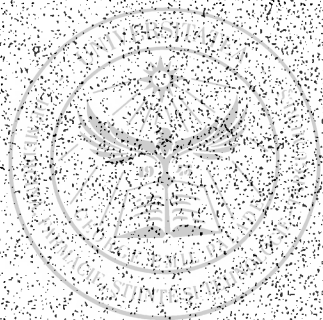




MAGDA IOAN

TUBERCULOZA RENALĂ.

TEZĂ

PENTRU DOCTORATUL ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută
în ziua de1940

DE

IOAN MAGDA.

Jurinel de promovatie:

Președinte: Dr. Emil Teșosu

Membru: Dr. Valeriu Bologa

Dr. Ioan Goia

Dr. Alex. Pop

Dr. Marinus Sturza

Supleant: Conf. Dr. Ioan Gavruta

PĂRINȚILOR MEI-

dragoste fiiască pentru sacrificiile
făcute de a-mi da o carieră.

Lui NENEA EMIL- recunoștință pentru
bunăvoința și sprijinul dat.



Moșului, bunicii, unchilor, mătușilor,
fraților, sorei, verilor și tuturor ru-
delor- iubire în toate împrejurările.

ONORATULUI JURIU DE PROMOTIE-
respectuoase omagii.

I N T R O D U C E R E .

Problema tuberculozei renale formează un capitol important în cadrul fiziologiei generale, fiind considerată din punct de vedere social tot atât de primejdioasă ca și tuberculoza pulmonară. Pentru patologia aparatului uro-genital prezintă, în același timp, o importanță covârșitoare, în urma frecvenței deosebite și a consecințelor grave ce le are în acest sistem de organe.

Tuberculoza renală - ca dealtfel întreg concernul patologiei tuberculozei în general - cu descoperirea bacilului Koch, s'a crezut o problemă definitiv soluționată. Astăzi însă, cu cunoașterea unor noi noțiuni de bacteriologie/ultravirul, etc./, ca și cu apariția unor noi mijloace de diagnostic/ explorarea radiologică, etc./ - multe din cunoștințele noastre suferă modificări, unele dispărând, iar altele luându-le locul și întregind pe cele vechi, lărgind zi de zi orizontul capacității noastre de interpretare.

În afară de leziunile cunoscute ale bacilului Koch, fără îndoială că există o serie de stări patologice considerate anterior drept faze prebacilare, dar care în realitate probabil că sunt stadii tuberculoase, datorite acțiunii virusului filtrant sau celorlalte forme morfologice intermediare pe care le îmbracă agentul patogen al tuberculozei.

Astfel, în modul acesta, în materie de patologie renală, am putea afla explicația multor cazuri de debilități renale, albuminurii, piurii, etc., cari în aparență ar fi fără cauze determinante.

În perioada noastră, fără a avea cunoștințe complete și definiții asupra tuberculozei în general și a tuberculozei renale în special, orice mic aport de lumină în această direcție, ne va permite nouă și generațiilor viitoare o mai perfectă pătrundere a acestei probleme, obscură

încă în multe privințe, deși în materiele de tuberculoză renală mijloacele de diagnostic și de explorare sunt din ce în ce mai multe și mai eficace, totuși problema patogenică, dacă nu ne scapă cu desăvârșire, e încă foarte neclară. Poate noțiunea polimorfismului bacilului Koch /Pontes/ sau cea a ultravirusului /Calmette/ vor putea face lumină cu timpul și în acest teren plin până astăzi de ipoteze.

După această scurtă introducere, în cele ce urmează voi căuta să prezint în rezumat, concis și schematic, problema tuberculozei renale sub toate aspectele ei cunoscute până în prezent. În acest mod, voi reda, după cât va permite spațiul, pe scurt, toate noțiunile ce există astăzi asupra etiologiei, patogeniei, simptomatologiei, anatomiei patologice, evoluției, diagnosticului, complicațiilor și tratamentului tuberculozei renale, tot atâți factori cari tind mai mult sau mai puțin să dea interpretarea cea mai apropiată de adevăr.

E T I O L O G I E S I P A T O G E N I E .

Cauza determinantă a tuberculozei renale este bacilul Koch. Dar, în producerea acestei afecțiuni numai noțiunea de infecție nu e de ajuns. Sunt alți factori cari intervin și ei, făcând ca problema etiologiei în tuberculoza renală să fie destul de complexă.

Între aceștia distingem:

Frecvența. Între anii 1921-1931 din totalul nefrectomiilor făcute în serviciul prof. Jacobovici pentru diverse afecțiuni renale, 49,6% au fost făcute pentru afecțiuni cu caracter tuberculos. Deasemenea, în afecțiunile supurative ale rinichiului, constatăm că baciloza renală constituie cauza cea mai frecventă. După Marion, într'un serviciu de urologie, tot al cincilea bolnav e un bacilar renal.

Vârsta. Aproape toate statisticile prezintă frecvența maximă a tuberculozei renale între 20-40 ani. Sub 10 ani și peste 50 ani ea este foarte rară. La copiii sub vârsta de 10 ani se consideră ca făcând parte, în majoritatea cazurilor, dintr'o granulie generalizată. Spre anii pubertății se observă o parecare frecvență evidentă, totuși maximum se atinge între

anii 20-40.

Sexul. După datele de necropsie, baciloza renală ar fi mai frecventă la sexul bărbătesc. În clinică însă, se observă o frecvență mai mare la femei, probabil că se diagnostichează mai simplu, prin ușurința cateterismului ureteral. Nu e însă mai puțin adevărat, că femeile în general sunt mai puțin rezistente față de infecție. Dăm în cele ce urmează datele obținute de diferiți autori în ceea ce privește frecvența afecțiunii la sexul feminin: Albaran 72%, Legueu și Israel 66%, Hogge 60%, Illyes 54,7%, etc.

Partea afectată. În marea majoritate a cazurilor e interesat un singur rinichi și anume cel drept. Nu rareori însă procesul este bilateral, deoarece rinichiul afectat elimină toxine, cari produc congenerului său o nefrită toxică, diminuându-i rezistența și făcându-l să devină astfel și el tuberculos.

Bilateralitatea. În sălile de autopsie bilateralitatea este de 70% după Kümmel și Nujama, mai mică ceva după alți autori. După Falci e mai frecventă la copii decât la adulți.

Alte localizări. Tuberculoze fiind o afecțiune metastatică, focarul tuberculos renal e rar primitiv. De obicei e secundar, infecțiunea provenind de la un focar stins din organism, dar care moarește sub masca unei sănătăți aparente, focar ganglionar, pulmonar, osteo-articular sau genital mai ales la bărbați/.

Sursa de infecție. Binger Rumberg află antecedente familiare în 31,6% a cazurilor. În clinica din Cluj se găsește baciloza în familie numai în 24, din cazuri/ părinți, frați etc./

Prima problemă de rezolvat în patogenia tuberculozei renale este stabilirea căilor prin care agentul patogen ajunge la nivelul parenchimului renal pentru a produce infecția.

În trecut, majoritatea autorilor distingeau două mari căi de infecție: calea ascendentă și calea descendentă, cari dădeau noțiuni vagi asupra direcției ce o urma infecția, dar nu precizau căile anatomice de propagare/ Israel /.

Astăzi se cunosc patru căi principale și anume:

1/ Calea directă: prin contact direct de la un focar bacilar din vecinătate, deci prin continuitate de la un morbul lui Pott, tbc. glandei suprarenale, etc. Această cale de infecție renală e însă rară.

2/ Calea hematogenă sau metastatică: e azi aproape unanim recunoscută ca cea mai frecventă, presupunând în prealabil o bacteriemie tuberculoasă. Agenzii patogeni aflați în organism și fixați în diferite organe /focar/ invadează la un moment dat în torrentul circulator și pe cale sangvină se localizează metastatic în organele cu circulație lentă dar activă/ pulmoni, rinichi /. La nivelul parenchimului renal ei se fixează pe ansele glomerulare sau pe ramurile fine ale arterelor intertubulare, sub formă de mici emboli. cari reprezintă apoi focare primitive de infecție. Infecția hematogenă este favorizată de o serie de împrejurări adjuvante, cum ar fi de exemplu: congestia organului, staza urinară, traumatismele, răceala, etc.. cari toate diminuează mai mult sau mai puțin forța de rezistență a rinichiului și-l predispun la infecția bacilară.

Experimental. s'a putut realiza tuberculoza renală prin injectarea bacililor. pe diferite căi, în torrentul circulator.

3/ Calea limfatică sau retrogradă. susținută de Mendelso. Brongersma. iar la noi de prof. Ștefănescu-Galați. După acești autori. infecția vine din cavitatea toracică sau abdominală retrograd. pe cale limfatică. la ganglionii lombo-aortici iar de aici se propagă înspre bazinet și substanța medulară, unde se produc primele focare, tbc. ulcero-cavernoasă/

Opore deosebire.. în infecția hematogenă corticala e prima localizare a bacilului Koch.

Prof. Ștefănescu-Galați admite infecția pe cale digestivă/elementele ganglionare din intestin/. de unde se continuă prin limfatice la ganglionii corespunzători mezenterici și de aici la cei ai hilului renal. S'a descris mai ales la copii.

4/ Calea urinară sau ascendentă e cea mai veche cale cunoscută. dominând multă vreme patogenia tuberculozei renale. Infecția își are sursa într'un focar inferior al căilor urinare / vezică, prostată, epididim, etc. / și se propagă ascendent spre rinichi. de-a lungul mucoasei ureterelor. prin intermediul limfaticilor ureterale sau prin torrentul de reflux vezico-renal/ favorizat de alterațiuni ale orificiilor ureterale, stază urinară, mărirea tensiunii intravezicale, malformațiuni congenitale. etc./. Calea urinară își menține mai ales valoarea sa în cazurile de leziuni grave vezicale.-

Cercetările lui Israel arată că infecția rinichiului sănătos se produce de cinci ori mai frecvent de la rinichiul bolnav decât de la alt focar extrarenal /pulmonar, genital, etc./

În regulă generală, după cum am mai amintit în lucrarea de față, rinichiul bolnav produce congenital sau sănătos, prin toxinele ce le elimină, o nefrită toxică, care-l predispune pentru infecția bacilară.

Tot în cadrul patogeniei, în urma celor scrise până acum, putem răspunde la întrebarea, dacă rinichiul e stadiul inițial sau terminal al unei tuberculoze urinare: cercetările îndelungate au arătat în mod evident, că rinichiul este primul organ afectat în tractul urinar și formează, în consecință, stadiul inițial al bolii. Prin tuberculoza renală primară nu se înțelege că rinichiul e sediul primei localizări de boală în organism, dar că prima localizare în arborele urinar /Israel /.

În rezumat: Localizarea tuberculozei renale, în regulă generală, e unilaterală /important din p. de vedere terapeutic/, infecția se produce în majoritatea cazurilor pe cale metastatică hematogenă, iar propagarea ei urmează direcția urinei.

A N A T O M I E P A T O L O G I C A .

Oricare ar fi mecanismul intim al infecției, leziunile produse de bacilul Koch la nivelul parenchimului renal sunt foarte variate.

Din p. de vedere anatomo-patologic, deosebim un prim grup de leziuni specifice bacilare, care au la bază foliculul tuberculos și care apoi evoluează, urmând filiera leziunilor anatomice cunoscute. În această categorie se descriu: nefrita tbc. foliculară, tbc. miliară, și tbc. masivă renală sau chirurgicală/ cu formele: caliculo-papilară, modulară și ulcero-caseasă/.

În al doilea grup distingem: cazurile de alterațiuni difuze renale, inflamatorii, degenerative și sclerozante, la cari bacilul Koch nu produce leziuni specifice foliculare. Aci avem: nefrita tuberculoasă, nefroza, amiloidoza renală, atrofia granulară, etc.

Nefrita tbc. foliculară descrisă de Bernard, se observă îndeosebi în decursul tbc. renale cronice. Histologic, se constată foliculi tipici

tuberculoși, lipsind foarte adeseori celulele gigante și caseificarea. Macroscopic nu se pot distinge granulații specifice pe suprafața organului.

Tuberculoza miliară apare bilateral. în decursul unei granulii generalizate. Ea are aspectul caracteristic de leziuni mici miliare.

Tuberculoza caliculo-papilară reprezintă una din formele cele mai frecvente și constitue, după Israel, punctul de plecare al formei ulcerocaseoase. Inițial, mucoasa papilei își pierde luciul și forma ovalară suplă. Mai târziu, apar leziuni foliculare, necroze, ulceratii și procese destructive progresive. Îndeosebi înspre substanța medulară.

Tuberculoza ulcerocaseoasă e cea mai obișnuită formă cunoscută în clinică / 52,3% /.

Procesul începe și pornește dela suprafața papilei, pătrunde în profunzime, parcurge întreaga piramidă și ajunge la corticală, pe care o poate perfora, deschizându-se în afară /forma deschisă/.

Rinichiul e micrit de volum, cu suprafața neregulată, iar pe secțiune aproape întreg parenchimul e transformat în caverne pline cu puroiu. Israel, după cum am mai amintit, consideră tbc. papilei și forma ulcerocaseoasă drept faze deosebite ale unuia și aceluiași proces.

Tuberculoza nodulară e mult mai rară. Interesează corticala și apare sub forma de noduli, rinichiul prezentând o suprafață neregulată, cu ridicături de formă rotundă sau ovalară, de mărimi ce variază dela un vârf de creion sau o gălălie de ac la o cireșcă. Pe secțiune au o culoare albă-cenușie. Cu timpul, ei se caseifică, iar mai târziu se formează ulceratii și caverne cu puroiu, cari se deschid în bazinet. Uneori, nodulii nu se ramolesc, ci se calcifică, prin depunere de săruri de calciu, dând așa numitul "rinichiu mastic". Spre deosebire de alte forme - forma nodulară are o tendință mai mică la ramolire și supurație.

Ea reprezintă prin excelență tipul tbc. renale produsă pe cale hematogenă și închisă primitiv.

În nefrita tuberculoasă s'a pus problema dacă bacilii pot trece prin rinichi fără a produce leziuni la acest nivel. Părerile autorilor sunt foarte variate și până în prezent nu avem nimic cert în această privință. Unii susțin posibilitatea baciluriei fără producere de leziuni, iar alții cred acest lucru ca fiind imposibil.

În general, din punct de vedere anatomo-patologic, majoritatea autorilor revăd frecvența mare a formei plăcero-cavernoase-lucru constatat și de statisticile clinice din Cluj/ 52,34/

S I M P T O M A T O L O G I E .

Tabloul clinic al infecției bacilare renale se prezintă foarte variat, iar simptomele boalei stau în strânsă legătură cu evoluția leziunilor.

În studiul simptomatologiei distingem: o fază inițială, de debut și o altă fază în plină evoluție, ceea ce din punct de vedere diagnostic și terapeutic prezintă o importanță covârșitoare.

A/ FAZA ÎNIIALĂ trezește în noi prezunția boalei și se manifestă prin fenomene instabile, ce ușor ne pot induce în eroare.

Fenomenele fazei de debut sunt de ordin: general, local și urinar.

1/ Simptomele generale se traduc prin alterarea stării generale: inapetență și slăbire treptată, scădere în greutate, oboseală, diminuarea forței de lucru, subfebrilitate, etc. Uneori însă ele pot lipsi.

2/ Între semnele locale predomină durerea renală, sub forma de colici sau dureri profunde în lojele renale, accentuate la mișcare.

3/ Tulburările urinare se manifestă prin poliurie pasageră/congestia organului/, urină decolorată, opalescentă și acidă, cu pierderea aspectului luminos / semnul lui Bazy /. simptom întâlnit aproape întotdeauna și foarte caracteristic. Urina împrumută culoarea de "zeamă de varză".

Alteori, avem albuminurie/ fără cilindrii /, care nu-și justifică cauza sau discrete hematurii, spontane și totale.

Tulburările în micțiune sunt și ele frecvente și se traduc prin disurie, polakiurie, dureri și usturime dealungul uretrei și în timpul micțiunilor.

B/ Deseori tbc. renală rămâne complet latentă, până să se manifeste deodată brusc, cu tabloul clinic al LEZIUNILOR ÎN FAZA EVOLUTIE, caracterizat printr-o triadă simptomatică: 1/ polakiurie nocturnă, 2/ dureri la micțiune și 3/ piurie, deci o simptomatologie cistalgică /Papin/.

În majoritatea cazurilor, în plină boală, aceste semne sunt prezente, altele se instalează însă o serie de simptome variate, cari predominând tabloul clinic pot înlocui sau masca simptomatologia tipică/hematurie, colici renale, febră etc./ . Din această cauză se descriu mai multe tablouri clinice de baciloză renală.

1/ Polakiuria nocturnă e cel mai constant simptom și foarte adesea constituie semnul inițial al boalei. Ea e datorită fenomenelor congestive renale la început, reno-vezicale mai pe urmă, când intervin și leziuni din partea vezicii urinare.

2/ Durerile la micțiune, datorite leziunilor vezicale, pur inflamatorii inițial, specifice mai târziu, apar odată cu leziunile colului.
/ Guyon /.

3/ Piuria completează triada simptomatică. Discretă la început, devine evidentă cu timpul, urina își pierde luciul și apare mată/ semnul l. Bazy /, iar într-o perioadă mai avansată net purulentă și tulbură dând un sediment de puroiu gros. Prin faptul că tot timpul își păstrează reacția acidă, vom deosebi piuria bacilară de celelalte piurii. În puroiul din sediment putem pune în evidență bacilul Koch, prin colorația Ziehl-Neelsen.

Durerea în loja renală sau pe traectul ureterelor nu e un simptom constant și caracteristic pentru baciloză renală. Totuși, unii bolnavi au cauză oarecare jenă și durere la acest nivel.

Hematuria e prezentă microscopic îndeosebi, cu toate acestea nu intră în simptomele esențiale ale afecțiunii. În unele cazuri, hematuria reprezintă -după cum am văzut deja- primul semn revelator al bacilozei renale, constituind așa numita "hemoptizie renală premonitorie". Dar se văd și forme clinice hematurice ale tbc. renale, când hematuria domină întreg tabloul clinic, impunând un tratament operator de urgență.

Albuminuria de obicei e falsă, fiind de origine hematurică și dând reacții slab pozitive. În tbc. există însă și o adevărată albuminurie, pusă în evidență după centrifugarea urinei, când reacția pentru albumină nu mai este datorită hematiilor. Ea se caracterizează prin lipsa hematiilor și a cilindrilor, spre deosebire de cea din nefroză.

Poliuria e un simptom de mai mică importanță, dar e fervent și precoce. Se datorește scăderii capacității de concentrare a rinichiului bacilar și indică nefrita ce se asociază tuberculozei. E prezentă de predilecție noaptea.

Anuria se observă ca un semn terminal în evoluția afecțiunii și e consecința destrucțiilor grave ale parenchimului renal în leziunile bilaterale.

Incontinenta de urină frecventă la copii, însoțește polivria inițială și e atribuită unui reflex reno-vezical. Cea tardivă e urmarea leziunii vezicale, cu scleroză și destrucția sfincterelor.

Retenția de urină a fost relevată de Papin.

Starea generală la început puțin alterată, în plină evoluție devine treptat mai rea, bolnavii se resimt de pe urma insomniei, iar în stadiul final termină prin cașexie extremă.

În ceea ce privește debutul, baciloza renală poate să înceapă cu oricare din simptomele principale, izolate sau grupate între ele mai mult sau mai puțin caracteristic.

Marion distinge:

Debut prin tulburări vezicale, cu fenomenele unei cistite acute, inducând în eroare pe medic, care tratează bolnavii în consecință.

Debut prin dureri renale: în formă de colici sau surde.

Debut hematuric sau ceea ce numim noi hemoptizia renală premonitoare și despre care am mai amintit la timpul său.

Debut prin pielonefrită / cu febră și fenomene renale /. Debut prin polivrie clară, debut prin albuminurie, etc., etc.

Cât privește boala constituită, așa cum se prezintă la consultații bolnavii după 1-2 ani de la debut, ea se caracterizează printr-o asociație de simptome, cu sau fără predominanța unuia din ele.

Astfel se descriu: forma comună a bacilozei renale, cu fenomene vezicale tipice, forma reno-vezicală, dacă primei îi se asociază și dureri renale, forma pielonefrotică, cu fenomene vezicale, dureri renale plus febră, forma hematurică, în care hematuria macroscopică și totală predomină fenomenele vezicale, forma tumorală când tumora din loja renală se poate palpa și pune în evidență prin explorări instrumentale, forma de nefrită cronică, etc.

Evoluția variază foarte mult dela caz la caz. Acută sau supra-acută la unii, poate ajunge în câteva luni la destrucții de proporții mari. În majoritatea cazurilor însă, ea prezintă o evoluție cronică și progresivă, întreruptă de perioade de remisiune, cu ameliorarea stării generale, dispariția fenomenelor reno-vezicale și clarificarea urinei, dând aspectul unei vindecări aparente.

De aceea, orice afecțiune renală cu evoluție lentă și bizară, cu perioade de puseuri acute, cari se succed după faze de remisiune și invers, să fie pentru noi semnul eclatant al unei tuberculoze renale!

Mai rar, s-a mai descris o formă specială de evoluție cu infecție secundară supra-adăugată—îndeosebi cu bacilul coli—care modifică complet evoluția lentă a boalei.

Durata afecțiunii e greu de stabilit, deoarece nu putem cunoaște niciodată durata perioadei de latență a ei. Cele mai lungi antecedente au atins 7-le ani, iar cele mai scurte au fost de 6 săptămâni. În medie, bolnavii se prezintă în serviciul spitalicesc cu antecedente de 1/2-2 ani.

Sfârșitul e fatal, căci cei afectați și la cari ajutorul medicului nu mai poate face nimic, termină prin capexie extremă, uremie, tbc. miliară, meningită bacilară.

Problema vindecării spontane a bacilozei renale a fost obiectul la o serie întreagă de cercetări.

O vindecare în sensul anatomic al cuvântului pare imposibilă, excepție făcând doar cazurile patologice în stadiul inițial, când leziunile sunt foarte reduse și nu comunică cu bazinetul și cari apoi se sclerozează și se calcifică.

Dar leziunile renale net bacilare, confirmate prin observație clinică și lucrări de laborator, nu pot fi susceptibile de o vindecare spontană și definitivă. Literatura medicală nu cunoaște asemenea cazuri. Toate cazurile descrise ca vindecate, în consecință nu sunt altceva decât simple remisiuni pasajere sau se datoresc excluderii rinichului bolnav prin anumite cauze patologice/hidronefroza/, ca și atrofiei lui.

În urma acestor considerațiuni clinice și anatomo-patologice reiese că tbc. renală, în regulă generală, nu poate fi vindecată cu mijloacele conservative cunoscute până azi.

C O M P L I C A T I I .

Complicațiile bacilozei renale sunt foarte frecvente. Intre acestea infecția supra-adăugată este una dintre cele mai des observate, mai ales la femei. Ea este complicația care dă lovituri de biciu evoluției și determină pe bolnavi să apeleze la ajutorul medical. Infecția celuilalt rinichi reprezintă o complicație de temut, deoarece e fatală. Ea are loc probabil tot pe cale sangvină, fiind favorizată de nefrita toxică, dar nu sunt excluse nici calea limfatică sau cea ascendentă în anumite împrejurări/ reflux vezico-renal/

Dar infecția tuberculoasă se mai poate propaga în jos. la căile urinare inferioare, afectând vezica, prostata, veziculele seminale, epididimul sau focarul renal să perforeze în vecinătate, în cav. abdominală, în intestin și ducând astfel la o moarte sigură.

Prin intoxicațiile grave de ordin general alterează profund starea generală și puterea de rezistență a bolnavului.

D I A G N O S T I C .

Este unul dintre cele mai complexe diagnostice din domeniul chirurgiei, atât ca mizire, cât și ca mijloace de realizare.

Mizirea diagnosticului în baciloza renală este mai întâiu de a pune în evidență natura bacilară a rinichiului bolnav, iar în al doilea rând de a stabili integritatea anatomică și funcțională a rinichiului de partea opusă.

Mijloacele de diagnostic sunt multiple, dar tocmai multiplicitatea lor e o dovadă de insuficiența fiecăruia în parte. Intre mijloacele de diagnostic întrebuințate în clinica urologică amintim mai jos următoarele: mijloace clinice/anamneza și examenul local/, examenul de laborator/exam. urinei, sângelui și constanta lui ambară/, examenul instrumental/sondajul vezicii, cistoscopia, cromocistoscopia, cateterismul ureteral/, examenul radiologic radiografia simplă, pielografia ascendentă și pieloscopia, urografia intravenoasă, cistografia, lombotomia exploratoare și inocularea la

cobai

să le luăm pe rând.

Antecedentele de baciloză în familie constituiesc un indiciu important.

Caracterul simptomelor urinare și îndeosebi asociația lor în triada simptomatică/polakiurie, dureri la micțiune și piurie/, adesea ne pune pe calea diagnosticului.

Examenul palpator al rinichiului ne oferă mai puține informații. Uneori, putem pune în evidență un rinichi mărit și sensibil, precum și o sensibilitate exagerată pe traectul ureterelor, dar acestea nu constituiesc semne tipice, deoarece sunt prezente și în alte afecțiuni renale.

Urina formează unul din elementele cele mai importante în stabilirea naturii bacilare a afecțiunii. La început ne atrage atențiunea poliuria clară, mai apoi urinale opalescente ce și-au pierdut luciul și îndeosebi urinale purulente, de reacție acidă. La fel, prezența unei discrete albuminurii, fără substrat histologic, ca și confirmarea microscopică a piuriei, cu prezența de leucocite diformate/semnul lui Colombino/ și lipsa de microbi la colorațiile simple. Siguranța diagnosticului o dă însă numai punerea în evidență a bacilului Koch în urina prelevată în mod steril. Însă prezența bacilului în urină este în funcție de forma anatomică a bacilozei, ca și de perioada în care facem exam. bacteriologic: într-o tbc. deschisă și la începutul afecțiunii vom găsi bacili în abundență; în formele închise și în perioadele terminale, ei sunt foarte rari sau chiar pot lipsi. Spre sfârșitul evoluției, în cavernele purulente, forma acido-resistentă are tendința să dispară, fiind înlocuită cu forma granulară.

În laborator, se face colorația Ziehl-Neelsen/fuxină fenicată/ al unui frotiu făcut din sedimentul unei urine sterile, după ce în prealabil s'a executat omogenizarea sedimentului prin unul din metodele cunoscute. În clinica din Cluj s'a găsit bacil Koch în 67% din cazuri.

Inocularea la cobai nu mai prezintă azi o siguranță absolută ca în trecut, deoarece cobaiul ar putea fi infectat și din altă sursă. Chiar și în cazurile cu baciloză sigură, rezultatul e pozitiv abia în 50% a cazurilor. Pentru depistarea leziunilor produse de bacili aviari. ne vom folosi de inocularea la iepuri, mult mai sensibili pentru această categorie de bacili.

Însămânțarea pe mediul Löwenstein-Sumyoshi e foarte simplă, mai sigură și mai de scurtă durată decât inocularea la animale. Făcând raclajul

precoce al culturii, uneori în ziua a 8-a dela însămânțare. putem pune în evidență bacilul Koch.

Proba de diluție și de concentrație servește la determinarea funcțiunii globale a rinichiului. Cât timp unul din rinichi e normal, proba dă rezultat normal; în leziunile bilaterale, proba suferă modificările din nefroză.

Proba P.S.P. are al bază, ca și prima probă, funcțiunea cardio-renală

Dintre metodele cari caută să verifice funcțiunea renală din compoziția sângelui, ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~, amintim ca mai uzitate dozarea ureii și dozarea azotului rezidual din sânge.

Dar o metodă care ține cont, în același timp, atât de compoziția sângelui, cât și de cea a urinei este constanta ureo-secretorie a lui Ambard. Ea rămâne normală sau urcă ușor $0.070-0.0120$ în cazul unui singur rinichi bacilar, dacă celălalt funcționează ireproșabil. Limita operabilității este la 0.150 .— În privința ei, școala clujeană are convingerea că, exceptând cauzele de erori, constanta e une din cele mai sensibile metode în sesizarea dezechilibrului în funcțiunea globală a rinichilor. În toate cazurile de baciloză bilaterală, ea a întrecut valoarea de $0.100-0.120$.

În continuare, rolul de a localiza afecțiunea îl au în special, examinările ce urmează.

Sensibilitatea vezicii la sondaj pledează pt. afectarea specifică a ei.

Cistoscoopia aduce contribuții enorme în precizarea diagnosticului și în special în sensul de a pune și indicația operatoare. Ea ne va informa asupra stării anatomice a mucoasei vezicale, asupra stării anatomice și funcționale a orificiilor, ca și asupra calității urinei ejaculate, constituind ceea ce se numește tablou cistoscopic, care în tbc. renală variază de la caz la caz, fiind în raport cu gradul de leziune al rinichilor.

Inițial, tabloul cistoscopic poate fi normal. Mai târziu, pe mucoasa vezicală apar leziuni nespecifice/hiperemie și pierderea desenului vascular normal, edem bulos, etc.: tablou de cistită banală/ și specifice: tuberculi și ulceratii bacilare. Tuberculi apar ca niște mici ridicături galbene, în jurul orificiului ureteral al rinichiului interesat și trec apoi în formă de evantai și cuprind și restul mucoasei, în special trigonul. Din topirea lor rezultă ulceratii, mici, circulare, cu un halou roșu. Si ele se desvoltă la nivelul și în jurul orificiului ureteral al rinichiului

în cauză. Meatul orificiilor ureterale ulcerate are aspectul crateriform, alteori e mascat. Jetul de urină diminuat într-o perioadă intermediară, în stare avansată urina se elimină prelingându-se.

Cromocistoscopia, cu ajutorul sol. de indigocarmină, ne ajută la formularea diagnosticului, deoarece chiar și în formele incipiente secreția ei întârzie de partea afectată, iar în cazurile cu destrucții mari, ea poate lipsi.

Cateterismul ureteral constituie partea fundamentală în diagnosticul tbc. renale: separarea urinelor servește la dg. propriu zis, dar și la determinarea capacității funcționale a fiecărui rinichi în parte.

Urina obținută din partea bolnavă va fi tulbure, purulentă. Microscopic, va prezenta leucocite diformate/semnul lui Colombino/ și bacilul Koch. Cât privește examenul funcțional, el servește în primul rând diagnosticul propriu zis, iar de altă parte indicația operatoare. Tot cateterismul ureteral bilateral servește și ca act preliminar pentru pielografia ascendentă.

Examenul radiologic este unul din metodele de investigație care ne dau indicii foarte prețioase în depistarea bacilozei renale.

Radiografia simplă ne poate pune în evidență o umbră renală mărită, micșorată sau diformată, după caz. Aceste imagini apar mai evidente dacă se recurge la insuflația colonului și la insuflația perirenală. Când e pozitivă, radiografia e capabilă singură să localizeze afecțiunea într-un caz dat, iar completată cu constanta, să pună chiar indicația operatorie.

Pielografia ascendentă aduce servicii mult superioare celor aduse de radiografia simplă. Imaginile pielografice variază însă mult după forma anatomică a tbc. renale. În general, ele pot avea aspect normal, deformația calicelor în formă de "conopidă" sau imagine "roasă de molii", deformația bazinetului sub formă de "verticalizarea lui", imagine de "măciucă" în caz de rinichi mastic, cavități în formele cavernoase, etc. Ea se poate face numai în cazul când cateterismul ureteral e posibil.

Pielografia intravenoasă, cel mai nou mijloc de explorare urologică, elucidează cazuri cari scapă mijloacelor de investigație amintite. Prin ea, se poate obține imaginea întregului arbore urinar, de aceea adoptăm și noi denumirea de "urografie". Dintre imaginile ce le poate da, menționăm pe acelea în formă de "conopidă" ale calicelor, bazinetul verticalizat, ureter în cordon, precum și imagini cavitare în tbc. ulcero-cavernoasă.

EA mai are avantajul de a da o imagine și de nefrografie, prin împregnarea parenchimului renal cu substanța radioopacă. Astfel, imaginea renală devine mult mai aparentă decât la radiografia simplă.

Lombotomia exploratoare e un procedeu de diagnosticare mult mai puțin uzitat decât celelalte, deoarece se execută mai greu.

Din complexul mijloacelor de diagnostic expuse până aici, nu le vom aplica pe toate asupra aceluiași caz. Sub raport practic, distingem 1/ probe obligatorii pentru toate cazurile: probe comune/exam. clinic, exam. urină globale și controlul funcțiunii renale globale/ și 2/ probe speciale, adevărat urologice/cistoscopia, cateterismul ureterelor și pielografiile/.Aplicarea practică a acestora din urmă, într'un caz dat, variază aproape paralel cu stadiul de evoluție al afecțiunii.

În fixarea diagnosticului, vom ține cont întotdeauna de considerațiunile de mai sus.-

T R A T A M E N T .

Tratamentul bacilozei unilaterale este condus de un sănătos principiu enunțat pentru prima dată de Albarran: "diagnostic precoce, nefrectomie precoce". În acest caz deci, procedeu chirurgical e o noțiune clasică și se impune cu autoritate, nefrectomia fiind deja unanim recunoscută ca singurul mijloc de vindecare radicală în tuberculoza renală.

Persistența organului bolnav, contaminează vecinătatea și mai ales rinichiul congener și foarte frevent vezica, de unde infecția poate trece cu ușurință și la organele vecine ei/prostată, epididim, etc./

Tratamentul medical e rezervat cazurilor inițiale nepurice/până se precizează dg./, în cazurile de bilateralitate ale afecțiunii și când intervențiunea operatorie e contraindicată. Deasemenea în stările postoperatorii, pentru remontarea bolnavului.

În perioada de prezumție, vom face decongestionarea rinichiului prin comprese reci, apoi vom administra calciu și vitamine. Postoperator, pentru ca bolnavul să-și recâștige forțele pierdute și să revină la normal, prescriem regim adecvat cu supraalimentare, calciu, vitamine, aeroterapie, helioterapie, raze ultraviolete, etc.

condițiunile esențiale pentru a se putea executa nefrectomia - declarată ca intervenție de elecție în baciloza renală-sunt următoarele:

- 1/ diagnostic precis de tuberculoză renală.
- 2/ procesul să fie unilateral,
- 3/ integritatea funcțională a rinichiului opus.

Dacă se respectă aceste condițiuni, nefrectomia este o operație lipsită de gravitate și cu rezultate excelente. Sunt cazuri/Marion, Papin/ de bilateralitate, când totuși se poate face nefrectomia asupra rinichiului mai grav lezat, celălalt preluând întreaga funcțiune depurativă, stabilindu-se o adevărată hipertrofie compensatorie funcțională. Mortalitatea însă e enormă în asemenea cazuri.

Unii autori au preconizat alte intervenții, cari. din nefericire, s'au dovedit a fi mult inferioare nefrectomiei. Astfel, logarca ureterului, pentru a pune rinichiul afectat în repaus și în acest fel să ajute vindecarea; apoi nefrostomia, nefrectomia parțială, etc.

Dacă necesitatea nefrectomiei în baciloza renală unilaterală nu se mai discută, în schimb tehnica de execuție face obiectul multor păreri.

Nefrectomia-după conduita preferată de școala urologică clujeană-se execută printr-o incizie largă lombară, dacă e nevoie cu rezecția ultimei coaste, pentru a obține un larg câmp de izolare a organului lezat.

După îndepărtarea rinichiului bacilar, tartăm bontul ureteral, pt. a-l face inofensiv, ca eventuală nouă sursă de infecție sau prin modificările anatomo-patologice cele poate suferi. În consecință, cel mai rațional lucru este următorul: după ligatura lui, îl cauterizăm cu ajutorul termocauterului, electrocauterului sau a sol. de acid fenic 10%.

Cât privește drenajul, în principiu el ar trebui să fie complet abandonat. Dar, în scopul de a preveni infectarea lojei renale/atmosfera grăsoasă/ sau fistulizarea ei, considerăm drenajul ca un element necesar. În asemenea împrejurări, vom permite drenajul, însă cât mai redus, mai minim, întrebuițând un tub de cauciuc sau de sticlă, pe care îl lăsăm în colțul plăgii timp de 24 sau 48 ore.

Rezultatele din p. de vedere al intervențiunei sunt foarte multumitoare, vindecarea clinică pare a fi în schimb mult mai redusă. Mulți dintre bolnavii operați, deși vindecați chirurgical, continuă să sufere din p. de vedere urologic, prezentând aproape întreg complexul tulburărilor postoperatorii.

Cauza persistenței fenomenelor clinice, în special de tip vezical, rezidă în persistența leziunilor vezicale și mai ales ale ureterului bacilar /Papin/.

Soarta celor operați mai depinde și de prezența altor focare: recidiva la rinichiul opus e frecventă. Alții pot sucomba prin uremie, în urma insuficienței tardive a rinichiului rămas și în sfârșit, meningita pare a fi o complicație destul de deasă în evoluția postoperatorie a acestor bolnavi.

Din totalitatea indivizilor operați de tuberculoză renală unilaterală, aproximativ 70% pot fi considerați ca definitiv vindecați.

Ca încheiere, gândul meu și prinosul meu de recunoștință se îndreaptă către dl. prof. Dr. Emil Teosu, care mi-a făcut deosebita cinste de a-mi prezida lucrarea de doctorat în medicină și chirurgie.

Trumosele și interesantele domniei sale prelegeri ținute în cursul anului V, interesul pentru orice era studentesc-orice problemă ar fi fost ea-, lărga înțelegere și bunăvoința arătată în toate împrejurările, precum și sprijinul dat, fără șovăire, oricâteori studențimea medicinistă se afla la un greu impas, nu le voi uita niciodată. domni

Domnilor profesori din juriul de promoție, ca și celorlalți profesori dela facultatea noastră, cari au contribuit la formarea mea intelectuală și profesională, le aduc viile mele mulțumiri și profundul mea respect. În calea ce mi se deschide de aci înainte, le voi păstra cea mai frumousă amintire.

Colegilor și prietenilor cari m'au înțeles și m'au ajutat- aceeași dragoste și prietenie..

0000000000

C O N C L U Z I U N I :

1/ Tuberculoza constituie una din cele mai frecvente cauze ale supurațiilor renale. Din totalul nefrectomiilor făcute în serviciul prof. Jacobovici, între anii 1921-1931, 49,6% s'au executat pentru afecțiuni cu caracter tbc. Dintre factorii etiologici, sursa familială de infecție joacă rolul principal.

2/ După vârstă, maximum de frecvență îl găsim între 20-40 ani.

3/ Localizarea parenchimatooasă fiind cea mai frecventă, metastaza sangvină pare a fi mecanismul cel mai posibil al localizării bacilozei la rinichi. Totuși și propagarea pe cale limfatică, retrogradă, joacă rol important.

4/ Din punct de vedere anatomic, forma cea mai frecventă e cea ulcero-cavernoasă/52,3% din cazurile noastre/. Calicele și bazinetul sunt aproape regulat afectate. Baciloza renală are tendința la extindere, afectând îndeosebi ureterul, vezica, atmosfera perirenală, etc.

5/ În majoritatea cazurilor, tbc. renală se manifestă prin simptome de împrumut, mai ales vezicale, deși în realitate unele sunt tot de origine reno-ureterală. Forma clinică cea mai frecventă la prezentare e forma reno-vezicală/25,4%/, urmează forma pielonefritică și pielonefrotică/20,3%/, forma hematurică/16,9%/, forma vezicală pură/13,8%/, etc.

6/ Baciloza renală, cu mici remisiuni, are un mers evolutiv, progresiv.

7/ Diagnosticul se bazează în măsură egală pe examenele: de laborator, instrumental și radiologic. Dar dintre toate probele existente, numai punerea în evidență a bacilului Koch are o valoare absolută pt. diagnostic.

8/ Tratamentul bacilozei renale unilaterale, când celălalt e indemn și funcționează bine, este nefrectomia. Ea constă în extirparea rinichiului bacular, ligatura și cauterizarea bontului ureteral și drenare minimă.

În cazurile noastre nefrectomia a dat o mortalitate de numai 6%.

9/ Nefrectomia în tbc. renală dă vindecare definitivă în aproximativ 70% a cazurilor.

Văzută și bună de imprimat.

Decan,

/ss/ Dr. Victor Papilian

Președintele tezei,

/ss/ Dr. Emil Teposu