată a durerii și ematuriei, mai rar albuminuria, cilindruria, anuria. Mai constatăm încă fenomene locale care constau în o tumefacție și modificări ale tegumentelor regiunii sub formă de sângerări sau revărsări de sânge în țesutul celular subcutanat; uneori se poate găsi și o colorație a regiunii inguinale de aceeași parte datorită scurgerii sângelui în țesutul retro-peritoneal dealungul vaselor spermatiche. Cafeomene generale găsim pierderea cunoștinței sau numai o stare de anxietate, puls mic și filiform, dispnee, sudori reci, hipotermie, vărsături, paloare; ele nu sunt ca gravitate într-o proporție directă cu leziunile renale găsite. După intensitate contuziunile renale au fost grupate de *Stern* în trei categorii: 1. forme ușoare, date de mici focare de necrobioză și care clinic se traduc printr'o fază pasageră de hematurie și albuminurie; ele persistă de regulă câteva săptămâni mai rar luni, fără a influența cătuși de puțin starea generală; 2. forme mai grave ce sunt datorite unor focare inflamatorii de intensitate variabilă și de o durată mai lungă dar cu tendințe de vindecare; clinic se caracterizează în plus și prin accidente la distanță sub forma unui edem localizat și unilateral; 3. forme grave numite astfel din cauză că iau un caracter cronic, traumatizatul devenind bolnav pentru totdeauna și clinic se găsește: albuminurie, edeme, și ceea ce e și mai caracteristic aici hipertensiunea și hipertrofia cardiacă. În ce privește evoluția acestei din urmă formă, ea se face într'un timp surprinzător de scurt (câteva luni) ducând la moarte mai ales când leziunea este bilaterală. Simptomatologia clinică a diferitelor

complicații pe care traumatismele le pot da, fiind în genere aceiași ori care ar fi etiologia lor, nu o vom mai descrie, rezervându-ne doar dreptul de a aminti pe scurt pe cea a nefritelor traumatice, pentru a avea ocazia să-i relevăm câteva caractere ce sunt proprii: apariția imediată a albuminuriei în cantitate mare, prezența în sediment a ematiilor, leucocitelor, celulelor renale și cilindrelor, rapida apariții de edeme parțiale sau generale, câteodată unilaterale și în fine alte semne de nefrită.

*Traumatismele vezicale.* Când nu se însoțesc de o ruptură a peretului se traduc prin fenomene minimale și de scurtă durată; în caz de ruptură însă se pot prezenta două aspecte diferite și ca fenomene clinice și ca prognostic. Un prim caz e realizat de cele produse în perețele acoperit de peritoneu; ruptura lor se va însoți și de aceea a peritoneului așa că vom avea revărsarea de urină în marea cavitate și fenomenele clinice vor fi acele date de o peritonită. Când ruptura interesează restul peretelui vezical neacoperit de peritoneu și în special cel anterior, revărsarea de urină se face în spațiul lui *Retius*, ducând la formarea unui flegmon al regiunii și fenomenele clinice vor fi cele corespunzătoare.

*Traumatismele uretrale* se traduc prin apariția imediată a următoarelor simptome: uretroragie și tulburări de micțiune, ce se însoțesc de o durere foarte vie, uneori pierderea cunoștinței pentru un timp scurt; local aspectul tegumentelor e mai des echimotic. Instalarea retracțiunilor într-un timp relativ destul de scurt (câteva zile până la 2 luni) dela data traumatismului, e un simptom important de diferențiere de cele date de blenoragie (ele survin mult mai tardiv). O valoare ceva mai redusă au următoarele caractere constatate la stricturile de origine traumatică: sunt fibroase, des unice și nu permit la sondaj nici intrăducerea unui bugiu filiform. Traumatismele organelor genitale masculine se traduc prin simptome locale și durere; atunci când e interesat testiculul, pe lângă o tumefacție de diferite grade și modificări corespunzătoare ale tegumentului, mai pot fi constatate crize de inhibiții reflexe. În caz de castrare bilaterală fenomenele observate vor fi cele din eunucoidism variabile ca intensitate după vârstă.

*Diagnosticul medico-legal.* Condițiuni. La facerea lui va trebui să se procedeze cu sistem, pentru a nu lăsa nimic afară din tot ce poate duce la o bună soluționare a cazului propus. Exa-

minarea diferitelor fapte încă e important să se facă în mod cronologic, adică în ordinea în care ele au avut loc. În fine ceace contribuie în o largă măsură la succesul definitiv e obiectivitatea cu care el trebuie să fie făcut; pentru aceasta se va baza pe o examinare riguros științifică, o judecată clară și cunoștințele avute. Punctele din care el constă sunt: diagnosticul patogenic, etiologic, anatomo-patologic și juridic.

*Diagnostic patogenic.* Aci se va arăta dacă avem de a face cu un traumatism direct, sau indirect dacă el a fost activ sau pasiv

*Diagnostic etiologic.* Se va constata căruia din cele trei grupe mari de agenți cauzatori cunoscuți leziunea dată aparține (mecanici, fizici, chimici). În cazul celor mecanici diagnosticul diferencial va fi făcut într'o lovire și o rănire; în cazul rănilor el se va face între acele produse de instrumente înțepătoare, tăietoare și varietățile lor, și între cele ce au caractere cu totul speciale ca: rănilor produse prin arme de foc, căderile dela înălțimi, etc. În cazul când ele au fost găsite ca datorindu-se unor agenți fizici vom discuta în diagnosticul diferencial leziunile date de electricitate, căldură și frig; cât despre cele produse de agenții chimici (substanțe caustice, otrăvi) diagnosticul lor va necesita pe lângă investigațiunile obișnuite și un examen toxicologic.

*Diagnostic anatomo-patologic* constă din a descrie macro și microscopic leziunile găsite la autopsie, căutând a diferenția tot odată afecțiunile traumatice de cele patologice; el însă nu aparține urologului, căci individul murind el revine medicului legist.

Dăm mai jos schema lui Jamis, care indică modul după care se face examenul în medicină legală.

a) *Rinichiul*: percuție, palpație. (rinichiul mobil, rinichiul în formă de potcoavă), durerea la presiune, examenul radiologic (când bănuim prezența calculilor renali etc.), examenul funcțiunei renale.

b) *Vezica urinară*: percuție, palpație și dinspre rect (prostata și veziculele seminale), cateterism, cistoscopie, examen radiologic, fistule.

c) *Uretra*: secreție, uretoscopie, sondaj.

d) *Cateterismul ureteral*: examenul funcțiunei renale (injecție intravenoasă cu indigocarmină).



e) *Organele genitale bărcătești*: testicol, epididim, cordon spermatic, palparea prostatei, glandul, inspecția prepufului, examenul microscopic al secr. uretrale și spermatiche.

*Urina*: cantitatea în 24 ore, culoarea, claritatea, mirosul, sedimentul, greutatea specifică, reacțiunea, componente anormale. felul și frecvența urinării (jetul); examenul chimic: albumină, zahăr, acetonă, acid acetic, indican, diazo-reacția, bilirubina, urobilina și urobilinogen; examen microscopic: celule din sânge, puroiu, cilindrii, bacterii, cristale.

*Albuminuria*. Date clinice și medico-legale. Dat fiind numărul mare de albuminurii cunoscute și modificările ce au suferit în judecata valorii lor în ultimul timp credem că acest simptom merită să fie tratat aparte.

În regulă generală ne vor interesa numai acele care au un caracter persistent și care pe lângă prezența traumatismelor în antecedente se vor însoți și de aceea altor simptome, ce denotă o nefrită, tulburări digestive, pre-tuberculoase, anemii grave slăbire etc. Clinic și medicolegal în cazul unei albuminurii vom avea de răspuns la următoarele întrebări: 1. Este sigur vorba de albuminurie? și 2. ce fel de albuminurie este ea?

Pentru a răspunde cu certitudine la prima întrebare, va trebui să evităm posibilitatea de greșeli date, fie de nefacerea unui examinări complete, fie pe cea creată de o încercare de înșelătorie din partea bolnavului sau aparținătorilor lui. Grijă mare trebuie pusă în recoltarea urinei care se va face din această cauză totdeauna înaintea noastră, și vom refuza să ne pronunțăm asupra unei urini ce ne-a fost adusă. Mai mult înșelătoriile fiind posibile chiar în acest caz, dacă bolnavul este lăsat să urineze într-o încăpere alăturată sau într'un colț al cabinetului, prin amestecarea urinei îndată după emitere cu o substanță albuminoasă (mai des albușul de ou) pe care bolnavul a vut-o ascunsă într'o sticlujă în buzunar, sau chiar cu urină de nefritic, ne fac să adăugăm aci mențiunea specială ca micțiunea să se facă neaparat înaintea medicului. Nu numai atât, cum literatura medicală citează numeroase cazuri unde eroarea a fost datorită introducerii în prealabil printr'un mijloc oarecare a urinei de nefritic în vezica unui om sănătos, se impune ca cel puțin în cazurile ce ne par dubioase, să nu ne încredem într'un singur examen și consult este ca în aceste împrejurări să fim un anumit timp pe solicitant într'un serviciu spitacilesc sub o observație ageră,

Clinic e important să eliminăm albuminuriile ce nu vin din rinichi. Ele putând proveni din altă parte a organelor urogenitale. La femei pot veni din secrețiile organelor genitale, deaceia recoltarea urinei la ele, mai ales în perioada menstruației, se va face după o prealabilă curățire a acestor organe sau și mai circumspect este printr'un cateterism. La bărbați încă poate proveni din vesiculele seminale, prostată sau uretră; deaceia la ei se impune un examen separat a diferitelor porțiuni de urină și o examinare clinică amănunțită a acestor organe. Pentru a putea determina felul ei odată originea renală fiind constatăată, vom proceda metodic printr'un diagnostic diferenciat de excludere a aceloră dintre ele care prin caracterul benign ce-l au, nu fac obiectul preocupărilor noastre. Vom exclude în primul rând albuminuriile digestive care după concepția actuală survin în legătură cu diferite tulburări dispeptice; vom căuta dacă în cazul cercetat asemenea tulburări sunt găsite sau e și mai bine dacă se va face proba albuminuriei provocate, dând bolnavului dimineața - 4 jeune - 4 — 5 albușuri de ou, după care se va face examenul urinei în repetate rânduri. Albuminuria ortostatică se va exclude ținând seamă de următoarele caractere ale lor: vin exclusiv la indivizi tineri, cu o constituție gracilă, se prezintă izolat și în cantitate mare, dispărând după 30—40 de minute de repaos; recoltarea urinei va cere precauțiunile speciale recomandate de *Castaigne* și prof. *Silvestris* dela clinica med. din Roma. Albuminuriile ce pot fi găsite în legătură cu diferite stări pretuberculoase se însoțesc de o slăbire generală pe care medicul căutând să o explice, bănuindu-o va face un examen și din acest punct de vedere sau la nevoie va recurge la probe biologice, care-i vor arăta natura. Albuminuria gravidică observată în stările mai avansate acestui fenomen fiziologic va fi ușor de diagnosticat, albuminuriile ematogene febrile, cât și cele în legătură cu diferitele afecțiuni ale sistemului nervos încă vor fi ușor interpretate prin diagnosticarea afecțiunii primitive în cadrul căruia ele sunt observate.

**Elemente de prognostic.** Prognosticul e diferit după fiecare din organele de care ne ocupăm. Deaceia va trebui ca el să fie privit în parte la fiecare din ele.

*Traumatismele ce interesează rinichiul.* Prognosticul contuziunilor renale depinde pe deoparte de starea anatomică a rinichiului înainte de accident și de altă parte de valoarea respectivă a metodelor terapeutice aplicate cum și primele ajutoare date. Vom distinge:

a) Un prognostic imediat, care va fi în dependență de următorii doi factori: importanța leziunilor și terapeutică aplicată. Cât despre intensitatea leziunilor ea ne va permite să facem din punct de vedere a prognosticului două categorii distincte: 1. date de rupturi simple (necomPLICATE) unde el va fi benign, reparația având loc în mod favorabil și 2. date de leziuni renale acompaniate de cele ale organelor din vecinătate (complicate), unde din contră el este cu totul sombru dând o mortalitate considerabil de mare.

b) Un prognostic tardiv ce privește contuzia vindecată, făcut prin cercetarea și aprecierea funcțiunii organului în această nouă stare prin cateterismul ureteral; se pot descoperi în felul acesta nefritele traumatice cu atât mai grave cu cât ele vor avea un caracter bilateral. (Vezi clasificarea făcută de Stern, la datele semiologiei, ele privind și prognosticul). Celelalte complicații ale traumatismului rinichiului fiind aceleaș, oricare ar fi cauza ce le-a dat, nu mai insistăm asupra lor. Traumatismele vezicale au foarte adesea un prognostic sombru dat fiind că se însoțesc de revărsarea urinei în peritoneu și duc la peritonite mortale; cele înscjite doar de flegmonul spațiului lui Reius au un prognostic mai bun.

*Traumatismele uretrei.* Prognosticul lor e destul de variat: benign când dau stenoze ușoare, ele pretându-se la dilatări făcute la intervale în genere destul de mari și din contră când sunt dure, circulare și întinse, mai ales când se însoțesc și de fistule urinare, în care caz ele pot merge până la obstrucțiuni complete. Un moment agravant îl constituie posibilitatea instalării unei infecțiuni care favorizată de staza concomitentă poate să urce până la nivelul rinichiului aducând finisul.

*Traumatismele genitalelor bărbățești.* Dintre acestea ne interesează din punctul de vedere al prognozei doar cele testiculare bilaterale; funcțiunea diastematică fiind comp'ect suprimată în acest caz, se vor prezenta fenomene de insuficiență glandulară cu atât mai grave cu cât individul este mai tânăr și viceversa.

## Interpretări medico-legale în legătură cu urologia.

Problemele ce se pun și aici vor fi în mare aceleaș din toate cazurile de răniri și loviri. După ce s'a convins de realitatea faptului medical, specialistul va proceda la diagnosticul felului ei (rănire sau lovire) printr'un examen local minuțios, dat fiindcă el va duce la identificarea instrumentului, fapt de importanță capitală în medicină legală. Felul cum el se va face o vom expune pe larg după ce vom trece în revistă și celelalte probleme. Urmează stabilirea probabilă a datei vindecării, care va fi posibilă numai datorită observațiilor clinice făcute de medic asupra unui mare număr de cazuri asemănătoare, ce-i dau așa zisa experiență personală. Cât despre complicațiile posibile, dacă uneori ele pot fi prevăzute, pentru cazurile contrare facem o mențiune specială, pe care o credem și mai justificate în cazurile de traumatisme urologice.

O altă problemă care se pune mai ales azi în epoca industriilor de tot felul tot mai des medicului de orice specialitate și numai puțin urologului, este aceea a reparațiilor în legătură cu accidentele de muncă. Pentru acordarea lor, celor în drept, medicul va avea delicata misiune ca în prealabil procedând la un examen complet al traumatizatului, să facă o apreciere cât mai justă a gradului de invaliditate găsit. Revenind la traumatisme urologice, caracterele lor speciale sunt date atât de gravitate cât și de urmările ce le pot avea asupra viitorului bolnavului, traduse prin prezența de sechele variate ce se însoțesc de invaliditate de multe ori totală; în plus aprecierile procentului de invaliditate constituie o problemă destul de grea și nu rare ori revizuirea se impune.

Despre identificarea instrumentului. Clasificarea lovirilor și rănirilor se face în medicina legală după instrumentele ce le-a produs. Se disting următoarele grupe:

*Răniri produse prin instrumente înțepătoare.* Acest grup de răniri se caracterizează printr'un mic orificiu sau un canal când sunt mai profunde; după instrumentele care le-au produs,

forma lor poate fi mai mult sau mai puțin regulată și diametrul mai mare sau mai mic. Se disting astfel: răniri superficiale sau profunde ce pot duce la perforații de organe și hemoragii mari consecutive, răniri regulate sau neregulate. În urologie acest fel de răniri a fost găsit ca produse mai des de lovituri date cu cornul de animale, interesând abdomenul sau regiunea perineală, sau de căderi ale corpului cu aceleași regiuni, peste instrumente dure ce prezintă un vârf ascuțit; acestui fapt e datorit aspectul lor mai deseori neregulat și complicațiile sub forma fistulelor urinare.

### Observațiuni clinice :

*Obs. I. A.* de 31 ani, econom. *Dg.*: ruptura traumatică a uretrei.

*Istoric.* Boala actuală datează din 8/VII. 1925, când a fost lovit în regiunea perineală cu cornul de un taur; imediat micțiunea este foarte dureroasă și urina are un aspect intens sangvinolent. La intrarea în clinică se găsește la ex. local: regiunea perineo-scrotală prezintă o tumefacție lividă-violacee, iar median la rădăcina scrotului se constată o plagă de mărimea unui bob de linte, curată, nesângerândă, cu marginile neregulate, care la palpare este dureroasă și de consistență păstoasă. Cateterismul e posibil, dar urina scoasă e încă sangvinolentă. Se dă ser antitetanic și se tratează conservativ; după 13 zile bolnavul pleacă vindecat.

*Obs. : P. V.* de 21 ani, econom. *Dg.*: Fistulă urinară postraumatică. *Istoric.* Boala actuală datează 10/II. 1926, când intrând în grajd ca să adape boii a fost impus de unul dintre animale în regiunea hipogastrică, după care a căzut jos pierzându-și cunoștința pentru un scurt timp; revenindu-și, observă că din plagă îi curge urină din care cauză a fost dus la un spital unde i-a fost suturată plaga și după un timp bolnavul s'a vindecat. În August același an, are o inclavare de calcul în uretră în urma căreia prin eforturile depuse pentru a urina, fistula i-se redeschide și în această stare a fost internat în clinică în ziua de 17/VIII. Bolnavul acuză dureri hipogastrice, usturimi pe uretră, urina e tulbure, iar la examenul local se găsește în șanțul format de burse și rădăcina coapsei drepte o fistulă puncti-

formă. Se intervine făcând excizia în parte a vechii cicatrici și exploarând în acelaș timp regiunea subombilicală, cu care ocazie s'a găsit o ansă intestinală deschisă. Se închide ansa și se face suturarea stratelor anatomice; după operația starea bolnavului devine tot mai rea, fistula nu se închide și bolnavul succombă în 8/XII.

*Răniri produse prin instrumente tăietoare.* Ele au următoarele caractere: sunt mai mult lungi decât largi și după instrumentul care le-a produs, au marginile regulate sau neregulate, prezintă unghiuri neregulate, se pot întinde în suprafață sau și în profunzime, au buzele îndepărtate și răsfrânte. În urologie acest fel de răniri sunt realizate aproape numai prin căderile cu regiunea perineo-genitală peste corpii duri ce prezintă o muchie ascuțită; modul de acțiune a acestor instrumente e a acelor tăietoare-contondente sau înțepătoare-tăietoare, și datorită faptului că sunt murdare și infectate ele încă se complică adesea cu fistule urinare.

*Obs.:* D. G. de 4 ani, *Dg.:* plagă tăiată a scrotului.

*Istoric.* Boala actuală datează de acum 10 zile când jucându-se cu o scândură pe care era fixată o bucată de tablă, cade peste ea și aceasta îi pătrundă în regiunea scrotală. Se prezintă la ambulanța clinice unde i-se suturează. Cum după aceea evoluția nu e cea favorabilă, bolnavul revine intrând în serviciul clinice în 26 II. 1927. La ex. local se găsește: la polul inferior al scrotului din partea stângă, o plagă lungă de 2 și 1/2 cm. cu buzele îndepărtate și răsfrânte de un cm., ea interesând pielea și țesutul celular subcutant. Regiunea nu este tumefiată, dar e sensibilă la presiune. Ganglionii regionali se găsesc tumefiați. Se face un tratament conservativ și bolnavul părăsește serviciul clinice după o săptămână, vindecat.

*Răniri produse prin smulgere sau sfășiere.* Caracteristic pentru aceste răniri e aspectul foarte neregulat, durerile, hemoragiile mari cum și faptul că se infectează foarte ușor; după vindecare ele se pot însoși de infirmități incurabile și deformațiuni. Din acest gen de răniri se întâlnesc în urologie smulgerile organelor genitale (penis, scrot, testicol) ce sunt de altfel și cele mai grave din câte se cunosc; sunt întâlnite în industrie fiind produse prin curele de transmisiune.

*Lovirile produse prin instrumente contondente.* Corpii

contundenți lucrând atât în suprafață cât și în profuzime, leziunile date de ei se traduc prin următoarele modificările ale tegumentului rămas întreg însă: sgârieturi vânătăi, hematome, sau sdrăbiri. Instrumentele ce le pot produce sunt foarte variate. În clinica urologică acest fel de leziuni sunt cele mai des întâlnite. Când ele interesează rinichiul și se produc asupra regiunii lombare le numim, „directe“. Astfel pot fi cele date de o lovitură de pumn, picior, de animale cu copita, căderile cu această regiune pe un corp dur, de tamponări în care caz ele pot fi bilaterale, în fine de orice fel de loviri date cu un corp dur. În opoziție cu precedentele distingem și contuziuni indirecte; din acest grup în urologie se întâlnesc în deosebi cele date de căderile de la înălțime (defenestrare), pe picioare sau pe fese. Contuziunile ce interesează genitalele și perineul încă pot fi foarte variate; mai des întâlnite sunt căderile pe aceste regiuni fie pe pământ, fie mai ales pe un corp dur, și dintre acestea menționez speciale facem pentru cele zise „de-a călare“ și înfine prin oricare din mecanismele amintite. Ele se însoțesc mai deseori de rupturi ale canalului uretral mai ales sub forma leziunilor pe care le-am, numit închise.

*Obs.* S. I. de 36 ani econom. *Dg.:* contuziunea rinichiului drept, hematurie. *Istoric:* Boala actuală datează din 19/XI. 1926. când bolnavul a fost lovit de un bou cu cornul și trântit la pământ; momentan și-a pierdut cunoștința și revenindu-și după un scurt timp, constată că urina-e roșie și micțiunea e foarte dureroasă din care cauză intră în clinică, în aceeași zi. La ex. local se constată: la nivelul coastei a 10-a din partea dreaptă și la 10-12 cm. de coloana vertebrală o echimoză de mărimea unei piesă de un leu; regiunea prezintă apărare musculară și o sensibilitate ce se întinde la toată loja renală dreaptă. Se tratează conservativ și bolnavul părăsește clinica în 24/XI. vindecat.

*Obs.:* N. A. de 29 de ani, muncitor. *Dg.:* contuziunea rinichiului stâng.

*Istoric.* Boala actuală datează din 7.IV. 1927. când a fost lovit de un cal în regiunea lombară stângă, își pierde pentru un timp scurt cunoștința, iar după două-trei ore dela accident, prezintă hematurie și dureri mari din care cauză intră în clinică. La ex. local se constată: abdomenul ușor balonat, apărare

musculară și dureri foarte pronunțate, toate în flancul stâng. Se tratează conservativ și în 13/V. bolnavul părăsește clinica ameliorat.

*Obs.:* N. G. de 29 de ani, muncitor. *Dg.:* Contuziunea ambelor regiuni renale.

*Istoric:* Boala actuală datează de 11/X. 1931, când a căzut dintr'un pom, dela o înălțime de 4 metri, lovindu-se cu regiunea fesieră și apoi cu spatele de pământ. Căderea i-a produs dureri în ambele loje renale, ce se accentuau în timpul mersului. La intrarea în serviciu se constată la ex. local: lojele renale de aspect normal, sensibile și apărare musculară. Urina este ușor hemoragică, albumină în urină și hematii în sediment. Părăsește clinica ameliorat în 16/X. după ce a fost ținut sub observație câteva zile.

*Obs.:* A. G. de 30 de ani, econom. *Dg.:* ruptura traumatică a uretrei membranoase.

*Istoric:* Boala actuală datează din 3/1. 1933. când ducându-se la pădure după lemne și alunecând, bolnavul a căzut cu regiunea perineală peste o rădăcină. În acel moment, spune, că a simțit o durere vie și și-a pierdut cunoștința. La spitalul din Deva i-s'a făcut scurt timp după aceea o intervenție chirurgicală, după care neobservând nici o ameliorare intră în serviciul clinice. La ex. local se găsește: drenajul hipogastric al urinei (Petzzer) și la nivelul rafeului ano-bulbar o plagă de 2 cm. lungime și retracțiuni cicatriciale ce o fac aderentă de straturile profunde. Se reface uretra pe o sondă permanentă și se drenează; bolnavul părăsește clinica în 11/VII. ameliorat.

*Obs.:* M. M. de 21 ani, econom. *Dg.:* stricturi uretrale traumatice.

*Istoric.:* Boala actuală datează din 4/IX. 1925, când bolnavul a fost trântit de un cal și lovit în regiunea perineo-scrotală cu copita. E operat la Dej, dar din cauză că după un timp constată că micțiunea se face din ce în ce mai greu, se prezintă clinice; aici ii se face o resecție de uretră după care părăsește serviciul în 8/X. vindecat.



## Despre incadrarea leziunilor din punct de vedere medico-legal.

Diferitele leziuni întâlnite în Clinica Urologică se pot grupa din acest punct de vedere în 3 grupe mari: 1. leziuni accidentale, 2. căderi (dela înălțime sau pe acelaș plan) și 3. răniri și loviri voluntare. Nu toate aceste grupe se prezintă cu aceeaș frecvență; din datele găsite la Clinica Urologică din Cluj, ele sunt date aproape exclusiv de rănirile și lovirile accidentale, cu diferitele lor varietăți un număr mai mic de căderi și numai un singur caz din totalul de 51 a fost o lovire voluntară.

1. Rănirile și lovirile accidentale. După cum se va vedea ele încă pot fi de natură foarte variată; în cele ce urmează descriindu-le în ordinea frecvenței, vom arăta care sunt și împrejurările în care ele au fost observate în Clinica Urologică din Cluj, iar drept completare vom da la fiecare grup și câte un caz demonstrativ.

a) *Accidente de muncă.* Au fost observate în următoarele împrejurări: tamponare între vagonete la muncitorii din mină, lovirea lojei renale de bucăți de lemne la muncitorii de pădure, compresiunea între un vehicul mișcat pe neașteptate și un perete sau o rampă de magazie la muncitorii cu ziua, căderea cu șezutul pe cărbunii dintr'un vagonet la un minier, prinderea jumătății inferioare a corpului sub un perete la un muncitor care lucra la dărâmarea unei case, prinderea regiunii bazinului sub un buștean la un tăietor de lemne, căderea după o locomotivă cu șezutul de pământ la un ceferist, căderea „de-a călare“ pe o bară de fier la un muncitor ce lucra la descărcarea unui vagon, prinderea corpului în cea mai mare parte sub un mal ce se dărâmă la un muncitor ce lucra la scoaterea de pământ, prinderea regiunii bazinului sub o bară de fier ce se detașează dintr'un tavan în construcție la un muncitor de fabrică, căderea pe muchia unei scânduri dela înălțime la un muncitor de pădure.

*Obs.* F. A de 32 ani, frânar la C. F. R. Dg.: stricturi uretrale traumatice cu retenție completă de urină.

*Istoric:* Boala actuală datează de acum un an, când bolnavul a căzut după o locomotivă, lovindu-se cu regiunea perineală și fesieră de pământ. Puțin timp după aceea, observă că această regiune i-se tumefiază, din uretră îi curge o cantitate mare de sânge, are senzația de a urina dar nu poate și dureri mari

în hipogastru. În 24/V. 1928 intră în clinică unde se constată la ex. local : abdomenul e balonat în regiunea hipogastrică, unde se poate palpa o tumoră mare cu margini regulate ce ajunge până la nivelul ombilicului. Uretra numai e permeabilă nici pentru un filiform. Se face cisto-stomie și resecția de uretră, după care bolnavul părăsește clinica în 15/VIII ameliorat.

b) *Accidentele datorite loviturilor de animale.* Au fost observate în următoarele împrejurări: trântit la pământ și călcat în picioare de un cal când voia să încalce, împunși pe când îngrijau de animale, lovit de cal pe când se juca în stradă.

*Obs.:* P. N. de 5 ani. *Dg.:* Scalp al organelor genitale externe.

*Istoric:* Boala actuală datează din 28/I. 1933, când jucându-se cu zăpadă pe stradă, bolnavul este lovit de calul unei sănii și trântit la pământ fără cunoștința; când e ridicat, se constată că prezintă o hemorație puternică a organelor genitale externe, care a putut fi oprită numai la Clinică, prin compresiune, unde a fost adus imediat. La ex. local: se găsește în regiunea hipogastrică interesând și perineul anterior o plagă cu marginile sdrențuite și fondul acoperit de sfaceluri și corpi străin, (paie, pietricele, etc.) La nivelul penisului și scrotului tegumentele sunt decolate și resfrânte în întregime, testicolul stâng enucleat complet, se ține doar prin elementele cordonului. Se face curățirea mecanică a plăgii și resuturarea tegumentului și se drenează; în 18 II. bolnavul părăsește clinica pe cale de vindecare.

c) *Accidentele de vehicule.* Au fost observate în următoarele împrejurări: trântit la pământ cu partea stângă a corpului prin răsturnarea căruței în care se afla, lovit de automobil când voia să traverseze drumul, contuzionat puternic în regiunea perineală posterioară cu ocazia unui accident de tren.

*Obs.:* I. S. de 23 ani, militar. *Dg.:* ruptură traumatică a rinichiului drept. *Istoric:* Boala actuală este datorită unui lovituri de autotomobil, când voia să traverseze strada; căzut în nesimțire e ridicat de „Salvarea“ și dus la clinică unde la examenul local i-se constată: apărare musculară în regiunea dreaptă a abdomenului, care e sensibilă și dă un aspect de infiltrație la palpare; se mai găsește tot aici matitate și meteroism. Urina e emoragică. La intervenția de urgență la care este supus se găsește în atmosfera para- și perirenală dreaptă un extravazat sangvin, iar rinichiul de aceeaș

parte prezintă o ruptură a capsulei și parenchimului ce interesează polul inferior cum și fisuri radiare ce merg până la hil; din această cauză i se extirpă organul și bolnavul părăsește clinica în 28/X. 1924 ameliorat.

d) *Accidentele terapeutice*. Au fost observate în următoarele împrejurări: încercându-se o manoperă de dilatare într'un caz de strictură uretrală se produce ruptura canalului și consecutiv infiltrația urinară a penisului; cu ocazia unei retenții acute de urine, un medic apreciind lipsa pericolului, nu intervine la timp din care cauză se produce ruptura vezicii.

*Obs.*: B. N, de 34 ani, jandarm. *Dg.*: Infiltrația urinară a penisului în urma unei sondaj de dilatare.

*Istoric*: Boala actuală datează de o zi când, încercându-se să i se introducă o sondă Nr. 20, care până atunci pătrundea ușor, se rupe peretele uretral, producându-se infiltrație cu urina a penisului, pentru care fapt bolnavul intră în clinica la 27/X. 1925. Are dureri la micțiune și la ex. local se găsește; penisul enorm tumefiat de o consistență edematoasă, iar tegumentele sale de culoare lividă. La presiune o sensibilate foarte mare. Uretra permeabilă pentru sonda Nr. 13. Se face debridarea și sondaj; bolnavul părăsește serviciul în 22 XII. vindecat.

e) *Accidente de altă natură*. În acest grup au fost puse accidentele ce nu puteau intra în nici una din categoriile arătate sau cele ce vor urma; ele au fost observate în următoarele împrejurări: strangulările penisului cu o bucată de ață observată la copii cu ocazia jocului, compresiunea testicolului la un individ când a încercat să sară un gard.

*Obs.* I. G. de 7 ani. *Dg.*: Fimoză și fistulă uretrală post-traumatică.

*Istoric*: Boala actuală datează de o săptămână, când după cum bolnavul declară „din joacă“ și-a legat penisul cu ață în porțiunea mijlocie și l-a ținut astfel un timp îndelungat; cum la un moment dat simte dureri și observă fenomene lecale grave e dus de părinți în 6 II, 1931 la clinică. La ex. local se găsește: segmentul terminal al penisului dincolo de legătură e edemațiat și dur, iar la nivelul strangulării, o soluție de continuitate care a supurat. Se face cistostomia circumcizia și plastie uretrală; bolnavul părăsește serviciul în 31/III. vindecat.

f) *Accident prin manipulare de explosive*. Imprejurarea în care el a avut loc se va vedea din cazul clinic ce urmează.

*Obs.:* V. L. de 38 ani, fâmplar. *Dg.:* Hernie ingvinală dreaptă, apendicită cronică și cicatrice vicioasă a penisului și regiunii hipogastrice.

*Istoric:* Boala care ne interesează este datorită unui accident survenit în 1918, când își făcea serviciul militar; o granață explodând îi dă o plagă hipogastrică amputându-i și trei-mea anterioară a penisului. Cicatricea devenind fibro-scleroasă, în ultimul timp a început să-l supere; din această cauză și pentru afecțiunile cari încă i-s'au diagnosticat cu această ocazie se prezintă clinicei în 2. IV. 1924. Ii se fac tratamentele corespunzătoare, în speță a leziunilor ce ne interesează, extirparea cicatricei și plastii; în 3 V. bolnavul părăsește clinica vindecat.

*g) Accident sportiv.* Dăm mai jos și cazul din care se va vedea împrejurarea în care el s'a produs.

*Obs. P. I.* de 13 ani elev. *Dg.:* Orchită traumatică stângă.

*Istoric:* Boala actuală datează din 12.V. 1933, când fiind la școală în ora de gimnastică a sărit capra cu care ocazie își comprimă puternic testicolul stâng. Se prezintă clinicei în aceeași zi, unde îi se găsește la ex. local: scrotul din partea stângă Prezintă mici pete echimotice, testicolul de aceeași parte e mărit în volum și sensibil. Se tratează conservativ și bolnavul părăsește serviciul în 19 V. vindecat.

2. Leziunile produse prin cădere pot să fie de 2 feluri: Cădere pe același plan și cădere dela înălțime.

a. *Căderile pe același plan* au fost observate în următoarele împrejurări: datorită faptului că s'a împiedecat cade pe spate și se lovește de un lemn aflat pe sol cu regiunea perineală, o mișcare bruscă a unui vagon individul stând în picioare face să-și piardă echilibrul și se lovește cu regiunea lombară dreaptă de o piatră ce forma încărcătura lui.

*Obs.:* B. L. de 36 ani lucrător la C. F. R. *Dg.:* Status post ruptura traumatică a rinichiului drept; hidronefroză secundară.

*Istoric.* Boala actuală datează din August 1928, când aflându-se în picioare într'un vagon încărcat cu pietre, la o mișcare bruscă a acestuia, cade cu regiunea lombară dreaptă pe o piatră; simte dureri foarte întense în aceeași regiune și la micțiune urina apare emoragică. Intra în spitalul din Sibiu unde îi se face sutura organului. După un an se prezintă clinicei urologice cu acuze mul-

tiple ; aci ii se face indicație unei laparatomie exploratoare dar bolnavul refuză și părăsește clinica în aceeași stare.

b. *Căderile dela înălțime* au fost observate în următoarele împrejurări : căderi din pomi dela diferite înălțimi cu regiunea fesieră de pământ, căderea de pe o înălțime pe partea ventrală a corpului, cădere dintr'un pom cu regiunea scrotală pe marginea unui gard, cădere dela înălțime pe marginea unei uși și în alt caz pe marginea unei lăzi.

*Obs.* : T. I. de 25 ani, comerciant *Dg.* : Traumatism rinichiului stâng.

*Istoric.* Boala actuală se datează din 18/VI. 1924, când a căzut dintr'un pom dela o înălțime de 4 m. Imediat după aceea simtă dureri, nevoia de a urina, și la micțiune constată că urina îi e colorată în roșu. Paralel are dureri mari în loja renală stângă, ce se accentuează la fiecare mișcare respiratorie. Internat imediat în clinică se găsește la ex. local : aspectul normal al lojelor renale, dar la palpate la stânga, apărare musculară și sensibilitate. La cistoscopie mucoasa vezicii ușor congestionată în regiunea colului și trigonului. Se tratează conservativ și în 18/VI. părăsește clinica ameliorat.

3. *Răniurile și loviturile voluntare* Singurul caz găsit și calificat ca : lovire corporală voluntară, îl dăm mai jos, așa să se va putea vedea din expunerea lui și împrejurarea în care el a vut loc.

*Obs.* H. A. de 32 de ani, student. *Dg.* : Orchită traumatică stângă.

*Istoric* : Boala actuală datează din 14/V. când în cursul unui match de fotbal a fost lovit intenționat de un camarad cu genunchiul în testicol după care a căzut jos, rămânând 10 minute în nesimțire. Stă 2 zile acasă în pat, după care neobservând nici o ameliorare, intră în serviciul cliniceii în 1/V. La ex. local s'a găsit : testicolul stâng de mărimea unei mandarine, iar tegumentele ce-l acoperă, cianotice : cianoza trece și la testicolul drept puțin. Dealungul penisului pe fața sa inferioară se găsește o dungă cianotică. Testicolul stâng este și dureros la presiune. E tratat conservativ și bolnavul părăsește clinica în 15/V. ameliorat.

## Urmările medico-legale ale traumatismelor din Clinica Urologică

Cu toate că traumatismele studiate au loc în cursul unor circumstanțe f. variate ca natură, nu e mai puțin adevărat că

mai des ele sunt întâlnite în câmpul muncii. Din această cauză găsim firesc faptul că principala preocupare a medicului urolog din acest punct de vedere să fie ca printr'un examen complet al traumatizantului să facă evaluări asupra diminuării incapacității de lucru găsite pentru a i-se putea în aceeași măsură atribui, o reparație echitabilă a pagubelor suferite. Numai în al doilea rând ar urma să se ocupe el și de urmările civile și penale ale traumatismelor găsite în urologie, dar aceste cazuri se observă rar. De altfel în linii generale asupra acestei chestiuni am vorbit pe scurt în §-ul intitulat „Activitatea urologică a medicului legist“.

**Elemente de evaluare.** În traumatismele ce interesează organele ce aparțin specialității urologice, expertiza medico-legală va trebui să precizeze în care din următoarele grupe ce le vom expune pot fi ele încadrate: 1. Dacă accidentatul a suferit o nefrectomie ca urmare a traumatismului; 2. dacă a fost vorba numai de o contuziune renală ușoară, care s'a vindecat printr'un tratament medical; 4. dacă el prezintă o eventuală complicațiune, ce poate fi pusă pe seama traumatismului (se va preciza în special prezența sau lipsa infecțiunii); 5. în caz când infecțiunea e prezentă se va preciza dacă ea este localizată numai la vezică (urina tulbure) sau ajuns și la rinichi (febră, dureri lombare și în urmă mărirea de volum a organului), 6. dacă există sau nu fistule; 7. dacă în caz când lipsește atât infecția, cât și fistulele nu există o retracțiune rebelă și tenace care prin retenția cu care amenință să constituie un pericol continuu pentru viitorul bolnavului; 8. sau dacă este vorba de o retracțiune benignă, care deși poate recidiva nu poate atinge nici când grade prea pronunțate; 9. în fine se va avea în vedere și alte simptome ce pot coexista cazurilor enumerate ca: frecvența urinărilor, incontinență, prezența unui residuu vezical etc.

Dăm după *Daussat* următoarele evaluări făcute în procen de invaliditate.

*Nefrozele contusive* cu semne minime de insuficiență renală 5-10 %.

*Rinichiul mobil* după eșecul intervenției chirurgicale, care în acest caz intră în categoria nevrozelor traumatice 10-60 %.

*Hidronefrozele*: a. spontane după frecvența crizelor în recepție ce le dau 10-60 %. b. ruptura lor în legătură cu accidentele de muncă după gravitatea prezentată 10-30 %.

*Pielonefrita cronică unilaterală* 40—50 la sută, în cea bilate-

rală 50—100 la sută. În rest dăm evaluările făcute după *L. Imbert*.

*Nefritele traumatice unilaterale* 30 (sub rezerva revizuirii).

*Nefritele traumatice bilaterale* 50%, și procentul se poate reduce la 40% sau 30% pentru profesiunile ce nu expun la oboseli mari, frig, sau intoxicații. Maladia lui Bright traumatică 60-70% și când ea se termină prin moarte 100%. Dacă leziunea renală se vindecă definitiv se conchide doar pentru o incapacitate temporară.

*Retența de urină* completă și incurabilă de origină mecanică sau nervoasă (prin traumatism) ce necesită cateterismul 40% cea incompletă (cu regurgitare) 30%.

*Incontinența urinară* rebelă, sau permanentă datorită unei leziuni nervoase sau unei tulburări funcționale 20-30%.

*Cistitele posttraumatice* (cateterismul frecvent sau sonde a meure 50%.

*Fistulele urinare*. În aprecierea lor vom ține seamă că cele al rinichiului și ureterului constituiesc o infirmitate mai mare ca cele uretrale fiindcă obligă bolnavul la pansamente frecvente și-i diminuează considerabil capacitatea de lucru, răpindu-i posibilitatea de concurență din cauza mirosului.

Fistulele urinare lombare uro-purulente 40-50 la sută.

Fistulele urinare uretrale 30 la sută.

Fistulele urinare vezicale (hipogastrice, fesiere) 50 la sută.

Fistulele urinare perineo-vezico-intestinale 50-70 la sută.

*Stricturile uretrale*: 1. în cele ușor dilatabile 30 la sută; 2. în cele dificil dilatabile: a. uretra anterioară 40 la sută. b. uretra posterioară 60-80 la sută. Stricturile înfransibile cu secțiunea completă sau dilacerarea uretrei posterioare și cu o fistulă hipogastrică ca derivațiune permanentă 80-90 la sută. Distrucția completă a uretrei anterioare: a. micțiunea prin meatul perineal 70 la sută b. micțiunea prin meatul hipogastric 80-90 la sută. Retracțiuni cu retenția și cistită cronică 70-100 la sută.

*Organele genitale*. Leziunile penisului ca atare nu constituiesc o incapacitate de lucru; ele sunt retribuite doar numai atât întrucât interesează simultan și uretra. În genere li-se acordă 8-10 la sută. În scalpul organelor genitale vom distinge 2 grupe: 1. parțial, unde reparația se face în bune condițiuni și unul total când cicatrizarea se face totdeauna vicios; În ce privește retribuția îi se acordă și ei acelaș procent ca în caz de amputația penisului. Castrarea unilaterală 5-20 la sută, bilaterală 25 la sută și ea va putea fi majorată cu atât mai mult cu cât va surven

la o vârstă mai tineră și din contră va putea fi diminuată chiar până la 10 la sută cu cât individul este mai bătrân. În caz de orchiepididimită tuberculoasă sau blenoragică revelată printr'un efort violent bolnavul se va găsi în stare de incapacitate temporară și în consecință va avea dreptul la o îndemnizație zilnică, până când fenomenele acute retrocedând complet și ele își vor relua din nou aspectul cronic la care dată el va fi considerat vindecat și deci fără drept de îndemnizare.

**Consolidarea și revizuirea.** Pentru a putea face aprecieri în acest sens ne vom baza pe timpul necesar convalascenței și pe cel când bolnavul ne mai având nevoie de medicamente poate să-și reia în parte lucrul. În prealabil însă vom avea grijă de a examina precis care este influența lucrului asupra diferitelor simptome prezentate de bolnav și în special asupra albuminuriei; după cum vom constata o mărire sau micșorare a intensității lor vom conchide pentru o mărire sau micșorare a incapacității de lucru și în consecință a rentei cuvenite. În ce privește uretra vom întâmpina dificultăți mari în precizarea timpului de consolidare, dat fiind că retracțiunile sale de natură traumatică constituiesc o maladie tot timpul în evoluție. Rezultă de aici că bolnavii aceștia nu sunt nici cum consolidați; de aceea acest fapt a trebuit să fie rezolvat în mod arbitrar, căci altcum ar duce la nemulțumirea ambelor părți interesate (muncitorul și patronul). Se vorbește în această cauză aici de o consolidare provizorie, care e atinsă numai când următoarele condițiuni sunt îndeplinite: 1. Canalul uretral permeabil pentru sonda N. 15. 2. În caz că e prezentă și infecția numai după ce se va fi făcut un tratament conștiincios de câteva luni sau săptămâni cel puțin. 3. În caz de prezență și a fistulelor numai dacă bolnavul s'a pretat la toate intervențiile și tendințele legitime indicate și aceștia au rămas fără rezultat. Dela această dată cu toate că bolnavul continuă să sufere, dar putând să-și reia lucrul va primi pe deasupra o majorare a rentei care va trebui să compenseze cheltuelile sale medicale. În fine revizuirea rămânând posibilă, în viitor va permite posibilitatea unei modificări echitabilă în sensul unei avantaj fie pentru patron, fie pentru muncitor, după cum consecințele accidentului se vor fi dovedit cu timpul mai puțin sau mai mult grave.



## Privire sintetică a observațiilor personale

Observațiile noastre se referă la un număr de 51 de cazuri găsite la Clinica Urologică din Cluj într'un interval de aproximativ de 10 ani.

Încă dintr'un început ne vom declara surprinși de faptul că nu am putut observa nici măcar un singur caz unde afecțiunile de care ne ocupăm să fi fost găsită la o femeie. O spunem aceea și pentru faptul că nu cumva să se creadă că din această constatare ne-am putea lăsa tentați să deducem că la ele nu ar surveni nici când traumatismele ale căilor urinare.

Într'adevăr literatura medicală arată destule cazuri așa că faptul că nu am putut constata și noi îl vom atribui cu drept cuvânt hazardului. Deducția ce va trebui făcută e că frecvența lor pe sexe deși arată un contrast izbitor, interesate sunt ambele din observațiile făcute, ne permit să ne raliem și noi părerii, pe care o credem mai justă, a autorilor consultați ce admit în explicarea acestui fapt diferența în parte în ceea ce privește conformația anatomică și în special ocupațiile cu riscurile lor cu tot momentul (cele mai dese leziuni, după cum am văzut fiind observate cu ocazia accidentelor de muncă) la cari sunt expuși bărbații cum și felul lor de a fi ele rămânând hotărâtoare în a determina ca sexul masculin să fie aproape exclusiv interesat. Tot din considerațiunile precedente avem explicația faptului următor ce încă am observat; vârsta mai des atinsă e cea adultă, adică aceia când individul devine un factor de producție în societate. Altă constatare importantă o constituie faptul că leziunile mai des găsite sunt cele ce interesează uretra; explicația o credem dată destul de ușor prin modul cum ele se produc și din anatomia regiunii care arată că acest organ constituie partea cea mai expusă din întregul aparat urinar. Mai departe am găsit că în ordinea frecvenței mergând descrescând rinichiul pare a fi mai des interesat cu toate că după cum s'a recunoscut în mod repetat, prin situația sa anatomică el ar fi unul din viscerale organismu'ui mai bine protejat contra traumatismelor; dacă ar fi să cităm părerea autorilor consultați, faptul ar putea fi explicat prin aceea că rinichiul își părăsește destul de des loja, ceea ce are ca rezultat o expunere a lui într'o măsură mai mare sau mai mică după gradul ptozei. Cum în foile de observațiune dela Clinică n'am găsit nici o men-

fiune specială în acest sens, nu suntem în măsură de a confirma sau infirma această părere. Asupra părții care ar fi mai des traumatizată observațiile noastre par a da dreptate celor ce susțin că traumatismele renale se întâlnesc mai des la stânga. (Autorii italieni, explicând faptul prin prezența ficatului ce ar constitui pentru rinichiul de această parte o adevărată pavăză). Urmează apoi în aceeaș ordine, organele genitale și vezica; asupra felului cum ele se succed credem că nu mai e nevoie să insistăm separat, dată fiind considerațiunile precedente. Vom remarca doar, că leziunile genitalelor au fost găsite aproape în acelaș număr la adulți și la copii; și aici explicația e dată de împrejurările în care ele au avut loc. Leziunile vezicei traduse mai des prin ruptura ale peretelui organului, deși observate mai rar au avut și gravitatea cea mai mare. Urmează după aceia traumatismele rinichiului, leziunile uretrei (care dacă n'au pus nici când viața în pericol în schimb în  $\frac{1}{3}$  din cazuri a făcut din bolnavi niște infirmi) și leziunile genitalelor ce au prezentat un caracter cu totul benign.

Referindu-ne acum și la împrejurările în care diferitele leziuni urologice au fost observate am constatat că în majoritatea cazurilor ele au fost de natura accidentală; cum accidentele încă au arătat aspecte foarte multiple am procedat la o clasificare a lor din care am obținut următoarele date: mai des au fost observate cele din câmpul muncii, după care urmează imediat cele din legătură cu condițiunile de traiu rural, adică în apropierea animalelor și vehiculelor. Un număr respectabil de cazuri am constatat însă ca fiind date de căderi. Dacă am mai făcut și alte grupări ce poartă diferite titluri, aceasta nu pentru frecvența lor, ele constituind uneori doar simple cazuri izolate, ci pentru a arăta și mai mult multiplicitatea posibilității lor de producere.

**Tabelă statistică asupra celor 51 cazuri de traumatisme găsite în intervalul 1925—1935 în Clinica Urologică din Cluj**

Traumatismele :	Rinichiu	Vezică	Uretră	Org. genitale
Total	14 <small>dreapta 6 stânga 8</small>	7	21	9
Adulți	12	7	19	5
Copii	2	—	2	4
Bărbați	12	7	19	9
Femei	—	—	—	—
Vindecări complete	4	1	14	8
Ameliorări	5	1	7	1
Morți	2	5	—	—
Răniri și loviri	—	—	—	1
Accidente	14	7	21	8
Acc. de muncă	2	5	13	—
Acc. prin lov. dela animale	4	1	1	1
Acc. de vehicule	3	—	1	1
Acc. terapeutice	—	1	1	1
Acc. prin explozibile	—	—	—	1
Acc. de altă natură	—	—	—	2
Acc. sportive	—	—	—	1
Căderi pe acelaș plan	2	—	2	—
Căderi dela înălțime	3	—	2	1

## Concluziuni

1. Urologul în afară de preocupările sale chimice are și o activitate medico-legală ce se limitează aproape exclusiv la traumatismele ce survin în specialitatea sa.

2. Afecțiunile traumatice în urologie sunt în genere destul de rare; timp de 10 ani în clinica urologică din Cluj s'au întâlnit numai 51 de cazuri.

3. În cazurile studiate am găsit că ele ating exclusiv sexul masculin la vârsta adultă adică în perioada în care individul este chemat să muncească pentru a-și agonisi cele necesare existenței.

4. Leziunile mai des întâlnite sunt cele ce interesează uretra după care urmează în ordine descrescândă, ale rinichiului, organelor genitale și vezica; în ce privește gravitatea lor se găsește că ea este mai mare în traumatismele ce interesează vezica care dau cele mai multe cazuri mortale.

5. Din totalul de 51 cazuri amintite, în 27 din ele s'au obținut vindecări complete la data când bolnavul a părăsit clinica, în 18 s'au obținut ameliorări și în 7 decese.

6. Activitatea medico-legală a urologului față de traumatismele din sfera specialității sale se limitează când la accidente de muncă, când la răni și loviri propriu zise. Două sunt momentele când urologul se va dedubla și de medicul legist; a. În caz de vindecări cu restitutio ad integrum, va trebui să precizeze natura traumatismului și durata vindecării. b. În caz de persistența unor sechele posttraumatice mai este obligat a stabili incapacitate de muncă și procentul ei.

Văzut și bun de imprimat

ss) Prof. Dr. D. MICHAİL  
decan.

ss) Prof. Dr. M. KERNBACH  
președinte.

## Bibliografie

1. *Prof. E. Abderhalden*: Handbuch der Biologischen Arbeitsmethoden Teil 12, Heft 1 (Berlin 1923).
2. *Dr. E. P. Băncilă*: Considerațiuni asupra rinichiului polichistic (Teză No. 847).
3. *Dott. Cesare Biondi*: Li incapacita al Lavoro dal ponto di vista medico-legale (Torino).
4. *Dr. C. Cotuțiu*: Noi considerațiuni asupra accidentelor de muncă. Cap. III. (F. Göbl fil S. A. Buc. 1935.)
5. *Dr. Ch. Daussat*: Expertises, des Professions (Vigot Frères Editeurs Paris 1935.)
6. *Dr. Ch. Daussat*: Accidents du travail et maladies.
7. *Dr. P. Dittrich*: Sachverständiger Tätigkeit bei der Untersuchung und Begutachtung von Vorletzungen. (Wien 1906.)
8. *E. Forgue et. E. Jambrau*: Guide pratique du médecin dans les accidents du travail (Masson et C-nie Editeurs. Paris 1924.
9. *Dr. I. Grigoriu*: Fistulele Vezico-veginală (Teză No. 864)
10. *L. Imbert*: Guide pour l'Evaluation des Incapacités (Masson et C-nie Editeurs Paris 1923.)
11. *Prof. M. Kernbach*: Cours de medicină legală.
12. *Prof. Borri, Cevidalli, Leonini*: Trattato di Medicina legale (Vol. II. partea I. „Lesivita“.)
13. *Dr. M. Sumea*: Traumatismele renale (Teză No. 848.)