

ANOMALIILE RENO-URETERALE



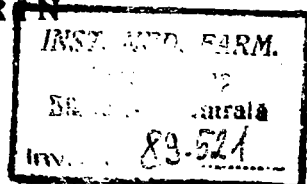
T E Z Ă

PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 27.05.1938.

DE

STINGHE FLORIN

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA DIN CLUJ FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Domnul Prof. Dr. STURZA M.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologie	" " BARONI V.
Fiziologia umană	" " BENETATO GR.
Istoria medicinei	" " BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	" " BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" " BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	" " DRAGOIU I.
Semiologia medicală	" " GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " GRIGORIU C.
Clinica medicală	" " HAȚIEGANU I.
Medicina legală	" " KERNBACH M.
Chimia biologică	" " MANTA I.
Clinica oftalmologică	" " MICHAÏL D.
Clinica neurologică	" " MINEA I.
Igiena și igiena socială	" " MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	" " NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	" " PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală } Medicina operatorie }	" " POP A.
Clinica infantilă	" " POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia	Supl. " POPOVICIU GH.
Chimia medicală	Prof. " SECĂREANU ȘT.
Balneologia	" " STURZA M.
Clinica dermato-venerică	" " TĂȚĂRĂR C.
Clinica urologică	" " ȚEPOSU E.
Clinica psihiatrică	" " URECHIA C.
Anatomia patologică	" " VASILIU T.
Igiena generală	Agr. ZOLOG M.
Fizica medicală	Conf. BĂRBULESCU N.

JURIUL DE PROMOȚIE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. E. ȚEPOSU

MEMBRII :	{	" " " V. PAPILIAN
		" " " V. BOLOGA
		" " " M. KERNBACH
		" " " AL. POP
SUPLEANT		" Doc. " TR. POPOVICI

INTRODUCERE.

Anomaliile rinichiului și a le ureterului sunt cele mai frecvente în comparație cu anomaliile altor organe a corpului omenesc.

Înainte, aceste anomalii erau numai incidental descoperite pe masa de operație sau de autopsie, deoarece metodele proprii de investigație și de diagnostic lipseau, sau erau insuficiente.

De când însă Albarran a introdus întrebuintarea sistematică a cistoscopiei și a cateterismului ureteral și mai recent în urma pielografiei și a urografiei intravenoase, s'a făcut posibilă diagnosticarea a nenumărate anomalii reno-ureterale, cari înainte vreme se bănuiau numai.

Rolul acestor anomalii este considerabil, deoarece 40% din condițiile patologice ale rinichiului și ureterului sunt datorite anomaliilor congenitale, constituind astfel cel mai vast capitol din urologia modernă. În Clinica Urologică din Cluj procentul anomaliilor e de 5,31%.

Deși de cele mai multe ori aceste anomalii nu se traduc prin fenomene clinice bine distincte, totuși ele provoacă o rea funcționare a aparatului urinar excretor, având întotdeauna cu ultimă consecință infecția căilor urinare. Astfel sunt cazurile de piurie cronică și crizele dese de pielite și nefrite la copii, cauzate de o funcționare insuficientă a rinichiului, asociate unei hidronefroze și calculi renali pe un rinichi congenital anormal. Rinichii în potcoavă sunt asociați cu un grad de ectopie, anomalii ale bazinetului și ureterului, fiind adesea sediul leziunilor patologice și constituind boala prin ei însuși. Anomaliile ureterelor și bazinetului în schimb favorizează hidronefroza prin obstrucție, iar în cazuri de infecții supraadăugate pionefroza.

Natural că în urma atâtor variate anomalii și simptomatologia va fi la rândul ei variată. Indivizii, care sufar de aceste anomalii, de cele mai multeori nu prezintă nimic caracteristic pentru o afecțiune a aparatului excretor fenal, fiind mai degrabă considerați drept oameni cu tulburări gastro-intestinale sau nevropași. Abia în urma unui minuțios examen cistoscopic sau pielografic se găsește adevărata cauză a suferinței lor.

Voi căuta în această lucrare să fac un scurt studiu embriologic, anatomic al rinichiului, basinetului și ureterului, o clasificare a anomaliilor și tratarea lor din punct de vedere clinic.



Cap. I. Embriologia rinichiului.

Elementul esențial este nefridia sau tubul urinar. La nevertebrate (viermi superiori) ea face comunicarea dintre cavitatea celomică și exteriorul, astfel că lichidul celomic se poate elimina la exterior grație unor cili pe cari îi conține. La vertebrate nefridia trece prin trei stadii succesive: pronefros, mezonefros și metanefros.

Pronefrosul este reprezentat printr'un tub sinuos, care se deschide în celom printr'un orificiu în formă de pâlnie, nefrostom și se varsă prin altul, situat la cealaltă extremitate, într'un canal comun, canalul lui Wolff. O rețea de capilare bogată se află în celom la nivelul nefrostomului.

Mezonefrosul este un stadiu mai înaintat în dezvoltarea rinichiului. Se caracterizează pe de o parte prin lipsa de comunicare a nefrostomului cu celomul, iar pe de altă parte printr'o rețea arterială abundentă, căreia canalul nefridian îi formează un sac seros cu pereți dubli.

Metanefrosul, Mezodermul se divide în fiecare parte a trunchiului în trei regiuni: epimeră, protovertebră sau șomită, conținând epicelomul, mezomera sau placa mijlocie conținând mezocelomul și hipomera sau placa laterală, conținând metacelomul. La nivelul plăcii mijlocii se vor dezvolta diferitele sisteme excretoare. Metanefrosul este caracterizat prin faptul că: 1. canaliculele nu derivă din pediculii segmentari, ci din țesutul nefrogen născut din pediculi și 2. nu se varsă în canalul lui Wolff, ci într'un canal născut din acesta. În ce privește felul cum se nasc diferite organe ale aparatului excretor observăm următoarele:

Ureterul se dezvoltă din canalul lui Wolff în a 5—6-a săptămână sub forma unui mugure, la început, pe peretele postero-intern, tocmai la punctul unde canalul lui Wolff din vertical devine orizontal, pentru a se vărsa în cloacă. Ia de la început chiar, o formă de ciupercă ca apoi partea

dilatată să fie comprimată de coloana vertebrală, dând naștere bazinetului, după ce a mai suferit și o rotație. La locul de unde s'a născut ureterul (canalul lui Wolff) observăm că se separă, pentru a se vărsa direct în vezică.

Bazinetul dă două mari ramificații (calicele mari) ca la rândul lor să se ramifice dicotomic, dând calice de al doilea, al treilea ordin și așa mai de parte, până ajung la un punct, unde nu se mai ramifică. Canalele de ordinul doi, trei și patru, înghesuite în țesutul cortical vecin, formează substanța medulară primitivă, adică piramidele lui Malpighi. Țesutul mezenchimos persistă sub forma unui înveliș perirenal și raze, cari trec printre sistemele piramidale până la sinus. De fiecare parte a unei raze mezenchimotoase se formează o zonă neogenă și ansamblul formează coloana primară a lui Bertin. Piramidele primare se clivează în două planuri (anterior și posterior) între care pătrunde lama de țesut mezenchimos (coloanele lui Bertin secundare). Aceste coloane nu ajung însă până la sinus. Această diviziune la exterior se manifestă prin lobulație, care la vârsta de 4 ani dispare, perzistând numai în mod anormal la adult.

Bazinetul primitiv este foarte puțin dezvoltat, ar fi ca o simplă răspântie între cele două calice mari și ureter. La adult observăm în schimb că basinetul primește un număr de calice mici și ele la rândul lor primesc prin vârful fiecărei papile o duzină de canale colectoare. Explicația acestei deosebiri că în locul unei diviziuni dicotomice vedem cu un canal, care primește 8—12 ramuri, constă în faptul că fiecare canal colector de un ordin dat se divide în două ramuri și fiecare ramură în două subramuri. Cele două ramuri se dilată enorm, se absorb într'un canal primordial și atunci primește direct patru subramuri. Se mai poate observa și un al doilea proces de reducere și anume prin dilatarea canalelor de ordinul I până la punctul de a se confunda cu bazinetul, astfel că bazinetul primește direct canalele de ordinul II. Am văzut mai sus că coloanele secundare ale lui Bertin nu ating hilul. În urma reducției de mai sus vedem însă că ele ajung până la hili și piramidele secundare devin piramide primare.

Pe baza acestor date se găsesc foarte ușor explica-

rea multor animalii ale basinetului și calicelor și anume se datoresc în cea mai mare parte proceselor de bifurcare precoce sau tardivă, sau reducerii în exces sau în minus a canalelor colectoare. Așa se explică ureterul bifid (proces de bifurcare precoce) basinetul cu trei calice etc.

Ascensiunea și rotarea glandei renale.

La 3—4 săptămâni, la embrion, rinichiul este organ pelvian și se află în furca, pe care o formează cele două artere ombilicale, separați numai de un țesut mezodermic unul de altul. În a 5-a a 7-a săptămână, devine organ abdominal. Aici găsind mai mult loc, polii superiori se îndepărtează, iar polii inferiori se apropie. Fața anterioară a rinichiului tinde să devină internă.

În a 8-a săptămână, rotația e făcută. Fața anterioară este internă și basinetul e situat înlăuntrul rinichiului. Rinichii sunt în mare parte acoperiți de capsula suprarenală, glanda sexuală și corpul lui Wolff.

În a 9-a săptămână, se degaje de glanda suprarenală și se vede jumătatea inferioară, a cărei parte este acoperită de glanda sexuală.

În a 12-a săptămână polul inferior al rinichiului atinge vertebra a III-a lombară, iar polul superior, crescând rinichiul în volum, atinge coasta XII-a și a XI-a în a 22-a săpt.

La naștere rinichiul se cuprinde între a IV-a vertebră lombară și a XI-a dorsală.

Mai târziu, polul inferior al rinichiului se urcă până la discul intervertebral al vertebrei II-a și a III-a lombară, însă nu-i decât o ascensiune aparentă, datorită dezvoltării rapide a părților vecine.

Situația rinichiului în loje este diferită la adult față de cea a nou născutului. Axa transversală este în plan frontal la făt, oblică, înapoi și înapoi la adult.

Se pot observa astfel anomalii prin exces sau lipsă de rotație.

Cap. II. Anatomia rinichiului

Forma. Cei doi rinichi au forma unei boabe de fasole turtiți dinainte înapoi. Prezintă o față anterioară, una posterioară, o margine externă, convexă, o margine internă, concavă și doi poli rotunși: unul superior și altul inferior. Marginea internă prezintă hilul, care are o formă rombică. Prin unghiul postero-inferior iese ureterul. Forma rinichiului nu-i absolut constantă și fără a vorbi de anomalii, care vor fi tratate ulterior, sunt o serie de varietăți ușoare, însă frecvente.

Astfel sunt rinichii lobulați, cari în mod natural se găsesc la animale (vidre, urși, elefanți) și la foetusul uman, însă la care în mod normal, la vârsta de 4 ani, lobulația dispăre. Excepțional poate însă persista, găsindu-se mai ales la rinichii mobili și ectopici. Mai sunt cazuri de rinichi în care forma poate fi triunghulară cu polul inferior ascuțit, apoi rinichi scurți, rinichi alungiți, sau rinichi plați, etc.

Dimensiuni și greutate. Sunt variabile dela om la om, ba chiar la același om se prezintă variații de volum de origine circulatorie: mărirea diastolică și diminuarea sistolică.

Ca cifre medii în ce privește dimensiunile avem lungimea de 12 cm., lățimea pe 6,5 cm. și grosimea de 3 cm. (Sappey), iar în ce privește greutatea 170 gr., variind după cum este plin cu sânge sau nu (o diferență de 50 de grame). Aceste date variază cu vârsta, sexul și partea de care se află rinichiul (cel stâng fiind mai voluminos).

Culoare și consistență. Rinichiul normal, plin de sânge, are o culoare roșie închisă, iar o consistență mai mare decât a splinei sau a ficatului, date care variază în condiții patologice.

Direcția și orientarea rinichilor. În organismul uman, prezintă o orientare în plan frontal, oblică înapoi și în afară, în așa fel că fața anterioară este antero-externă, iar cea posterioară postero-internă. În afară de această oblicitate în plan frontal, ei mai sunt oblici de sus în jos și dinăuntru în afară în așa fel că cele două extremități superioare sunt mai apropiate decât cele inferioare.

Situația. Rinichii sunt situați în lojile renale, unde sunt cuprinși în două foițe: una anterioară, prerenală și alta posterioară, retrorenală a lui Zuckerkandl. În anumite puncte foița prerenală este întărită prin o lamă rezultată din alipirea mezoduodenului și mezocolonului descendent cu foița peritoneului (fascia lui Toldt). Pe o secțiune verticală se vede cum cele două foițe, anterioară și posterioară, se unesc în sus și se fixează de diafragm. În jos, în schimb, nu se unesc, fiind ținuți rinichii numai de grăsimea din jur.

Raporturi. Fața anterioară a rinichiului drept este acoperită în $\frac{1}{3}$ superioară și în partea externă a treimeii mijlocii de peritoneul parietal, care-l desparte de ficat. Cele două treimi inferioare ale rinichiului sunt în raport cu fața posterioară și a doua porțiune a duodenului. Partea externă a treimeii inferioare se găsește în contact cu unghiul colic drept.

Fața anterioară a rinichiului stâng este în treimea superioară în raport cu coada pancreasului, splina, mai jos unghiul colic stâng și colonul descendent, iar în treimea inferioară este acoperită de peritoneul parietal.

Fața posterioară este în raport cu peretele regiunii lombare, care e compus din o porțiune toracică și alta abdominală.

Porțiunea toracică prezintă ca schelet a XII-a și a XI-a coastă. Rinichiul se găsește cuprins în unghiul format de a XI-a coastă și coloana vertebrală. Coasta a XII-a când e lungă, împarte rinichiul în două treimi superioare și o treime inferioară, iar când e scurtă, are o orientare orizontală și atunci împarte rinichiul într-o treime superioară și două treimi inferioare.

Înainte coastelor se află fundul de sac plueral, care e separat de rinichi prin diafragm, care își ia inserția pe psoas și pătratul lombelor, între cari fascicule există hiatusuri, astfel că regiunea lombară comunică cu regiunea toracică.

În porțiunea abdominală, față anterioară este în raport înăuntru cu psoasul, înafară cu pătratul lombelor și transversul. La marginea externă a pătratului lombelor pleacă nervii, marele și micul abdomino-genital, care per-

forează transversul, pentru a merge apoi între el și micul oblic.

Mușchiul transvers în sus se inseră pe arcade puternice, fibroase, care dela apofizele transverse ale vertebrelor I-a și a II-a lombare merg să se prindă de coastele XI-a și XII-a, formând ligamentul costo-lombar a lui Henle, care închide unghiul costo-vertebral. Înapoia transversului se găsește mușchiul oblicul mic cu dințul mic postero-inferior, între cari se află cadrilaterul lui Grynfelt, iar mai înapoi, marele oblic, marele dorsal și creasta iliacă, formând triunghiul lui Petit.

Marginea externă în sus e în raport cu diafragma, care îl separă de fundul de sac pleural, iar mai jos de a XI-a coastă. În jos de această coastă este în raport cu unghiul format de peretele abdominal și reflexia peritoneului parietal, care din posterior devine lateral. O arcadă renală exo-renală este atașată apoi acestei margini.

Marginea internă e în contact cu cava la dreapta, aorta la stânga. Partea inferioară corespunde psoasului.

Extremitatea superioară corespunde coastei a XI-a, este acoperită de suprarenală.

Extremitatea inferioară corespunde celei de a II-a vertebră lombară și se află la 5 cm. de creasta iliacă.

Mijloace de fixare.

1. Foițele lojei renale și grăsimea perirenală.
2. Vasele renale (pedicul).
3. Presiunea abdominală.

Constituția rinichiului. E constituit din o capsulă fibroasă și un parenchim.

Capsula fibroasă e constituită din fibre de țesut conjunctiv la care se adaugă fibre elastice. Are a grosime de 1—2 zecimi de mm. Fața externă este în contact cu grăsimea perirenală, iar fața internă acopere parenchimul renal, de care aderă foarte ușor. La nivelul hilului se continuă cu tunica externă a calicelor.

Parenchimul pe o secțiune verticală e constituit din două substanțe una corticală și alta centrală.

Substanța corticală e de culoare roșie-gălbue. E constituită din labirint, substanță așezată chiar la periferie, și alta, corespunzând bazei piramidelor, ce se detașează prin

baza lor de baza piramidelor lui Malpighi piramidele lui Ferrein), între care se găsește substanța omogenă. Pentru fiecare piramidă a lui Malpighi corespund 500—600 piramide Ferrein. În jurul piramidelor lui Malpighi substanța corticală pătrunde sub forma unor coloane (coloanele lui Bertin) până la sinus.

Substanța centrală e reprezentată prin piramidele lui Malpighi, cari au o formă triunghiulară cu baza corticală și vârful spre sinus. Sunt în număr de 8—12 dispuse în direcția a trei planuri, astfel că o secțiune interesează 2—3 piramide. Vârful piramidei iese din sinus sub forma unei mici ridicături conice de 6—8 mm. numită papilă, în jurul căreia se inseră calicele. Vârful papilei este perforat de 12—30 orificii, numite pori. Baza răspunde substanței corticale. Limita între aceste două regiuni nu este netă, datorită substanței corticale, care trimite prelungiri. Periferia piramidelor corespunde coloanelor lui Bertin, cari fac parte din substanța corticală și separă astfel piramidele.

Vasele rinichiului. Arterele sunt câte una pentru fiecare rinichi și nasc din aorta abdominală, care înainte de a ajunge la rinichi se divid în trei ramuri; două anterioare, prepielice, și una posterioară retropielică, ca apoi fiecare să se dividă mai departe, de îndată ce ajung în sinus, pentru a pătrunde în rinichi. Arterele în rinichi sunt situate între piramida lui Malpighi și coloana lui Bertin, ne dând ramuri decât în partea coloanei lui Bertin. La baza piramidei lui Malpighi, formează un arc, de unde pleacă ramuri, cari constituiesc un fel de boltă. Din această boltă pleacă o serie de ramuri spre capsulă, emițând în traectul lor o serie de arteriole scurte pentru glomeruli. Mai există un arc exo-renal arterial, format din anastomoza arterei spermatice și o ramură a arterei capsulare mijlocii.

Vinele iau naștere din rețeaua capilară a substanței corticale și a piramidelor. La baza piramidelor formează o rețea vânoasă suprapiramidală, de unde se îndreaptă spre sinus, unde se reunesc, pentru a forma venele renale în număr de una pentru fiecare rinichi ca apoi să se verse în vena cavă inferioară. De asemenea există și un arc venos exo-renal corespunzător arcului arterial. Acest arc primește sângele venos dela o rețea foarte dezvoltată a capsulei adipoase.

Limfaticile nasc din substanța corticală și piramidală și se varsă în ganglionii lombo-aortici. Limfaticile rinichiului sunt în comunicație cu limfaticile testicolului, capsulelor suprarenale, hepatice, colice și toracice.

Raporturile dintre vena, arteră și basinet. Vena renală se află înainte și în susul ramurilor arteriale. Arterele, cele două, prepielice, se află înaintea bazinetului, iar cea retropielică înapoia lui și superior. După ce au pătruns în sinus, raporturile acestea nu se mai respectă.

Nervii. Ei provin din plexul solar și terminația lor, se face asupra vaselor, glomerulilor, tubilor contorți și în fine liber, în mijlocul substanței parenchimotoase.

Anatomia calicelor și bazinetului.

La baza fiecărei papile ia naștere un mic calice lung de 5—15 mm. Aceste calice egale ca număr cu papilele (8—12) se unesc pentru a forma marile calice în număr de două sau trei, cari apoi formează bazinetul. Bazinetul poate avea forme diferite. Este situat în parte în sinus și în mare parte înafară de sinus. Fața anterioară e în raport cu vasele, care pătrund în rinichi, cea posterioară este încrucișată de artera retropielică. Marginea superioară deasemenea, iar marginea inferioară în contact mai mult sau mai puțin intim cu extremitatea inferioară a rinichiului.

Anatomia uretetului.

Ureterul continuă basinetul dela nivelul polului inferior al rinichiului, unde există o porțiune îngustată, numită gâtul ureterului. Se termină în vezică printr'un orificiu de formă variabilă la nivelul unghiului postero-lateral al triunghiului. În traectul lui, ureterul prezintă o porțiune lombară, o porțiune iliacă, o porțiune pelviană și o porțiune vezicală. Ca formă e cilindric și are trei porțiuni îngustate: una superioară (gâtul), alta mijlocie, corespunzătoare punctului de intrare în bazin și ultima inferioară la nivelul traversării peretului vezical. Lungimea e de 25—30 cm., diametrul de 4—3 mm. Direcția dela origine, ureterul se

îndreaptă în jos și înăuntru, descriind o ușoară curbă cu concavitatea internă. La nivelul strâmtoarei superioare prezintă o curbură cu concavitatea postero-externă. În porțiunea pelviană se îndreaptă întâi înapoi, apoi înăuntru, descriind o curbură cu concavitatea internă și înainte. În sus se află la 4 mm. de linia mediană, în jos la 15 mm.

Raporturi. La origine se află în raport cu polul inferior al rinichiului, înapoi, de care aderă printr'un tractus fibros.

În porțiunea lombară, înapoi repauzează pe psoas și e întretăiat de nervul femuro-cutanat. Genito-cruralul e situat înăuntru ureterului, apoi îl încrucișează înapoi, fiind în jos situat înapoi lui. Acești nervi sunt separați de ureter prin fascia iliacă. Spre linia mediană ureterul drept e în raport cu vâna cavă, cel stâng cu aorta. Lateral este în raport cu colonul. Înainte este acoperit de peritoneu, care în sus sunt despărțiți prin duoden. Este încrucișat de vasele spermatice sau utero-ovariene, care se îndreaptă în jos și înapoi.

Porțiunea iliacă. Înapoi e în raport cu vasele iliace. Incrucișează oblic terminația arterei iliace primitive, apoi trece înăuntru arterei iliace externe și al venei cu același nume. Înainte ureterul drept e încrucișat de mezenter, terminația arterei mezenterice și ileon. Ureterul stâng se află într'o fosetă limitată de mezoul ansei sigmoidiene.

Porțiunea pelviană se subdivide într'un segment parietal, unde ureterul e în contact cu peretele bazinului și un segment visceral, unde ureterul părăsește păriletele.

În segmentul parietal, înapoi e în raport cu artera hipogastrică, înapoi e în raport cu peretele pelvian format din piramidal și obturatorul intern. E încrucișat de artera ombilicală, artera obturatoare, nervul obturator și la femei de artera uterină. În spre linia mediană este acoperit de peritoneu, care la femei prezintă o depresiune, foseta ovariană.

În segmentul visceral ureterul e încrucișat înainte de canalul deferent la bărbat, iar la femei de ligamentul larg.

În segmentul vezical are o porțiune de 1.5 cm. traversează oblic vezica dinafară înăuntru și dinapoi înainte.

Cele două orificii ureterale se află în unghiurile posteroare ale triunghiului lui Lieutaud la 3 cm. unul de altul.

Cap. III. Clasificarea anomaliilor (după R. Gutierrez)

A) Anomalii ale rinichiului propriu zise.

1. Anomalii de număr.

- a) Absența celor doi rinichi.
- b) Absența unui rinichi.
- c) Rinichi dublu (unilateral sau bilateral).
- d) Rinichi multiplu (supra numerar).

2. Anomalii de volum.

- a) Rinichi hipoplazic (hipoplazie renală congenitală și câștigată).
- b) Rinichi hipertrofic (lobulat, compensat).

3. Anomalii de formă.

- a) Rinichi alungit.
- b) Rinichi scurt.
- c) Rinichi lat.
- d) Rinichi lobulat.
- e) Rinichi chistic (unilateral sau bilateral).
- f) Rinichi polichistic (unilateral sau bilateral).
- g) Rinichi fuzionat

(simfiză renală)	{	Asimetric	{ în formă de L sigmoid în formă de galetă
		Simetric (în potcoavă)	{ cu concavitate sup. cu concav. inf. cu istm fibros cu istm adevărat cu mai multe basinete și uretere

4. Anomalii de poziție

a) Rinichi mobil (flotant)

b) Rinichi ectopic

- | | |
|---|--------------------------------|
| { | unilateral simplu |
| | bilateral simplu |
| | bilateral cu fuziune |
| | incrucișat cu sau fără fuziune |

fiecare poate fi în poziție lombară iliacă, pelviană, mediană.

ureter ectopic: rău plasat în vezică: la fundul vezicei, într'un diverticol, sau aproape de colul vezicei.

cu orificiu ce se varsă extra renal în căile genitale în intestin etc.

ureter încrucișat: cu fuziune renală
cu ectopie fără fuziune
unilateral transvers
bilateral transvers.

ureter răsucit sau închis
ureter răsucit în jurul venei cave
ureter cu formație valvulară
ureterocel.

Dupăcum se vede din acest tablou ele sunt foarte numeroase.

Mă voi mărgini numai să le dezvolt pe cele mai des întâlnite.



Cap. IV. Anomaliile renale propriu zise.

1. Anomalii de număr.

a) Absența celor doi rinichi coexistă cu absența ureterelor, a vaselor renale și alte malformațiuni multiple. E incompatibilă cu viața.

b) Rinichiul unic cuprinde cazurile unde un rinichi este absent, excluzând astfel rinichii atrofici și sclerozați. Făcând un studiu anatomic, constatăm că de partea rinichiului absent pot să lipsească și ureterul, vasele renale, iar la vezică să nu găsim urma orificiului ureteral. E o anomalie completă și mai puțin frecventă. Alteori pot să fie vase renale și un ureter slab dezvoltat, fie că e permeabil, fie că e transformat într'un cordon fibros. Rinichiul existent în schimb este foarte variat ca formă (rotunjit, discoid) și volum (de cele mai multeori mărit). Capsula suprarenală există de cele mai multeori de ambele părți. Vezica poate prezenta un trigon bine format, dar cu un orificiu fără ejaculare, deși e permeabil pe o mică porțiune. Mai se poate prezenta cu lipsa unui orificiu urete-

ral sau chiar trigonul să fie modificat în sensul că o jumătate, ce corespunde rinichiului lipsă, să se piardă în peretele vezicii fără nici o demarcație.

Organele genitale atât la bărbat cât și la femei, mai ales, prezintă și ele anomalii. Astfel s'au observat la femei uter unicorn, uter dublu, absența trompelor etc. iar la bărbați absența canalului deferent, a veziculei seminale a epididimului etc. Inafară de anomaliile organelor genitale se mai constată concomitent și anomalii diferite, aparținând altor organe ca atrezia anusului, absența splinei, spina bifida, etc. Au o mare importanță chirurgicală aceste anomalii priu faptul că pot fi cauza anuriei, că o afecțiune asupra acestui singur rinichi capătă o gravitate excepțională și în fine contraindică orice nefrectomie. Diagnosticul se face numai pe bază radiologică.

c) Rinichiul dublu, cuprinde anomaliile caracterizate prin prezența a doi rinichi de o parte (unilateral) sau de ambele părți (bilateral), însă fără ca rinichi să fie fuzionați într'ei, ci fiecare să fie independent, unindu-se sau nu prin ureterele lor, înainte de a pătrunde în vezică. Astfel Thielman și Blumenthal la autopsia unui om de 30 ani au descris un caz de rinichi dublu unilateral drept. Ureterul rinichiului drept normal descindea înaintea rinichiului supranumerar printr'un șanț, săpat în parenchimul lui. Rinichiul supranumerar avea un ureter, care se vărsa în ureterul rinichiului drept. Mai târziu Newmann, von Hausemann, Watson-Cheyne etc. au publicat o serie de cazuri asemănătoare.

Simptomatologia e variată: durere în loja renală și turburări de micțiune mai ales. Diagnosticul se face radiologic sau prin lombotomie exploratoare.

În Clinica Urologică s'au constatat 2 cazuri de rinichi dublu ambele în dreaptă survenind la femei în vârstă de 28—30 ani și ar da un procent de 0,09%.

Observația I. T. E. 38 de ani, casnică, Cluj. Antecedente fără importanță. Boala actuală datează după o operație de apendicită, când simte dureri în regiunea lombară dreaptă și usturimi la micțiune. La examenul general nu se constată nimic patologic. La examenul local, sensibilitate în regiunea lombară dreaptă și în flancul stâng o

masă cu consistență de organ. La examenul cistoscopic : urină clară, capacitatea vezicii normală. Mucoasă de aspect normal. În dreapta se constată prezența a două orificii ureterale, distanțate unul de altul în sus, longitudinal, de 1,5 cm., eliminând ambele indigocarmina. Orificiul ureteral stâng e de aspect normal. Pielografia ascendentă cu bromură de sodiu arată în dreapta două uretere distincte precum și două bazine, unul superior și altul inferior. În stânga, rinichiul e ptozat în poziție iliacă, bazinele e alungit, iar ureterul cu convexitatea spre coloana vertebrală. I se propune intervenția chirurgicală, dar, fiind slăbită după operația de apendicită, rămâne să o facă altădată.

Obs. II. C. M. 23 de ani casnică, Cluj. Antecedente fără importanță. Boala actuală datează de 5 zile, debutând brusc cu ocazia unui efort prin dureri în loja renală dreaptă și hipocondrul drept. După un repaos de 2 zile durerile s'au calmat. Vine în clinică pentru a i-se preciza diagnosticul. Cistoscopic, mucoasa injectată pe întreaga suprafață, orificiul ureteral stâng de aspect normal elimină indigocarmina cu jet și intensitate bună. Orificiul ureteral drept e injectat cu o zonă congestivă în jur, elimină indigocarmina întârziat și redus. Urină turbure, puroi pozitiv, albumină intens pozitiv. Pielografia ascendentă arată două bazine suprapuse în dreapta, iar rinichiul stâng e în poziție normală.

d) Rinichiul multiplu este foarte rar întâlnit și constă din mai mulți rinichi decât doi de o parte.

2. Anomali de volum.

a) Rinichiul hipoplazic cuprinde cazurile, unde există un rinichi, ce se poate pune în evidență macroscopic sau microscopic cu ureterul său și pedicolul vascular. Va trebui din capul locului să facem distincție între rinichi atropic congenital și câștigat, mai ales din punct de vedere practic chirurgical. Înainte această distincție nu se făcea. Într'o atrofie renală congenitală pe lângă o reducere a rinichiului de volum și greutate, mai constatăm de cele mai multeori că și pedicolul renal e atrofiat, ureterul deasemenea, rinichiul opus și capsula suprarenală de partea rinichiului atrofiat, sunt mărite. Ca structură istologică constatăm că

piramidele sunt bine conservate, lucru care ne permite să o distingem de o atrofie renală câștigată, cu excepția cazurilor unde poate fi însă o degenerescență chistică. Se mai găsește adeseori țesut fibros în cantitate mare și absența frecventă a glomerulilor.

Cauza acestor atrofii ar fi în mecanismul dezvoltării embriologice a rinichiului. Parenchimul secretor se dezvoltă pe socoteala țesutului mezenchimatos, canalele excretoare din inmugurirea canalului lui Wolff, iar vasele din aortă și cava inferioară. E de ajuns o lipsă completă de dezvoltare a acestor elemente pentru a avea o agenezie, sau o dezvoltare mai redusă pentru a avea o atrofie, care atât la una cât și la cealaltă, dupăcum sunt interesate toate trei elementele sau nu, poate fi parțială sau totală.

Diagnosticul se face rar numai la pielografie ascendentă sau descendentă atâta vreme cât celalalt rinichi e sănătos.

b) Rinichiul hipertrofic poate fi congenital sau câștigat, compensator, care din punct de vedere al anomaliilor nu ne interesează.

Hipertrofia congenitală este diferită, interesând mărirea numărului elementelor rinichiului (piramide, tubi urinari).

Se poate observa o hipertrofie totală sau parțială.

Hipertrofia totală congenitală, poate fi numită mai pe drept cuvânt hiperplazie, în opoziție cu hipertrofia dobândită, care e datorită, unei hipertrofii a elementelor rinichiului.

Orth și Aschoff au căutat să limpezească deosebirea între rinichii hipertrofiați și hiperplaziați. Ei au demonstrat că hiperplazia nu este posibilă, decât la oamenii tineri și la făt, pe când la oamenii în etate se produce o hipertrofie pură.

Rinichii hiperplaziați congenitali au adesea o formă particulară: sunt rinichi alungiți cu ureter dedublat și pedicoli vasculari multipli. Adeseori acești rinichi au o lobulație foetală bine marcată.

Hipertrofia localizată congenitală este destul de rară, totuși se observă rinichi, unde unul din poli este mai voluminos.

3. Anomalii de formă.

În afară de anomaliile banale ca formă (rinichi scurt, lung lobulat, triunghiular), cari de fapt sunt niște varietăți și nu anomalii, mai există niște forme rare și mai diferite de forma normală. Astfel rinichiul discoid este datorit unui defect în rotarea sa. O altă anomalie este strangularea rinichiului cu tendința de a se divide în două mase secundare. Aceste anomalii de formă însă n'au din punct de vedere practic, decât un interes foarte redus.

Tot aici în cadrul anomaliilor de formă se cuprind așa zîșii rinichi fuzionați sau simfizele renale. Ele pot fi simetrice, când rinichiul ia formă de potcoavă, sau asimetrice, când ia diferite forme, dintre cari mai bine cunoscute și întîlnite cea în galetă, în L și sigmoid.

Dintre anomaliile de fuziune asimetrice, rinichiul sigmoid este destul de rar întîlnit. El constă din o fuzionare a celor doi rinichi nu prin polii de acelaș nume, ci polul superior al unui rinichi, care este mai jos situat, decât celălalt, se fuzionează cu polul inferior al celuilalt rinichi.

Rinichiul în galetă este și mai rar întîlnit, decât rinichiul sigmoid. Rinichii sunt fuzionați într'o masă, care are de obicei o formă patrulater-ovalară cu patru margini și două fețe, fiind turțiți dinainte înapoi. Sudura lor e așa de intimă, încât abia se observă printr'o ușoară depresiune mediană. Ei sunt totdeauna ectopici și dau fenomene de compresiune ale organelor învecinate. În ceea ce privește bazinetul, ureterul, hilul, fiecare și-l păstrează, așa că în total avem la un rinichi în galetă câte două hiluri, basinete, și uretere. Capsula suprarenală nu urmează rinichiul ectopiat, ci își păstrează locul ei.

Rinichiul în L (asimetric) este foarte apropiat ca formă de rinichiul în potcoavă. Un rinichi este situat orizontal, privește cu hilul în sus și este fuzionat cu celălalt, care își menține poziția normală. Vom avea deci două basinete două pedicole și două uretere. Deschizătura L-ului poate fi îndreptată spre dreapta sau spre stînga.

Rinichiul simetric (în potcoavă) a fost înainte obiectul a o serie de cercetări de ordin anatomic și embriologic, dar astăzi grație noilor mijloace de explorare renală,

în primul plan apare problema diagnosticului clinic și a terapeuticeii chirurgicale.

Rinichiul, după cum ne apare la autopsie, pe masa de operație, sau radiografie. poate fi cu concavitatea îndreptată în sus sau în jos. În cece privește compoziția istmului, care leagă cei doi poli renali, avem de a face cu rinichi în potcoavă cu istm fibros sau compus din adevărat parenchim renal, iar ca o ultimă formă în cece privește numărul basinetelor și ureterelor putem avea rinichi în potcoavă cu unul, doi, trei, patru basinete și uretere. *Rinichiul în potcoavă* cu concavitatea superioară se prezintă cu arcul deschis în sus și în ansamblul să poate fi perfect regulat. Sunt însă diferite variațiuni. Astfel unghiul poate să devină ca un V sau să sufere o basculare, orientându-se astfel în plan oblic. Distanța mijlocie, care separă cei doi rinichi este de obicei de 6 cm., iar axa verticală este oblică în jos și spre coloana vertebrală. Marginea internă a celor doi rinichi vine în contact cu marginea externă a marilor vase și poate astfel chiar să le acopere.

Istmul este o bandă de țesut intermediar, care unește polii de acelaș nume ai rinichilor.

Ca formă poate fi îngustat în partea mijlocie, întretăiat de câte două șanțuri pe lături, astfel că dă impresia unui lob mijlociu sau să simuleze un al treilea rinichi. Constituția poate fi fibroasă sau parenchimatoasă.

Rinichii de cele mai multeori sunt de volum egal, iar fața posterioară a lor este netedă, pe când cea anterioară, lobulată, plină cu amprente lăsate de vase (aorta, vena cavă, artera mezenterică superioară, vasele spermatice, etc.)

Hilii privesc înainte de obicei, putând fi dedublați, iar în anumite cazuri se poate întâmpla să nu fie nici sinus nici hil. Această orientare a hililor, anterioară, s'a constatat că are repercursiuni asupra structurii piramidelor în ce privește orientarea lor. Santi a observat că pe când la un rinichi normal orientat, piramidele sunt dispuse în plan sagittal, la un rinichi în potcoavă, cu hilul orientat anterior, piramidele sunt orientate în plan frontal.

În ce privește poziția rinichilor, s'a constatat că de cele mai multe ori sunt coborâți într'o poziție lombară, rămânând deasupra bifurcării aortei, fiind mai

des la nivelul vertebrei a IV-a lombară. Nu rare sunt cazurile însă, când rinichii sunt foarte coboriți până în bazin chiar, dând o serie de raporturi anormale cu vasele și organele din bazin, lăsând amprenta lor asupra rinichilor.

Vascularizația rinichiului în potcoavă este foarte felurită, variind dela caz la caz. S'a descris de către Bruncher un caz cu o arteră unică, venind din aortă, care se divide apoi în trei ramuri, mergând două la hil, iar ultima la istm.

Papin găsește 25 cazuri cu 2 artere, însă cu o dispoziție de vascularizație anormală, adică o arteră irigă rinichiul drept și o parte din cel stâng. iar cealaltă irigă restul.

Mai frecvente sunt cazurile cu trei artere, cari au o dispoziție foarte complicată. Există aici o dispoziție pe care am putea-o considera normală: fiecare rinichi primește o arteră, iar istmul pe a treia. În afară de această dispoziție s'au mai găsit cazuri, unde avem două artere de o parte și alta izolată fie la rinichiul drept, fie la cel stâng. Aceste anomalii de vascularizație și de număr la rinichiul în potcoavă sunt foarte variate și e destul să amintesc că anomaliile în cece privește numărul pot merge până la 10, iar aranjarea lor astfel poate lua cele mai variate aspecte. În tot cazul e de reținut că rinichiul în potcoavă prezintă mai multe artere decât rinichiul normal, iar calibrul arterelor și în general al vaselor, este mai redus decât al celorla dela un rinichi normal.

Basinetul, calicele ureterele, în cele mai multe cazuri sunt variate ca număr. Chiar istmul, cazul lui Karl Ioseph, poate să posede un basinet, calice și ureter, care se varsă separat și anormal în vezică.

Rinichul în potcoavă cu concavitatea inferioară se prezintă foarte rar. Până în prezent nu se cunosc decât foarte puține cazuri și insuficient studiate.

În Clinica Urologică din Cluj în ultimii 10 ani s'au observat 9 cazuri deasemenea anomalii cari, 6 au fost publicate de Prof. Țeposu în colaborare cu dr. Danicico și Bruda. S'a constatat că e mai frecvent la femei, decât la bărbați (4:2) și apare mai frecvent la vârsta tânără.

Ca simptomatologie predomină durerea, intensă, tul-

burările de ordin nervos și tulburări de micțiune (hematurie mai ales cu ocazia durerilor, polakiurie și senzație de usturime pe canal la sfârșitul micțiunii).

Diagnosticul s'a stabilit prin examen clinic, palpația a fost pozitivă în 4 cazuri și pielografie sau urografie descendentă.

Imaginea obținută a fost concludentă pentru rinichi în potcoavă. Caracteristice sunt: coborîrea basinetului, apropierea lui de linia mediană, axele longitudinale converg în jos și înăuntru, configurația e complect diformată, prezentând forma unui biscuit sau a unei alune americane, calicele rudimentare, mici, rotunde și neregulat implantate, iar ureterul cu abuşare superioară, iar traectul făcând o crosă largă spre linia mediană. În toate cazurile s'a constatat un grad ușor de hidronefroză și în unul calculi ai basinetului.

Ca tratament s'a făcut în trei cazuri intervenția chirurgicală, care a constat în rezecția istmului sau decapsulare, iar în celelalte trei s'a făcut tratament conservativ.

OBS. I. — L. C. 36 ani, funcționar, intră în clinică în 18 Iunie 1936 cu vagi dureri în ambele loji renale. Antecedentele heredo-colaterale și personale sunt fără importanță.

Boala datează de 11 ani, caracterizându-se prin usturimi la micțiune și urină turbure. Mai târziu apar dureri vagi în cele două flancuri, cari se accentuau la efort, precum și micțiuni frecvente și imperioase. A avut și ușoară temperatură.

La examenul general nu se constată nimic deosebit.

La examenul topic cele două loji renale sunt libere, iar la presiune se constată o durere accentuată.

Cistoscopic: indigocarmina se elimină de ambele părți ale orificiilor ureterale cu jet și intensitate redusă. Urina e turbure cu albumină și puroi. În sediment celule descuamate, leucocite și colibacili în mare număr.

La pielografia ascendentă sonda ureterală stângă pătrunde cu 20 cm. în profunzime, iar la dreapta se oprește la nivelul articulației sacro-iliace. La stânga se desemnează foarte net un basinet coborît și apropiat de co-

loana vertebrală la nivelul celei de a II-a și a IV-a apofiză transversă. Axa este îndreptată longitudinal de sus în jos și înăuntru.

Sistemul canalicular al cărui aspect este neregulat, privește înăuntru, desemnându-se pe corpul vertebral. La dreapta se desemnează mai puțin aparent un basinet neregulat, dilatat cu un sistem canalicular rudimentar.

I se stabilește diagnosticul de rinichi în potcoavă cu infecție ascendentă colibacilară și i se propune intervenția chirurgicală pe care o refuză.

OBS. II. — M. B. 20 ani, menajeră, intră în clinică în 16 Iunie 1936 pentru criză dureroasă în flancul drept, greață și vărsături.

Antecedente personale și heredo-colaterale fără importanță.

Boala actuală datează de 4 săptămâni, debutând insidios cu dureri surde în flancul drept, cari erau la început de o intensitate ușoară și intermitentă. Mai târziu durerile apar în crize violente cu iradierii spre ombilic, coapsă și organele genitale, urmate de greață și vărsături. Durerile erau mai intense la eforturi fizice și se caltau în poziție orientală. Adeseori suferea de constipație. Semnul lui Rovsing este pozitiv. N'a observat turburări de micțiune, nici modificări în aspectul urinei. Cu aceste fenomene a intrat în clinică.

La examenul general nimic deosebit afară de faptul că în regiunea ombilicală dreaptă se palpează un organ reniform, de grosimea unui pumn de copil, de consistență parenchimatooasă, foarte sensibil la palpate și prezentând o fixare de coloana vertebrală. Lojile renale de ambele părți sunt libere.

La cistoscopie prezintă un tablou vezical normal, precum și cele două orificii ureterale. Indigocarmina se elimină cu jet și intensitate bună de ambele părți.

La pielografia ascendentă bilaterală cele două basinete sunt coborite, deformate ca aspect, cu calicele mici, implantate neregulat și cu axa longitudinală îndreptată de sus în jos și spre coloana vertebrală. Cele două uretere

formează o crosă la nivelul coloanei vertebrale cu concavitatea externă.

I se propune intervenția chirurgicală, pe care o refuză și se instituște în consecință un tratament medical.

OBS. III. — P. F. 32 ani, menajeră, intră în clinică în 22. VIII. 1934 pentru criză dureroasă în flancul drept și tulburări gastro-intestinale. Antecedente heredo-colaterale și personale fără importanță. Boala actuală datează de 6 ani și a debutat brusc cu dureri localizate în flancul drept și epigastriu cu iradiațiuni în centură și acompaniate de hematurie spontană și totală, precum și cu febră. În acelaș timp bolnava prezintă o cefalee rebelă, lipsă de apetit și o senzație de greață înainte și după mâncare. A fost tratată drept suferindă de stomac, însă fără ameliorare. De trei săptămâni fenomenele sunt mai intense și o obligă astfel să intre în clinică.

La examenul general nu se observă nimic patologic.

La examenul local se constată că regiunea renală dreaptă este sensibilă la palpare. În această regiune se constată existența unei tumori, care depășește rebordul costal și se prelungește spre ombilic, spre linia mediană. Ea are o consistență elastică parenchimatooasă, forma este ovală, mișcările foarte reduse, însă la atingere este foarte dureroasă.

Urina e tulbure cu albumină și puroi. Mișcările de hiperextensiune ale trunchiului produc dureri violente, cari se amendează în poziție orizontală.

Examenul cistoscopic nu relevă nimic patologic, chiar și indigocarmina se elimină cu jet și intensitate bună de ambele părți.

Pielografia ascendentă, bilaterală, ne arată un basinet drept coborît la nivelul vertebrei III-a și a IV-a lombară, de aspect alungit, cu lipsa rotației interne, prezentând forma unei alune americane îndreptată în jos și înăuntru. Sistemul calicular este foarte rudimentar. Ureterul drept îndreptat spre coloana vertebrală prezintă o curbă cu concavitatea ext. la nivelul artic. lombo-sacrate. Basetul stg. este ușor coborît până la a IV-a v. L. deformat. Ureterul strâng prezintă un t r a e c t n o r m a l. I se

face intervenție chirurgicală (op. Prof. Țeposu, ajut. Dr. Bruda). Anestezie generală cu eter. Incizie Péan. La deschiderea lojei renale se constată o perinefrită accentuată, rinichiul coborît sub rebordul costal, cu polul superior liber, însă polul inferior se continuă cu cel opus printr'un istm de grosimea masei renale. Ureterele sunt foarte apropiate de linia mediană. Basinetul este implantat cu baza înspre exterior, iar vârful spre linia mediană. Pedicolul vascular este foarte bogat și dispersat pe fața antero-internă a rinichiului. Luându-se în considerare grosimea și scurtirea istmului și pentru a se evita deschiderea unui calice cu ocazia secțiunii, se face o hemi-decapsulație dreaptă. Mersul post-operator a evoluat în mod normal.

Ca frecvență, din totalul afecțiunilor rinichiului, basinetului și ureterului, rinichiul în potcoavă s'a constatat în Clinica Urologică că prezintă o frecvență de 2.6%.

4. Anomaliile de poziție.

Anomaliile de poziție cuprind rinichiul flotant, mobil, și rinichiul ectopic sau distopic.

a) Rinichiul flotant, nefroptoza, este caracterizat prin posibilitatea lui de a părăsi locul pe care îl ocupă în mod normal și de a coborî mai mult sau mai puțin în abdomen. Această afecțiune n'are nici un raport cu ectopiile renale, cari constau dintr'un viciu de situație congenitală a rinichiului deplasat și fixat într'o regiune diferită de cea pe care o ocupă în mod normal. Deoarece apare însă la indivizi distrofici cu anomalii vasculare congenitale este foarte deseori trecută în cadrul anomaliilor renale.

Rinichiul în mod normal nu este accesibil palpării. După gradul deplasării distingem trei categorii de rinichi flotanți:

1. Rinichi căzut, unde polul superior nu a căzut suficient sub falsele coaste, dar polul inferior este palpabil.
2. Rinichi mobil propriu zis, când polul superior este sub falsele coaste și e în întregime palpabil.
3. Rinichi flotant, este liber în cavitatea abdominală și a părăsit cu totul loja lombară.

Etiologia și patogenia. E o afecțiune a indivizilor distrofici, după nașteri repetate la femei, la indivizi cu vis-

ceroptoză. În cazurile din ultimii 10 ani, 76 la număr, s'a constatat că frecvența e mai mare la rinichiul drept 85.5%, pe când la rinichiul stâng e de 6.6%, iar ptozele bilaterale se prezintă cu o frecvență de 7.8%.

În ce privește sexul s'a constatat că din cele 76 de cazuri 59 erau femei, iar 17 bărbați, deci raportul e de 3:1 aproximativ. Etatea la care survine ar fi între 25—40 ani.

Între cauzele cari produc rinichiul mobil mai frecvent se observă slăbirea mijloacelor de susținere ale rinichilor, fie diminuării grăsimii perirenale, fie a tensiunii organelor abdominale în urma nașterilor repetate la femei.

Predomența ptozelor rinichiului drept față de cel stâng s'ar datori vecinătății ficatului, care ar apăsa asupra rinichiului sau lungimii mai mari a pedicolului renal drept, care astfel i-ar permite o mobilitate mai mare față de cel stâng.

Ca simptomatologie de cele mai multe ori trece neobservat sau când se instalează simptomele, au o varietate foarte mare. Din cauza acestui fapt foarte mulți bolnavi sunt taxați drept nevropați sau gastrici și numai la un examen mai amănunțit se poate descoperi adevărata cauză.

Pe bază reflexă, reno-renal, simptomatologia se poate muta asupra rinichiului sănătos, mărinđ eroarea.

Din totalitatea simptomelor deosebin însă durerea, tulburările gastro intestinale nervoase și tulburări urinare.

Durerea se poate prezenta fie sub forma de jenă, care se accentuiază în poziție verticală și dispare în poziție orizontală, sau la eforturi, fie sub formă de criză comparabilă cu colica nefretică din litiază. Explicarea durerii ar fi dată de tracționarea plexurilor nervoase sau obliterării ureterului, în urma deplasării rinichiului în jos. Ultima ar fi o criză de hidronefroză acută. Gradul durerii nu e totdeauna în raport cu deplasarea rinichiului.

Tulburările nervoase deasemenea sunt frecvente mai ales că ptoza renală e o afecțiune ce se observă mai mult la femei. Se caracterizează prin neurastenie și histerie.

Tulburările digestive se traduc prin dispepsie, dilatația stomacului, constipație, greață și vărsături.

Tulburările urinare se caracterizează prin micțiuni frecvente, dificile, asociate cu senzație de usturime la sfâr-

șitul micțiunii, iar urina ca aspect este turbure, conținând puroi, mai ales atunci când se suprapune o infecție ascendentă.

Diagnosticul se pune de obicei prin palpate și pielografie ascendentă sau descendentă. Va trebui să ținem seama totdeauna să nu facem confuzie cu un lob hepatic supranumerar și mobil, un chist hidatic subhepatic sau o tumoră pediculată.

Complicațiile nu sunt rare. Din cele 76 cazuri, 28 au prezentat hidronefroză, 7 nisip renal sau calculi, 6 perinefrită, 6 cudură ureterală și numai două erau complicate cu o visceroptoză, adică exprimându-le în procente: 34,2% hidronefroză, 9,2% nisip renal și calculi, 7,8% perinefrită și cudură ureterală și 2,6% pionefroză și visceroptoză.

Tratamentul conservativ constă în o bună alimentație, purtarea unei centuri, pe care o va aplica atunci când bolnavul e în poziție orizontală și desinfectante urinare.

Tratamentul chirurgical se face atunci când survin fenomene alarmante și persistente și constă în nefropexie după procedeele: Albarran, fixare de capsula fibroasă, Iacobovici, fixare de mușchiul psoas sau după Amza Jianu, fixare de pătratul lombelor.

OBS. I. Bolnava B. M. 26 ani, servitoare, Cluj. Antecedentele Heredo-colaterale și personale fără importanță.

Boala actuală datează de două săptămâni, debutând insidios cu dureri în loja renală dreaptă, care se exagerau la efort și se calmau în poziție orizontală. Scade concomitent în greutate și forță fizică, e ușor constipată și pofta de mâncare e diminuată. La examenul general nimic patologic. La examenul local se papează rinichiul drept, deplasat în jos și de volum normal. Punctele ureterale drepte sunt sensibile.

La examenul cistoscopic în afară de un tablou vezical normal se constată că la dreapta colorantul se elimină cu intensitate redusă.

La pielografia ascendentă bilaterală se constată: basinetul stâng normal ca situație și formă. Basetinul drept situat în dreptul vertebrei III-a și a IV-a lombară este dilatat, globulos. Ureterul se abuzează mai sus decât partea

cea mai declivă a basinetului. Calicele sunt în formă de potir. Imaginea calicelor pledează pentru o deplasare a rinichiului în axul lui vertical, luând o direcție oblică, descendentă internă.

I se face nefropexie, iar după două săptămâni părăsește clinica vindecată.

OBS. II. S. E. 45 ani, casnică, Dej. Antecedentele persoanele și heredo-colaterale fără importanță. Boala datează de o jumătate de an, debutând cu dureri în flancul drept și fosa iliacă dreaptă sub formă de crize ce se succed neregulat. I se pune diagnosticul de apendicită, se operează dar nu simte după operație nici o ameliorare. Durerile devin cu vremea mai intense. Iradiază spre organele genitale externe și în special către meatul urinar. Sunt însoțite de vărsături, micțiuni frecvente și imperioase și o urină turbure.

La examenul general nimic patologic. La examenul local sensibilitate în loja renală dreaptă, iar rinichiul drept se palpează.

La examenul cromocistoscopic tabloul vezical normal, colorantul se elimină bine de ambele părți. Urina e turbure puoi intens pozitiv. Albumină urme.

Pielografia ascendentă dreaptă: basinetul se desemnează în dreptul discului ce separă vertebra III-a și IV-a lombară fiind dilatat. Ureterul formează sifon imediat sub abuşarea în bazinet. Calicele sunt normale.

Operația: op. Prof. Ţeposu, aj, Dr. Danicico și Dr. Bruda. Anestezia generală cu eter. Lombotomie dreaptă. Rinichiul este situat în întregime sub rebordul costal. Dețășarea lui e ușoră cu excepția cudurei din 1/3 superioară care este fixată prin țesut conjunctivo-vasculară. Se eliberează ureterul, se decapsulează rinichiul și se fixează de ultima coastă. Drenaj. Mersul post operator normal.

OBS. III. M. V. 35 ani, casnică, Cluj. Antecedente personale și heredo-colaterale fără importanță. Boala actuală datează de 6 luni, debutând cu dureri în loja renală dreaptă, pe care bolnava le pune în legătură cu răceala. Durerea era intermitentă, asociată cu tulburări de micțiune

și tenesme. În ultimele trei luni slăbește în greutate și în forță. Pofta de mâncare e scăzută, e constipată. Urina, observă că e tulbure cu depozit de nisip și ușor hematurică. Examenul general nimic deosebit. Examenul local se constată sensibilitate în loja renală dreaptă și punctele ureterale. Rinichiul nu se palpează. Urina conține urme de albumină și oxalați.

Cistoscopic mucoasa injectată în col, trigon. Orificiul ureteral drept elimină colorantul cu jet și intensitate redusă. La pielografia ascendentă se constată basinetul drept la nivelul vertebrei a III-a lombară și ușor dilatat. Calicele normale. I se face nefropexie.

b) Rinichiul ectopic sau distopic.

Este rinichiul deplasat congenital însă nu prea mult față de situația normală. A face o distincție între un rinichi ectopic congenital și unul câștigat nu este prea ușor, totuși rinichiul ectopic congenital prezintă câteva caractere distinctive: vasele sunt inserate mult mai jos, pe aortă, decât în mod normal; tendința rinichiului de a lua o formă circulară cu turtirea dinainte înapoi, hilul adus din ce în ce mai mult pe fața anterioară a rinichiului și ureterul e mai scurt în general. Ectopia poate fi unilaterală sau bilaterală.

Ectopia unilaterală. După locul pe care-l ocupă rinichiul ectopiat, avem ectopie lombară joasă, rinichiul ocupând spațiul dintre ultima coastă și creasta iliacă, rinichiul repauzându-se pe psoas iliac, pelviană, când rinichiul e în cavitatea pelviană și mediană, când rinichiul tinde să se deplaseze spre coloana vertebrală. În varietatea pelviană rinichiul se află în poziția cea mai joasă, fiind între rect și vezică. Rinichiul ectopic unilateral poate să se afle deplasat în regiunea lombară opusă, când este numit rinichi ectopic încrucișat. S'au descris 15 cazuri în literatura medicală de ectopie unilaterală cu lipsa celuilalt rinichi. În general rinichiul ectopic unic survine mai des la femei și este interesat mai mult rinichiul drept. Excepția face rinichiul ectopic încrucișat.

Ectopia bilaterală este foarte rară și poate fi simplă, dar mai des cu fuzionarea rinichilor. Rinichii pot să ia pozițiile de mai sus enumerate, fiind simetric situați sau

nu. Astfel putem găsi un rinichi mai jos situat, decât celălalt din cealaltă parte, de ex.: unul găsimu-se în regiunea pelviană, celălalt în regiunea iliacă sau lombară joasă.

Rinichii ectopici sunt totdeauna deformați mai globuloși și adesea lobulați. Hilul privește de obicei înainte, iar vasele au o origine și dispoziție cu totul diferită de cea normală. Ureterul este mai scurt cu atâta, cu cât rinichiul este mai jos situat. Rinichiul ectopic e rar mobil, dar poate să dea destul de des sindromul rinichiului mobil obișnuit, cu deosebirea însă că rinichiul ce se palpează nu e reductibil în fosa lombară.

Explicarea embriologică a ectopiilor renale.

Ureterul ia naștere din partea postero-internă a corpului lui Wolff, la punctul unde acest canal devine orizontal, pentru a ajunge în cloacă. Mugurele crește dinainte înapoi, se umflă la extremitatea sa posterioară, dând naștere bazinetului, care devine plat și se divide în două ramuri, formând cele două mari calice. Oprit la nivelul celei de a doua vertebră sacrată, ureterul se urcă atunci vertical, astfel că mugurele renal își ocupa locul definitiv normal. La sfârșitul lunei a XII-a. Ureterul suferă în timpul ascensiunii o mișcare de torsiune, astfel că basinetul, din sagital cum era, devine transversal. În acest timp ureterul, care se vărsa în partea postero-internă a canalului lui Wolff, se varsă în partea postero-externă acum, apoi cele două conducte se separă: ureterul pentru a se vărsa în vezică, iar canalul deferent în uretra posterioară. Vasele rinichiului nu pătrund în această glandă, decât atunci când și-a făcut rotația și a ocupat locul său definitiv.

Grație acestor date se explică foarte ușor ectopiile:

a) Locul ectopiilor se explică prin faptul că rinichiul a rămas în drum din cauza aderențelor sau malformațiilor scheletului, sau că rinichiul s'a urcat prea sus (ectopii lombare înalte se cunosc numai două cazuri în toată literatura medicală), sau că rinichiul a deviat din drumul său, cazul ectopiilor mediane și încrucișate.

b) Forma rinichiului ectopic se explică prin dezvoltare: direcția hilului, care privește înainte, malformațiile hilului, a bazinetului și a calicelor, frecvența lobulației embrionare.

c) Dispoziția vaselor se explică prin faptul că dezvoltarea rinichiului este anterioară dezvoltării vaselor. Aceste ultime provin din surse multiple și merg către parenchimul renal, lipsit de vase normale.

d) Sediul capsulelor suprarenale, care rămân la locul lor, se explică prin aceea că au o origine independentă de a rinichiului.

Simptomatologia și diagnosticul: rinichiul ectopic poate foarte ușor să dea loc la erori de diagnostic, pe de o parte că ne poate induce în eroare cu o tumoră, pe de altă parte că nu ne gândim că ar putea fi o ectopie.

Atunci când ne găsim în fața unei suferințe renale și există o tumoră anormală, va trebui totdeauna să avem în vedere și cazul unui rinichi ectopic. Diagnosticul de certitudine, în lipsa unei simptomatologii proprii, ni-l dă cistoscopia, explorarea prin cateterism ureteral, radiografia și în special urografia.

Tratamentul variază de la caz la caz și în special de gradul de suferință al rinichiului și de eventualitatea complicațiilor. Suveran este tratamentul chirurgical, căutând fie să-l repunem, fie, când e compromis, să-l scoatem.

OBS. I. V. F. femei de 34 ani, Huedin. Antecedentele heredo-colaterale și personale fără importanță. Boala actuală datează de aproximativ 4 ani, debutând insidios cu dureri în lombe, cari se accentuau la efort. Micțiunile devin mai frecvente, asociindu-se cu usturimi. În ultimul timp durerea din loja renală dreaptă ia un caracter continuu, își pierde pofta de mâncare și scade în greutate și forță.

La examenul cistoscopic semne obiective ce pledează pentru o cistită. Colorantul se elimină bine de ambele părți. Urina conține urme de puroi.

La radiografie se constată rinichiul drept coborât.

Operația: Lobotomie. Drenaj, deoarece prezenta și un abces pararenal. Părăsește clinica ameliorată.

5. Anomalii de rotație ale rinichiului.

Se pot traduce printr'o rotație deficientă sau o rotație excesivă și dupăcum interesează un rinichi sau ambii,

pot fi unilaterale sau bilaterale. În mod normal rinichiul în drumul său de ascensiune spre regiunea lombară suferă o mișcare de torsiune pe axa sa, în așa fel că axa din antero-posterioară devine transversală, iar hilul, care privește înainte, acum privește spre coloana vertebrală.

Se poate astfel întâmpla ca rinichiul să nu sufere mișcarea de torsiune obișnuită. Un astfel de rinichi este turcit dinainte înapoi, rinichi discoid, având o față anterioară ce răspunde marginii interne a rinichiului și o față posterioară, care răspunde marginii externe. Hilul este situat pe fața anterioară spre partea ei mijlocie, iar vasele pentru a ajunge la hil, încrucișează jumătatea internă a feței anterioare. Ureterul descinde pe fața anterioară a rinichiului

În mod invers se poate întâmpla ca rinichiul să sufere o torsiune exagerată. Rinichiul are o față anterioară, Rinichiul are o față anterioară, plană sau convexă. Și o față posterioară, pe care se găsește hilul. Vasele încrucișează $\frac{1}{2}$ posterioară, pentru a ajunge la hil, iar ureterul distinge pe fața posterioară. Această torsiune, în cazuri destul de rare, poate fi dusă la extrem, în așa fel ca hilul să ajungă extern, iar fața convexă intern.

Aceste anomalii trec de cele mai multe ori neobservate de către bolnavi și nu se descoperă decât incidental pe masa de operație sau la autopsie.

B. Anomaliile aparatului excretor al rinichiului (calice, basinet, ureter).

1. Calicele rar se prezintă izolat anormale, de cele mai multe ori sunt legate de o anomalie renală sau basinetală. Se întâlnesc mai frecvent în anomaliile asociate cu rinichiul hipoplazic și constau din lipsa lor, deplasarea lor sau anomalii în număr, mărime și poziție. Pielografia ascendentă sau descendentă ne pune pe calea diagnosticului.

2. Basiinetul poate lipsi, poate fi rudimentar, rău plasat, dublu sau multiplu sau să prezinte o hidronefroză congenitală sau un diverticul.

În Clinica Urologică s'a observat un caz destul de tipic de basinet bifid.

A. S. femei de 32 de ani, Cluj. Antecedente fără importanță. Boala actuală datează de doi ani, a debutat insidios cu dureri surde în lombe, cari survineau mai ales la frig și efort. Cu două săptămâni înainte de a intra în clinică obsează tulburări de micțiune. La examenul general nimic patologic. Local sensibilitate în loja renală dreaptă și puncte sensibile pe traectul ureterului drept. La examenul cistoscopic se observă tabloul unei cistite: urina e turbure, puroi intens pozitiv, stafilococi mulți în sediment. La pielografia ascendentă dreaptă se observă un basinet bifid cu predominanța ce lui superior, care e mai mărit. I se face un tratament conservativ.

Dintre celelalte varietăți hidronefroza congenitală prezintă o mai mare importanță atât din cauza tulburărilor pe care le dă, cât și din punct de vedere chirurgical.

În mod normal jumătate din basinet este în sinus iar jumătate în afară. Anormal se pot întâlni basinete intra sinusale în totalitate, unde cei doi poli ai rinichiului sunt incurbați și tind a se uni și basinete extrasinusale, de unde calicele de prim ordin se varsă direct în basinet. După cum dilatația hidronefrotică atinge basinetul din jumătatea internă, extrasinusală, sau jumătatea externă, intrasinusală, avem hidronefroză intrarenală sau extrarenală, care pot fi uni sau bilaterale.

Atunci când întreg basinetul este interesat, avem hidronefroză totală, iar când e o parte, avem hidronefroză parțială. Din punct de vedere al interesului chirurgical hidronefrozele rezultă din două malformații diferite între ele. În prima categorie ar fi hidronefrozele prin deficiență congenitală a țesuturilor basinetului și se găsesc în cazurile de dilatație totală a aparatului uretero-pielic. Din a doua categorie fac parte hidronefrozele datorită unei bifidități a basinetului sau unei strâmtări a ureterului în partea sa superioară; acestea sunt cele mai frecvente și se datoresc în mare parte unu vas anormal. Ținând seamă de aceste două categorii și tratamentul chirurgical va fi diferit: în primul caz unde nu avem nici o cauză mecanică, ci una pur funcțională, fiziologică, se indică nefrectomia, când celalalt rinichi e sănătos, iar în al doilea caz se va secționa vasul anormal sau se va dilata ureterul

printr'o sondă ureterală. În caz de basinet bifid se va face nefrectomie parțială.

Simptomatologia este necaracteristică și se traduce prin dureri în loja renală, amețeli, greață, iar la palpare se poate simți rinichiul ușor mărit și coborât.

În Clinica Urologică s'au întâlnit 9 cazuri de hidronefroze congenitale prin vas anormal. Dintre acești bolnavi 7 erau femei, 2 bărbați, iar una singura s'a prezentat la rinichiul stâng. Ca frecvență ar fi de 0,9% față de afecțiunile renale și basinetale.

OBS. I. M. M. femei 37 de ani, Micești. Antecedente fără importanță. Boala datează de trei săptămâni, debutând dimineața cu cefalee pronunțată, dureri în membre și lombe ce iradiu în centură. Local se constată sensibilitatea subiectivă în dreapta. Goyena pozitiv în dreapta. Rinichiul drept la palpare este ușor coborât. Cistoscopic: urina clară, capacitatea vezicii 150 cm³. Mucoasa injectată ușor în trigon și la nivelul orificiului ureteral drept Indigocarmina se elimină cu jet și intensitate bună de ambele părți. La sondaj ureteral sonda dreaptă se oprește la 15 cm. după ce a pătruns în ureter.

La operație se constată rinichiul drept ptozat. În pedicol artera renală e reprezentată prin două ramuri egale voluminoase vărsându-se una la polul superior, alta la polul inferior. Venele două la număr sunt situate între artere. Vâna inferioară trece înaintea ureterului, exact la vărsarea lui în bazinet. Deoarece rinichiul era compromis ca funcție se face nefrectomie. Mersul post operator normal.

OBS. II. C. E. femei 31 ani, Huedin. Antecedentele personale și heredo-colaterale fără importanță. Boala datează de două săptămâni, debutând cu dureri în loja renală dreaptă, cari aveau caracterul de tensiune și erau asociate cu cefalee. Local se constată o sensibilitate în loja renală dreaptă.

La pielografia ascendentă: calicele și basinetul ușor dilatat situate la nivelul vertebrei a II-a lombară. Ureterul ușor gătit, probabil printr'un vas anormal. I se face tratament conservativ.

3. Anomaliile ureterului.

a) Anomali de număr. Ureterul unic este asociat cu absența rinichiului respectiv și la femei, mai ales, cu anomalii ale organelor genitale. La examenul cistoscopic un singur orificiu nu implică neapărat existența unui ureter unic; căci s'a observat cazuri, rarități de altfel, cum ureterul se dedubla înafara vezicii, formând două uretere separate, care corespundeau celor doi rinichi, drept și stâng.

Ureterul dublu poate fi unilateral sau bilateral, complet sau incomplet.

Ureterul dublu complet unilateral este destul de des întâlnit, pare a fi mai frecvent la bărbat, decât la femei. Rinichiul e de aspect și volum normal sau cu tendința la subdivizare în două mase. Basinetul de obicei bifid, e un basinet superior și altul inferior, dintre care cel inferior este mai bine dezvoltat. Cele două uretere, care urmează basinetului, sunt intim unite într'un înveliș, care ține de la nivelul hilului până la vezică. Interesantă este încrucișarea lor în timpul traiectului, astfel că orificiul inferior din vezică îi corespunde basinetului superior.

OBS. I. — T. E. femeie, 38 ani, Cluj. Antecedente fără importanță. Boala actuală se manifestă cu dureri în regiunea lombară dreaptă și usturimi la micțiune.

La examenul cistoscopic: urina clară, capacitatea vezicală normală, mucoasa de aspect normal. La dreapta se constată prezența a două orificii ureterale, distanțate unul de altul în sens longitudinal de 1,5 cm. Ambele elimină indigocarmina. La stânga orificiul ureteral normal.

La pielografia ascendentă cu bromură de sodiu se constată în dreapta două uretere distincte, deasemenea și două bazine, unul superior și altul inferior. În partea stângă rinichiul e prozat pe creasta iliacă, basinetul alungit, iar ureterul cu convexitatea spre coloana vertebra/ă. Deoarece bolnava a mai suferit anterior o operație de apendicită și e slăbită, rămâne să i se facă un tratament conservativ.

Ureterul dublu complet, bilateral este mai rar întâlnit decât primul. Dispozițiile anatomice sunt aceleași ca și a ureterul dublu unilateral complet. Sunt deci două basi-

nete distincte suprapuse, iar în vezică se văd patru orificii ureterale.

Ureterul dublu incomplect sau bifid este gradul cel mai simplu de duplicare al ureterului. Aici cele două uretere, după ce iau naștere separat de la nivelul hilului, se unesc mai jos, înainte de a se vărsa în vezică astfel că avem un singur orificiu de partea ureterului cu anomalia. Din punct de vedere practic sunt foarte importante, căci dacă nu bănuim această anomalie, greu o putem depista, căci un examen cistoscopic sau o pielografie ascendentă ușor ne poate induce în eroare. Ureterele bifide se pot prezenta unilaterale, bilaterale sau asociate: ureter bifid de o parte cu ureter dublu complect de cealaltă parte.

Simptomele sunt necaracteristice; de multe ori nici nu dau simptome, mai ales când permeabilitatea ureterului și basinetului e bună.

b) Anomalii de formă și poziție.

Diverticolul ureterului este un conduct, care pleacă de obicei din ureterul inferior și se termină printr'o infundatură, fără să se deschidă în basinet. Poate da foarte ușor hidrouretere.

Ureterul neperforat poate da frecvent hidro- sau pioureter afectând apoi și rinichiul și compromițându-l. Survine asociat cu alte anomalii.

Ureterul strâmtat este cauza cea mai frecventă a hidronefrozei idiopatice congenitale. Strâmtarea ureterului poate fi la extremități: pielouretic și vezico-ureteral sau mijloc. Poate fi uni-bilateral, simplu sau multiplu. Rinichiul de cele mai multe ori e compromis ca funcțiune în urma hidronefrozei, dar atunci când strâmtările sunt la mijlocul ureterului și nu sunt prea pronunțate se poate salva funcțiunea rinichiului printr'un tratament conservativ și anume prin dilatarea ureterale.

Ureterul dilatat poate fi în totalitate, ieteresând deci și porțiunea intravezicală, astfel că la fiecare contracțiune vezicală urina să se propage pe ureter în sus (reflux uretero-vezical) sau parțial dilatat, când porțiunea justă vezicală la ureterului este dilatată, iar porțiunea transvezicală este strâmtată.

ÖBS. I. S. W. 27 ani, funcționar. Chișinău. Intră în clinică cu următoarele fenomene: dureri în loja renală stângă, hematurie albumină urme. Antecedentele heredo-colaterale fără importanță. Antecedentele personale: angină streptococică la 18 ani. Boala actuală datează din 1933, când în urma unui efort i-a apărut o hematurie matinală, care apoi s'a repetat la intervale mari. După trei ani observă dureri vagi în loja renală stângă și hipogastru ce survin spontan și trec peste câteva zile. I s'a făcut un examen cistoscopic și i s'a constatat o hematurie stângă. S'au mai găsit urme de albumină și în sediment rare hematii. La examenul aparatului renal constatăm durere în loja renală stângă, care dispare după câteva minute dela provocare. Examenul cistoscopic nu relevă nimic patologic. La cateterism și pielografie ascendentă bilaterală se obține urină din ambele părți, egal de intens colorată. La stânga tablou de dilatație diverticulară, două la număr, în porțiunea pelviană a ureterului.

Orificiul ureteral în formă de gaură de golf este asociat cu ureterul dilatat și are o consecință de cele mai de multe ori pentru rinichi prin faptul că în urma fluxului vezico-renal, se pot produce foarte ușor infecțiile ascendente sau chiar dela un rinichi la celălalt prin intermediul vezicii. Ureterul ectopic este reprezentat prin diferitele moduri de abuzare ale ureterului fie intravezical, fie extravezical.

Intravezical se poate abușa într'un diverticol vezical, la fundul sau la nivelul colului vezicii.

Extravezical se poate abușa în tractul intestinal sau în căile genitale. Aceste uretere sunt lipsite de sfincter, deci infecția și dilatația enormă se întâlnește regulat. Diagnosticul este dificil mai ales când ureterul se abuzează în căile genitale atât la bărbat cât și la femei.

Ureterul încrucișat poate fi asociat cu fuziune renală, cu ectopie fără fuziune, unilateral transvers sau bilateral transvers. În majoritatea cazurilor, dacă nu este stază urinară sau infecție consecutivă și dilatație a sistemului pielo-ureteral, bolnavii suportă bine anomalia.

Ureterul răsucit sau închis, ureterul răsucit în jurul vinei cave, ureterul cu for-

mație valvulară, toate pot duce la suferința din partea aparatului renal, dacă se asociază cu stază și infecție vezico-ureterală.

Ureterocelul sau dilatația chistică a extremității inferioare a ureterului se observă mai des la femei. Este datorit sau îngustimii anormale a meatului ureteral sau existenței unei valvule situate deasupra lui. Poate fi și bilateral. Volumul variază de la o cireașe până la cei a vezicii, pe care o poate umple. La început este sesilă, dar pe măsură ce crește tinde să devină pediculată. Orificiul ureteral este vizibil pe acea dilatație, iar conținutul dilatației este compus din urină limpede sau purulentă. Deasupra ureterul este dilatat.

Ureterocelul, dacă meatul ureteral lasă să se filtreze urina, poate trece clinic neobservat, în caz contrar se manifestă prin fenomene vezicale (polakiurie, disurie) sau de hidro- și pionefroză intermitentă. Complicația specială a ureterocelului este prolapsul și dilatația chistică prin uretră.

Diagnosticul în lipsa simptomelor clinice se face prin examenul cistoscopic. La examenul cistoscopic pungea apare netedă, translucidă. Pășeau a putut observa trei varietăți: 1. uretero-celul este intermitent, producându-se în momentul ejaculațiunii ureterale, pentru a dispărea complet în intervalul dintre ele, 2. ureterocelul este permanent mic, conic mărindu-și volumul în momentul ejaculațiunii ureterale, se distinge meatul, 3. ureterocelul este permanent ca formă și volum. Nu se distinge meatul. Diagnosticul diferențial se face cu un polip pediculat al vezicii, care sângerează ușor, e flotant și nu are variații de volum, cu prolapsul mucoasei ureterale, caracterizat printr'o ieșitură conică ca un mic col uterin, și de un orificiu ureteral edemațial și împins în vezică de un calcul inclavat în ureterul transvezical.

Tratamentul poate fi conservativ prin dilatări sau chirurgical prin rezecția pungii.

OBS. Femeea G. F. 43 de ani, Oradea. Antecedente fără importanță. Boala actuală datează de aproximativ 2 ani, debutând insidios cu dureri la micțiune și urină tulbure. De 1 an are dureri în loja renală stângă mai ales la eforturi.

La examenul lojei renale se constată o sensibilitate la dreapta. La examenul cistoscopic capacitatea vezicii 200 cm³. Urina turbure, mucoasa mată congestionată pe întreaga suprafață. Orificiul ureteral drept e transformat într'o dilatație chistică de mărimea unei nuci mari cu suprafață netedă, iar orificiul ureteral e complet mascat. Orificiul stâng e complet normal. În dreapta colorantul nu se elimină în stânga se elimină bine.

Urina turbure, puroi intens pozitiv, albumina deosemena, bacili coli foarte mulți.



CONCLUZIUNI

1. Anomaliile reno-piello-ureterale se întâlnesc des-
tul de frecvent într'un serviciu de urologie și sunt da-
torite întotdeauna unor malformațiuni de origine em-
brionară.

2. Simptomatologia acestor anomalii nu este con-
stantă, deoarece, varietatea condițiunilor patologice
asociate, determină deobicei simptomele clinice.

3. Rinichii, bazinele și ureterele cu malforma-
țiuni congenitale sunt cu mult mai expuse afecțiunilor
urologice, decât organele similare normale.

4. Diagnosticul preoperator al acestor anomalii se
pune astăzi cu multă precizie, datorită perfecționării
mijloacelor moderne de investigație urologică.

5. Cromocistoscopia, pilografia ascendentă și in-
travenoasă sunt metode absolut necesare diagnosticării
precoce a acestor anomalii.

6. Tratamentul anomaliilor reno-piello-ureterale
poate fi urologic și chirurgical, iar rezultatul va depin-
de întotdeauna de gravitatea condiției patologice aso-
ciate.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul facultății:
(ss) Prof. Dr. M. Sturza

Președintele tezei:
(ss) Prof. Dr. E. Țeposu

BIBLIOGRAPHIE.

- Albarran J.: *Uretère surnuméraire ouvert dans la vulvula et dans le vagin.* (Gaz. des Hop., 1897,70:743).
- Albarran J.: *Maladies chirurgicales du rein et de l'uretère. Traité de chirurgie, le Dentu et Delbet* (Bailliére et Fils, Paris, 1899, vol. VIII).
- Alessandri L.: *Bilateral double pelvis and ureter with anomalous opening of the superior left ureter into the urethra* (Surg. Gynec. and Obst., 47:111-114, 1928).
- Ballenger, Elder and Mc Donald,: *Urethral ectopic ureter from hydronephrotic half of double Kidney* (J. A. M. A., 95:257-259, 1930.)
- Bazy.: *L'hydronéphrose* (Enc. Franç. d'Urologie, t. III, p. 133-182). Doin, Paris, 1914.
- Bugbee and Losse. *The Chirurgical Significance of Congenital Anomalies of the Kidney and Ureter* (Surg. Gynec. and. Obst., 28:97, 1919).
- Bumpus H. C.: *Report of a case of duplication of the renal pelvis and ureter, with extravesimal opening of one ureter resulting in hydronephrosis of the upper pelvis and hydroureter* (Med. Clin. N. Amer. 7:141-50, 1932).
- Burghee T.: *Contributions á l'étude des anomalies reno-uretérales* (Lion chirurgical 1933).
- Cadoré F. L.: *Les anomalies congénitales du rein chez l'homme.* (Thèse de Lille, 1903, No. 144).
- Campbell M. F.: *Congenital Bilateral Ureterovesical Junction Stricture in Infants and Childern* (J. Urol, 26:529, 1931).
- Campbell M. F.: *Cronic Urinary Infection in Infants and Childern* (J. A. M. A., 99:2231-2234, 1932).

- Cristian E. și Popescu-Buzeu.: *Anomalii reno-ureterale*. București 1930.
- Draget.: *Les anomasies pyélo-uretérales congénitales et leurs conséquences chirurgicales (Rapport á la XXXVI-e session de l'Association Francaise d'Urologie, Paris 1936)*.
- Deming C. L.: *Ectopic vaginal ureter (Surg. Gynec. and Obst., 62:843-851 1936)*.
- Dossot.: *Les abouchements extra-vesicaux de l'uretère (Arch. Urol. de la Clin. Necker, 6:133-164, 1928)*.
- Duval et Grégoire: *Pathogénie et traitement des hydro-néphroses. (Rapport á la X-e session de l'Association Francaise d'Urologie, Paris, 1907)*.
- Foley F. E.: *An anomalous extra-vesical origin of ureter (Minnesota Med., 13:158-162, 1930)*.
- Gérard.: *Les anomalies congénitales du rein (J. de l'ant. et physiol., 41:241-411, 1905)*.
- Gutierrez R.: *Anomalies of Kidney. Hydronephrosis. Movable Kidney. Injuries of the Kidney (In Hugh Cabot's Modern Urology, 1936)*.
- Gutierrez R.: *Surgical aspect of renal agenesis, with special reference to hypoplastic Kidney, renal aplasia and congenital absence of one Kidney (Arch. Surg.: 27:686-735, 1933)*.
- Gutierrez R.: *Ectopic Pelvic Kidney and Surgical Treatment of Renal Anomalies (Discussion. J. A. M. A., 106:199-201, 1936)*.
- Gutierrez R.: *Role des anomalies du rein et de l'uretère comme causes d'affections chirurgicales (Rapport á la XXXVI-e session de l'Association Francaise d'Urologie. Paris, 1936)*.
- Haslinger.: *Muendung eines Hydro-Pyoureteres bei Doppelureter diagnostiziert Nephroureterektomie (Heilung. Ztschr. f. Urol. Chir., 25:367-278, 1928)*.
- Herbst and Polkey.: *Ectopic ureteral openings report of a case (J. Urol., 17:61, 1927)*.
- Judd E. S.: *Supernumerary and single ureters opening extra-vesically (Surg. Gynec. and Obst. 27:13-18, 1918)*.

- Legueu and Papin* : De la dilatation permanente des orifices ureteraux et du reflux vésico-renal (Arch. Urol de la Clin, de Necker Vol. I. fasc. 4).
- Lepoutre and Berthelot* : De l'abouchement de l'uretère dans l'urètre prostatique (Arch. de mal. d. reins. 6 : 310—342, 1931).
- Laffitte* : Urétérocèle compliquée (Rap. á la XXXVI-e session de l'Association Francaise d'Urologie. Paris 1936).
- Marion F.* : (Traité d'Urologie, ed. II. t. I. p. 418—446) Masson et Cie, Paris, 1928).
- Papin E.* : Anomalies congenitales du rein et l'uretère (Encycl. frac. d'Urol., 3 : 227—322 ; 1 : 366—506) Doin, Paris 1914.
- Papin E.* : (Chirurgie du rein) Paris, Doin, 1928.
- Perrin* : Ptose rénale et troubles mécaniques du fonctionnement intestinal. (Rapport a la XXXVI-e session de l'Association Francaise d'Urologie. Paris, 1936).
- Rathbun* : Diverticulum of the Ureter (J. Urol, 117 : 329, 1927).
- Samuels* : Kern and Sachs. Supernumerary Kidney with ureter opening into vagina. Embryology ant report of case. Surg. Gyn. and obst., 35 : 599, 1922).
- Sargent* : Ureteral ectopia (J. Urol. 23 : 357—376, 1930).
- Țeposu E.* : Sur cinq cas de reins en fer á cheval diagnostiqués par pyélographie (Rapport á la XXVVI-e session de l'Association française d'Urologie, Paris 1936).
- Todorofiu I.* : Anomalii renale. Teză No. 8. Cluj, 1929.
- Uteau* : Rein unique avec néphrite hématurique. (Rapport á la XXXVI-e session de l'Association Française d'Urologie Paris 1936).