



PROF. LAMBERTO MORICONI

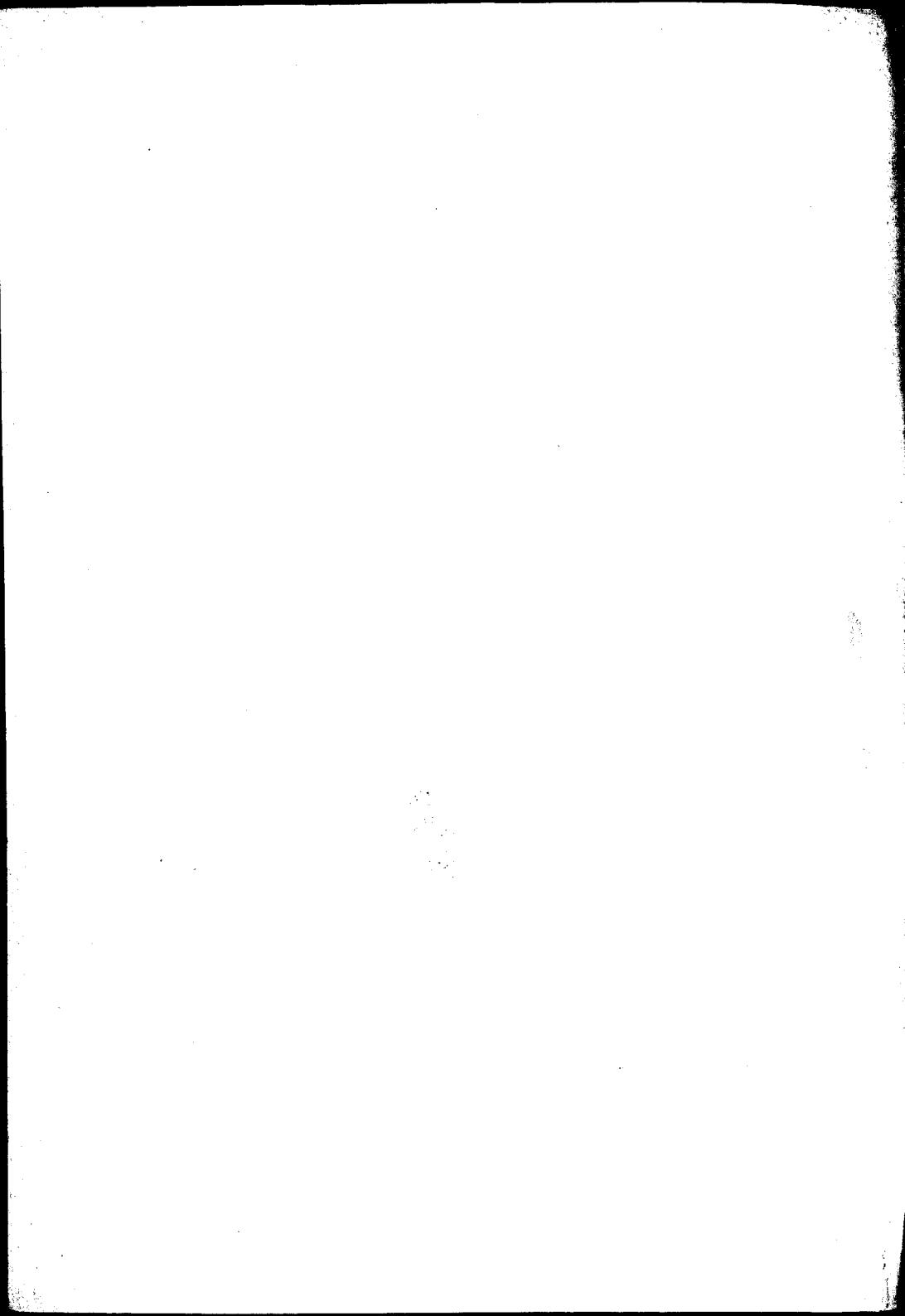
*Libero docente di Patologia chirurgica e di Propedeutica clinica
nella R. Università di Pisa*

ROTTURA DEL RENE

**Contributo clinico: due casi da trauma diretto ambedue,
ma con notevole differenza fra loro nell'entità del trauma
determinante**

(Estratto da "Le Forze Sanitarie,, - Anno VIII . N. 6, del 31 marzo 1939-XVII)





PROF. LAMBERTO MORICONI

*Liberò docente di Patologia chirurgica e di Propedeutica clinica
nella R. Università di Pisa*

ROTTURA DEL RENE

**Contributo clinico: due casi da trauma diretto ambedue,
ma con notevole differenza fra loro nell'entità del trauma
determinante**

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno VII - N. 6, del 31 marzo 1939-XVII)



Trattasi di due giovani di sesso maschile ben conformati, uno di 15 anni e uno di 17, i quali presentando lo stesso quadro clinico (shoc, ematuria imponente, notevole stravaso emorragico della loggia renale e forte dolorabilità del fianco), li ho ambedue operati di urgenza di nefrectomia a distanza di poche ore dal trauma. Il decorso post-operatorio è stato in ambedue buono con guarigione completa dopo un mese dall'intervento.

Il primo l'ho operato nell'Ospedale di Poppi (Arezzo) il 19 maggio 1937 allorchè ero chirurgo direttore di quell'ospedale ed il secondo caso l'ho operato il 17 agosto u. s. nella casa di cura delle RR. Suore Barbantini in Viareggio.

Non farò qui, per brevità di spazio, l'esposizione dettagliata dei casi stessi, esposizione che ho fatto in altra sede.

Riassumerò di essi solamente i dati patogenetici e quelli anatomo-patologici costituiti dai reperti operatori.

Nel primo caso ha determinato la lesione un grave investimento automobilistico nel quale il fianco sinistro è stato maggiormente colpito; nel secondo caso invece il soggetto è scivolato senza alcuna spinta da un basso sedile battendo il fianco in terra su uno spigolo.

Il rene asportato nel primo caso era diviso in più pezzi, quello del secondo caso, pure asportato, presentava una lesione unica completa del parenchima renale.

Agli effetti clinico-terapeutici la lesione del

secondo caso non differiva da quella del primo sia perchè la sintomatologia soggettiva ed obiettiva era pressochè uguale e sia perchè la terapia non poteva che essere la medesima in ambedue, cioè la nefrectomia.

Uguaglianza dunque di lesione ma notevole differenza circa il momento etiopatogenetico.

Riepilogando brevemente l'etiopatogenesi delle rotture del rene noi vediamo che la rottura di esso può avvenire: 1) per causa diretta: il trauma agisce comprimendo violentemente il rene contro le pareti addominali oppure comprimendolo contro la colonna vertebrale; 2) per cause indirette: qual caduta sulle natiche o sui piedi (si avrebbe qui l'azione del contraccolpo); 3) per contrazione muscolare nei rapidi e violenti movimenti del tronco.

I miei casi rientrano certamente nelle rotture da lesione diretta.

E' razionale l'affermare che l'entità della lesione renale è in rapporto diretto, di norma, alla entità del trauma. Ma in pratica tale rapporto esiste sempre? Io posso affermare di no con la documentazione dei due casi clinici sopra esposti che io ho operato e dei quali, ripeto, ho pure potuto avere in ambedue elementi certi circa la entità del trauma determinante la lesione.

Ritengo opportuno premettere a tale constatazione l'importanza di essa agli effetti clinici, specialmente circa la condotta terapeutica da tenersi dal medico pratico prima e poi dal chirurgo consultato, condotta dalla quale può dipendere non solo la vita del paziente, ma anche le complicazioni post-traumatiche a distanza, quali le emorragie secondarie (LE JEMTEL), le idronefrosi

post-traumatiche (AUGER, DOMINICI, DRENNEN, FRANCESCHI, GRECO, ecc.) ed anche le pionefrosi (BERGERET, COLEMAND, PORCILE) ed anche la nefrite traumatica (FINOCCHIARO, CONGET). Oltre le complicazioni suddette di cui ho riferito brevemente debbo ancora accennare alle eventualità dell'insorgenza di un neoplasma nel rene traumatizzato in situ (PELLOUX).

Dunque nel mio primo caso, in cui si è avuta una delle più gravi lesioni renali « spappolamento del rene », vi è stata pure una contusione tra le più violente: « investimento automobilistico battendo il fianco omolaterale della lesione renale sul radiatore di un'automobile in salita da parte del paziente che discendeva un colle in bicicletta »; ma nel secondo caso si è avuta pure una lesione gravissima, « sezione a tutto spessore del rene fino al bacinetto », con una contusione tra le più lievi: « scivolamento senza spinta al suolo di soggetto seduto su un basso sgabello battendo il fianco su di uno spigolo ».

Il trauma è stato certamente diretto anche nel secondo caso poichè il paziente non ha compiuto alcun movimento di difesa ed anche in questo secondo caso non vi è stata alcuna lesione scheletrica costale come ho potuto accettare con la radiografia.

Si potrebbe infatti pensare che in questo ultimo caso la lesione sia stata determinata dai monconi di un'eventuale frattura costale certamente più facile a prodursi della lesione renale col trauma stesso surriferito. Ma, ripeto, la radiografia è stata negativa.

Dunque azione traumatizzante di lieve entità senza alcun accrescimento di essa da cause concomitanti.

Non è il caso di insistere sugli altri elementi clinici diagnostici tra i quali certamente il più importante è l'imponente ematuria macroscopica, elemento diagnostico che assume importanza capitale quando, potendosi escludere, il che non è difficile, una lesione uretrale o vescicale, dai dati soggettivi ed obiettivi si possa anche accettare che il trauma ha agito sul fianco.

Bisogna sempre ricorrere al cateterismo uretrale perchè alcune volte il traumatizzato non orina da sè, come in ambedue i miei casi, e poi anche perchè nel tempo stesso col sondaggio possiamo avere un dato obiettivo sull'assenza di lesioni uretrali. L'ottusità del fianco dovuta a

riempimento di sangue della loggia renale, presente pure in ambedue i miei casi, sempre dato obiettivo di notevole importanza, viene ad assumere il ruolo più importante, così come lo è di solito l'ematuria, allorchè viene questa a mancare sia per strappamento dell'uretere o per intasamento di questo dovuto a coaguli od anche a calcoli preesistenti che ne diminuissero il lume, ed ancora nel caso, che ritengo molto più raro, sia razionalmente che per l'esame della casistica clinica pubblicata, allorchè la lesione del parenchima renale non arrivi in vicinanza di un calice renale.

Veniamo dunque alla terapia che nella clinica deve essere sempre il fine ultimo a cui tende ogni sforzo di chi si assume la cura del malato. Che sia urgente e necessario frenare una emorragia è fuori discussione, ma quando per raggiungere tale intento necessiti pure un intervento operatorio di una certa entità, è pure ovvio che il chirurgo, nell'assumersi tutte le responsabilità del caso, sia convinto della gravità dell'emorragia stessa, gravità che messa sulla bilancia la fa traboccare dalla sua parte.

Tenuto conto di quanto sopra ultimo detto, allorchè venga a mancare la percezione visiva della lesione, come accade nei traumatismi interni, è razionale che il chirurgo debba tener conto dell'entità e delle modalità di esso. E' questo il primo dato che di fronte ad un traumatizzato si ricerca quando è possibile, è questo dato che nel corso dell'esame clinico si cerca di inquadrare nel complesso clinico o meglio direi è su questo dato che si costruisce, potendolo fare, il complesso clinico diagnostico stesso.

Ecco quindi l'importanza di conoscere attraverso la pratica che un traumatismo lieve come nel secondo dei miei casi può portare le stesse conseguenze di uno molto più grave. A questa eventualità ritengo si debba sempre pensare allorchè sussistono ben marcati gli altri dati soggettivi ed obiettivi.

E' per lumeggiare tale eventualità, la cui importanza appare ben manifesta anche per il medico generico, che io ho ritenuto opportuno chiedere anche ospitalità a questo giornale che è di tutti i medici d'Italia per esporre, sia pure sommariamente, i casi clinici surriferiti, il cui esito, come pure ho già detto, è stato ottimo sotto ogni aspetto.



