

La Clinica

DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA
PADOVA

PROF. RAFFAELE PAOLUCCI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
ROMA

REDATTORE CAPO
MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA

G. BASSI e G. SOTGIU

REDATTORI PER LA CHIRURGIA

A. QUIRI e E. RUGGIERI

SEGRETARIO DI REDAZIONE
E. BERNABEO

ANNO SESTO
1939



Su un caso raro di stravaso
sottocapsulare.

DOTT. U. BRACCI
ASSISTENTE

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

Su un caso raro di stravaso sottocapsulare.



DOTT. U. BRACCI
ASSISTENTE

Non vogliamo qui riprendere la interessantissima questione dei « reflussi pielorenali ». È noto e dimostrato che durante le manovre pielografiche il liquido opaco iniettato può passare per cause e meccanismi vari nel parenchima renale e assumere una individualità clinica, spesso sintomatologica, ma soprattutto radiologica ben chiara e diversa a seconda le circostanze. In rapporto appunto a queste diversità di comportamento in un caso o nell'altro, ma che sempre si ripete secondo schemi ormai ben stabiliti, è stata fatta una classificazione dei vari tipi di reflusso.

Dei momenti predisponenti, delle cause efficienti e determinanti, del meccanismo patogenetico d'insorgenza, che variano spesso da caso a caso, ce ne siamo occupati estesamente per ogni tipo di reflusso in un nostro precedente lavoro.

Il solo che ora ci interessa è il reflusso pielosottocapsulare, o per meglio dire lo stravaso sottocapsulare.

È questa una forma molto rara ed i casi illustrati sono pochissimi.

Nell'osservazione di FRANKE si trattava d'una donna di 60 anni, sofferente di dolori a tipo colico della regione renale S., in cui all'esame cistoscopico si rinvenne un calcolo ureterale affacciandosi all'ostio.

All'esame pielografico mentre la pelvi sinistra apparve normale, a destra si ebbe un reflusso del mezzo di contrasto nel fornice e « in maniera propriamente atipica

anche un passaggio del mezzo di contrasto nel punto d'imbocco dell'uretere nel bacinetto ».

Nel secondo radiogramma quest'ombra appariva molto più grande e più larga, giungendo fino al polo inferiore del rene, e si curvava ad arco come se seguisse il decorso della capsula.

Per le caratteristiche di quest'immagine, che non si poteva riportare ad altre cause, l'A. affaccia l'ipotesi che si trattasse di uno stravaso sottocapsulare. Lo mette in relazione con uno spasmo accentuato delle cavità pieliche in dipendenza della calcolosi esistente e dello stimolo prodotto dal catetere.

La paziente di BIANCHINI soffriva di dolori renali a sinistra accompagnati ad ematuria. L'esame aveva mostrato un abbassamento del rene sinistro che giungeva col polo inferiore a due dita trasverse dalla cresta iliaca. Eseguito un cateterismo degli ureteri per un esame pielografico, si vide in un radiogramma preventivo il catetere fortemente incurvato, che giungeva con il suo estremo distale a contatto con il contorno limite del polo renale inferiore. Dopo l'introduzione del liquido opaco si visualizzò in un secondo radiogramma una immagine opaca a mantello, contornante il polo inferiore del rene, limitata in basso da una linea perfettamente circolare.

Aspirato il liquido il catetere venne ritirato di qualche centimetro e si iniettò an-

cora del liquido di contrasto. Si rese visibile così una pelvi renale opacizzata in totalità e di morfologia normale, mentre il polo renale inferiore era ancora visualizzato per una certa quantità di liquido opaco quivi residuo dopo l'aspirazione.

Anche noi abbiamo avuto occasione di osservare durante un'indagine pielografica un'immagine strana, simile in parte a quella riscontrata da FRANKE, che appunto alla possibilità di uno stravasamento sottocapsulare ci aveva fatto pensare; possibilità confermata poi da un reperto operatorio.

Si tratta di una donna di a. 27, che entra in Clinica il 6-6-38.

A suo carico troviamo: madre vivente e sana. Padre ricoverato in un sanatorio per tbc. polmonare. Nata da parto cutocico, ha avuto allattamento materno. Normali i primi atti della vita e la funzione. Mestruada a 13 anni, sempre regolare. Sposata a 21 anni ad uomo apparentemente sano ha avuto una gravidanza con esito in aborto al terzo mese. È stata operata di appendicectomia a 24 anni.

Da circa 5 anni soffre di dolori al fianco destro a tipo colico, che si irradiano in alto verso la spalla destra e in basso verso la radice della coscia, si accompagnano ad elevazioni di temp. (37°, 5-38°) e qualche volta a vomito. Al dire della paziente sono in rapporto più che con il regime alimentare con stati di affaticamento e sopralavoro fisico. Dopo gli attacchi dolorosi le urine si presentano di colore scuro, torbide, con abbondante sedimentazione. Non ittero. Non disturbi della minzione. Questa sintomatologia, che per i primi tre anni si è ripetuta 3-4 volte l'anno, si è fatta in seguito sempre più intensa e frequente. Negli ultimi mesi è divenuta quasi continua, la paziente accusa quotidianamente dolori più o meno intensi alla regione lombare, che le rendono la vita impossibile. Per questo chiede ricovero in Clinica.

Noi abbiamo ricevuto una malata piccola, magrolina, appartenente per le caratteristiche somatiche alla II costituzione morfologica di DE GIOVANNI. Al momento dell'ingresso presentava: cute di colorito olivastro, mucose visibili piuttosto pallide. Pannicolo adiposo scarso. Muscolatura tonica, scarsamente sviluppata. Scheletro normale. Lingua impaniata, umida. Polso ritmico regolare, con 78 di frequenza,

pressione Mx 110, Mn 70. Respiro regolare, temperatura febbrile.

Nulla a carico del capo e del collo. Torace poco ampio, ma normalmente conformato. Nulla alla percussione e all'ascoltazione.

Nulla a carico dell'apparato circolatorio.

Addome piano, cicatrice ombelicale spianata, simmetrico, mobile negli atti del respiro. È trattabile, indolente alla palpazione superficiale. A quella profonda si provoca dolore piuttosto vivo nel punto ureterico superiore destro. Con la palpazione bimanuale si apprezza il polo inferiore di una tumefazione ovale, che scompare in alto sotto l'arcata costale, che si identifica per il rene destro leggermente aumentato di volume, a superficie liscia, di consistenza normale, discretamente dolente. Il rene sinistro non si palpa. Punti costo-muscolare e costo-vertebrale dolenti a destra. Manovra di Giordano positiva.

Milza nei limiti. Fegato deborda in basso un dito dall'arcata ma è di superficie, consistenza, sensibilità del tutto normali.

Nulla a carico degli arti.

Gli accertamenti diagnostici nel periodo di degenza hanno dato:

Esame delle urine. - Aspetto torbido. Colore giallo-arancio. Reazione acida. P. sp. 1018. Albumina presente. Glucosio, acetone, pigmenti biliari assenti. All'esame del sedimento moltissimi leucociti, qualche emazia, abbondanti cristalli di acido urico.

Esame del sangue. - Gl. rossi 4.000.000, Gl. bianchi 7800. Hb. 75. Formula leucocitaria normale.

Azotemia gr. 0,50 ‰.

Cistoscopia. - Vescica ben continente (cc. 300), mucosa e sbocchi ureterali normali. Il colore si elimina dopo 4' intensamente da ambedue i lati. Facile il cateterismo degli ureteri. Si prelevano le urine dei due reni. Rene D.: Urea gr. 8,25 ‰, cloruri gr. 5 ‰; rene S.: Urea gr. 17,50 ‰, cloruri gr. 9 ‰. Nel sedimento a D. moltissimi leucociti, cellule del bacinetto, qualche emazia; a S. scarse emazie.

Esame radiologico. - Un'indagine semplice mostra in corrispondenza della regione renale D. all'altezza dell'apofisi trasversa della L. I la presenza di un'ombra intensamente opaca, morfiforme, da riferire a formazione calcicola (fig. 1).

Nei radiogrammi eseguiti dopo immissione trans-ureterale di liquido di contrasto (cc. 5 di abrodil) si pongono in evidenza: modica ectasia del bacinetto. Dilatazione molto pronunziata del calice superiore a tipo cavitario, che contiene una immagine lacunare della grandezza di una noc-

ciola, sovrapponibile e identificabile con quella intensamente opaca che è comparsa nei radiogrammi a vuoto.

Dalla porzione alta e mediana del calice superiore si stacca un'immagine fusiforme, che si porta in basso per giungere con il suo apice all'altezza dell'apofisi trasversale della L. II. Tale immagine completamente distaccata, se si eccettua la sua base, da quelle che stanno a rappresentare le pelvi e i calici, mostra un'opacità e delle caratteristiche tali che fanno pensare sia formata da una raccolta di liquido opaco (fig. 2).



Fig. 1.

Per la sua posizione, per l'andamento è da escludere che si tratti di un normale recesso delle cavità renali, ma si deve ritenere piuttosto che del liquido endopielico sia venuto a raccogliersi in uno spazio neoformato decorrente verso il margine mediale del rene.

Da quanto ho detto porre una diagnosi di calcolo del calice superiore D. condizionante un'ectasia notevole delle cavità renali era cosa facile e sicura.

Difficile a spiegare era la ragione dell'immagine fusiforme distaccantesi dalla porzione dilatata del calice superiore e decorrente lungo il margine mediale del rene. Per le sue caratteristiche si poteva quasi certamente escludere che si trattasse di un'ombra sovrapposta e non appartenente al rene (corpo estraneo in un'ansa intesti-

nale, flebolite, ghiandole calcificate) anche perchè non esisteva nel radiogramma eseguito senza introduzione del liquido opaco. D'altra parte sicuramente non si aveva a che fare con un calice o con un diverticolo di calice normale.

Nemmeno doveva rappresentare una cavità neoformata nello spessore del parenchima per i suoi margini netti, lineari, e per la sua conformazione.

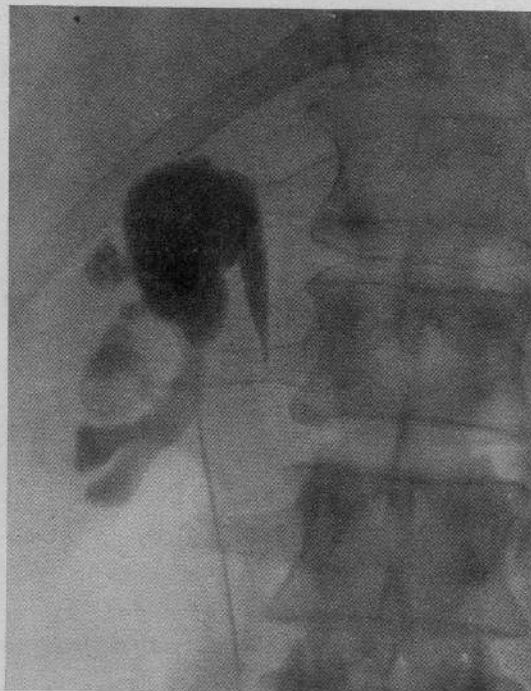
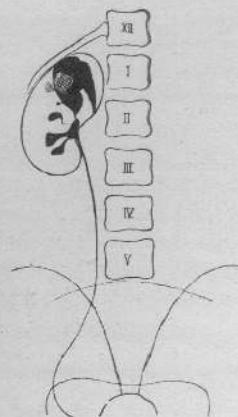


Fig. 2.

L'idea quindi più probativa era che si trattasse di uno stravasamento al disotto della capsula del liquido iniettato, a punto di partenza dal calice superiore.

La cosa poco chiara in questo caso era il meccanismo di formazione di tale raccolta. È nota la disposizione anatomica della capsula renale, che, se è facilmente distaccabile dal parenchima in tutto il contorno del rene, si addentra a tappezzare il seno in tutta la sua estensione e si continua al fondo di questo con la tunica connettiva dei calici e del bacinetto. Quindi è con una certa difficoltà che il liquido stravasato nel seno renale, in seguito alla rottura di un fornice, può insinuarsi al di sotto della capsula e formarvi una raccolta, mentre facilmente può scollare la capsula, ed espan-



dersi al disotto di essa quando giunge a contatto della capsula stessa.

Il fatto poi che la raccolta, invece di essere a punto di partenza dall'ilo, sembrava prendere origine dal calice superiore, dove era di maggiori dimensioni e spessore, per assottigliarsi e diminuire man mano che si avvicinava all'ilo, ci poteva far scartare l'ipotesi che avesse come punto di origine un reflusso del seno.

La cosa più semplice allora, anche perchè lo stravasamento sembrava partire proprio dal punto in cui era posto il calcolo, era che in detta zona si fosse determinata per usura da compressione, provocata dal calcolo stesso, una distruzione del parenchima renale fino in corrispondenza della capsula. Era logico dunque pensare che in queste condizioni un liquido iniettato sotto una certa pressione nella pelvi, che con la sua contrazione poteva aumentare a sua volta la tensione endopielica, potesse esser cacciato e venire a far pressione in detta zona, determinando una distensione e uno scollamento della capsula con formazione di una raccolta sottocapsulare.

Contro tale ipotesi stava la cognizione che di solito in questi processi distruttivi del parenchima per usura o per infezione si ha sempre una reazione connettivale intensa, per cui la capsula si fa strettamente aderente al sottile strato di parenchima renale alterato residuo e non si lascia distaccare che con molta difficoltà.

Ad ogni modo però da quanto detto questa ci sembrava l'ipotesi più probabile.

Date le condizioni buone della malata e la funzione ottima dell'altro rene, si è ricorsi ad un intervento operatorio, che è stato eseguito il 24-6-1938.

Operatore Prof. G. CECCARELLI. Anestesia locale con cc. 100 di novocaina a gr. 0,50 % + vasopressina, previa iniezione endomuscolare di cc. 2 di preanest. Lombotomia D. ampia. Il rene, di grandezza poco più della norma, facilmente isolabile dalla

sua capsula adiposa, si estrinseca senza difficoltà. Il polo superiore è di consistenza molle-elastica, fluttuante, il parenchima fortemente assottigliato. Sulla superficie posteriore di esso in una zona della grandezza di un soldo attraverso la capsula leggermente ispessita traspare un calcolo della grandezza di una nocciola, identificabile perfettamente con l'ombra opaca visibile nei radiogrammi. In detta zona il parenchima renale sembra completamente distrutto e scomparso.

Per le condizioni anatomiche gravi del rene, data pure la funzione buona dell'altro, si ritiene opportuno praticare una nefrectomia, che riesce molto agevole. Si lascia un piccolo drenaggio, si chiude la parete a strati.

Il decorso postoperatorio è stato perfettamente normale. Si è tolto il drenaggio in 5^a giornata, i punti in 10^a. La paziente è uscita dopo 20 giorni perfettamente guarita.

L'esame del pezzo asportato ha dimostrata giusta la nostra ipotesi ed è venuto a chiarire perfettamente il meccanismo della formazione della raccolta sottocapsulare.

Spaccato il rene si nota subito che le alterazioni sono prevalentemente a carico della porzione superiore. Il parenchima e i calici della metà inferiore sono di aspetto normale. Il calice medio appare dilatato, ma è soprattutto il superiore che si mostra notevolmente ectasico e forma una grossa cavità della grandezza di una noce, che posteriormente e medialmente si approfonda talmente nel parenchima da arrivare a contatto della capsula. Questa si presenta leggermente ispessita e scollata nel suo contorno, specie nella sua porzione inferiore, dal parenchima stesso per quasi cm. 2. In questa cavità è contenuta una formazione costituita da due calcoli rotondeggianti, uno più grande e uno più piccolo, a superficie fortemente e acutamente rugosa, di colorito nerastro, uniti per un tratto della

loro superficie, che arriva a contatto e quasi poggia sulla capsula stessa. Il parenchima renale residuo e formante questa cavità è leggermente sclerotico.

Dall'esame del rene asportato è risultato chiaro quindi come il mezzo di contrasto iniettato nella pelvi sia potuto giungere fino al disotto della capsula, senza creare alcuna alterazione del parenchima renale e senza provocare alcun disturbo alla paziente. È bastata la bassa pressione del liquido, forse ha contribuito ad aumentare la tensione endopielica lo spasmo del bacinetto e dei calici, per accentuare ed anche per provocare del tutto quello scollamento della capsula dal parenchima renale, che poi abbiamo riscontrato all'operazione, e per produrre la raccolta sottocapsulare che chiaramente appare nei radiogrammi.

Se ora paragoniamo il meccanismo patogenetico, che è intervenuto alla formazione della raccolta sottocapsulare della nostra paziente, con quello degli altri casi illustrati dobbiamo trarne alcune considerazioni.

Anzitutto risalta subito la differenza di patogenesi dell'un caso e dell'altro. Infatti mentre nella malata di FRANKE si deve riportare tutto o alla pressione di iniezione o all'aumento della tensione endopielica causata da uno spasmo intenso del bacinetto e dei calici, vale a dire si ha a che fare con un'azione puramente traumatica, nel caso di BIANCHINI è il catetere ureterale, penetrato fino al disotto della capsula attraverso la rottura di un fornice, la causa della raccolta, e nella nostra paziente sono le speciali condizioni, venutesi a creare nel tessuto renale, vale a dire l'usura di esso fino al disotto della capsula senza contemporanei fenomeni connettivali reattivi e conseguente saldamento del parenchima circostante alla capsula stessa, quelle che hanno permesso che del liquido iniettato nella pelvi scollasse la capsula e for-

masse una raccolta radiologicamente visibile.

Insomma in tutte le osservazioni è intervenuto un meccanismo diverso, traumatico o organico-lesivo, che ha permesso il passaggio del mezzo di contrasto dalla pelvi allo spazio sottocapsulare.

Infatti per quanto è stato detto dei rapporti e delle connessioni della capsula con il parenchima renale è necessario, affinché il contenuto pielico possa raccogliersi al di sotto della capsula, che esso raggiunga lo strato sottocapsulare, e ciò può avvenire soltanto dopo lesioni traumatiche o spontanee del parenchima, che creino una comunicazione tra cavità renali e spazio sottocapsulare.

Che attraverso un'infiltrazione interstiziale progressiva peritubulare e perivasale il liquido stravasato nel seno renale possa giungere fin sotto la capsula non lo crediamo. Se ciò è stato osservato in ricerche sperimentali (cani e conigli), e le figure di SACCO, CASTRONOVO e BARONI ce ne danno un bell'esempio, nell'uomo la riteniamo un'eventualità poco probabile, perchè occorrerebbe una pressione d'iniezione troppo forte, e soprattutto protratta per molto tempo, vale a dire per tutto quel periodo necessario a che il liquido iniettato si facesse strada lentamente nello spessore del parenchima per raggiungere la capsula. Ma ciò, oltre che essere molto dannoso per il parenchima, provocherebbe tali disturbi subiettivi e dolorosi al paziente da rendere assolutamente necessaria la sospensione di qualsiasi manovra.

Interessante la constatazione che in tutti i casi si trattava di donne. Per il fatto però che il trauma sembra essere la sola causa efficiente riteniamo che ciò debba attribuirsi ad una pura coincidenza.

Anche nella nostra malata come nelle altre non è seguito alcun disturbo soggettivo ed obiettivo all'indagine pielografica, il che fa pensare che in linea di massima

il formarsi di una raccolta sottocapsulare, qualunque sia il suo meccanismo patogenetico, non arreca un danno notevole all'individuo.

Concludendo possiamo dire che lo stravaso sottocapsulare è una eventualità molto rara della pielografia ascendente.

Essa è di solito in rapporto ad errori di tecnica (BIANCHINI), o a notevole aumento della tensione endopielica (FRANKE), o a speciali condizioni che si sono venute a

creare nel rene e che permettono la comunicazione delle cavità pelvica e caliciali con lo spazio sottocapsulare (caso personale).

L'immagine che esso offre è di solito caratteristica e facilmente individuabile nei radiogrammi.

Le conseguenze cliniche di esso sono nulle, infatti nei malati, nei quali si è verificato, non è insorto al momento alcun disturbo e non è derivata ulteriormente alcuna conseguenza.

RIASSUNTO

L'A. illustra un caso raro ed interessante di "Stravaso sottocapsulare", osservato durante un'indagine pielografica in una donna sofferente di calcolosi renale.

Dopo aver ricordato i casi del genere riferiti nella letteratura, prende in considerazione il meccanismo patogenetico che interviene nella formazione di tali raccolte, e rileva le particolarità riscontrate di volta in volta.

BIBLIOGRAFIA

BIANCHINI - Dello stravaso sottocapsulare in pielografia. *Ann. Radiol. e Fis. Med.*, 12, 223, 1938.

BRACCI - Alcune considerazioni sui reflussi pielorenali. *Arch. Ital. Urol.*, 15, 382, 1938.

CASTRONOVO, BARONI - Contributo alla conoscenza dei fenomeni idromeccanici pielorenali nella

pielografia ascendente. *Ann. It. Chir.*, 12, 965, 1933.

FRANKE - Klinische Beiträge zur Frage des pyelographisch sichtbaren pelvirenenalen Rückflusses. *Ztschr. f. Urol.*, 30, 505, 1936.

SACCO - Contributo allo studio dei rapporti idromeccanici tra bacinetto e rene. *Arch. It. Urol.*, 9, 270, 1932.

50684

50684



