

Moin 75 / 32 33 57 52.
OSPEDALE CIVILE GENERALE "BRUNO MUSSOLINI",
TIRANA

Reparto Chirurgico diretto dal Prof. V. Lozzi

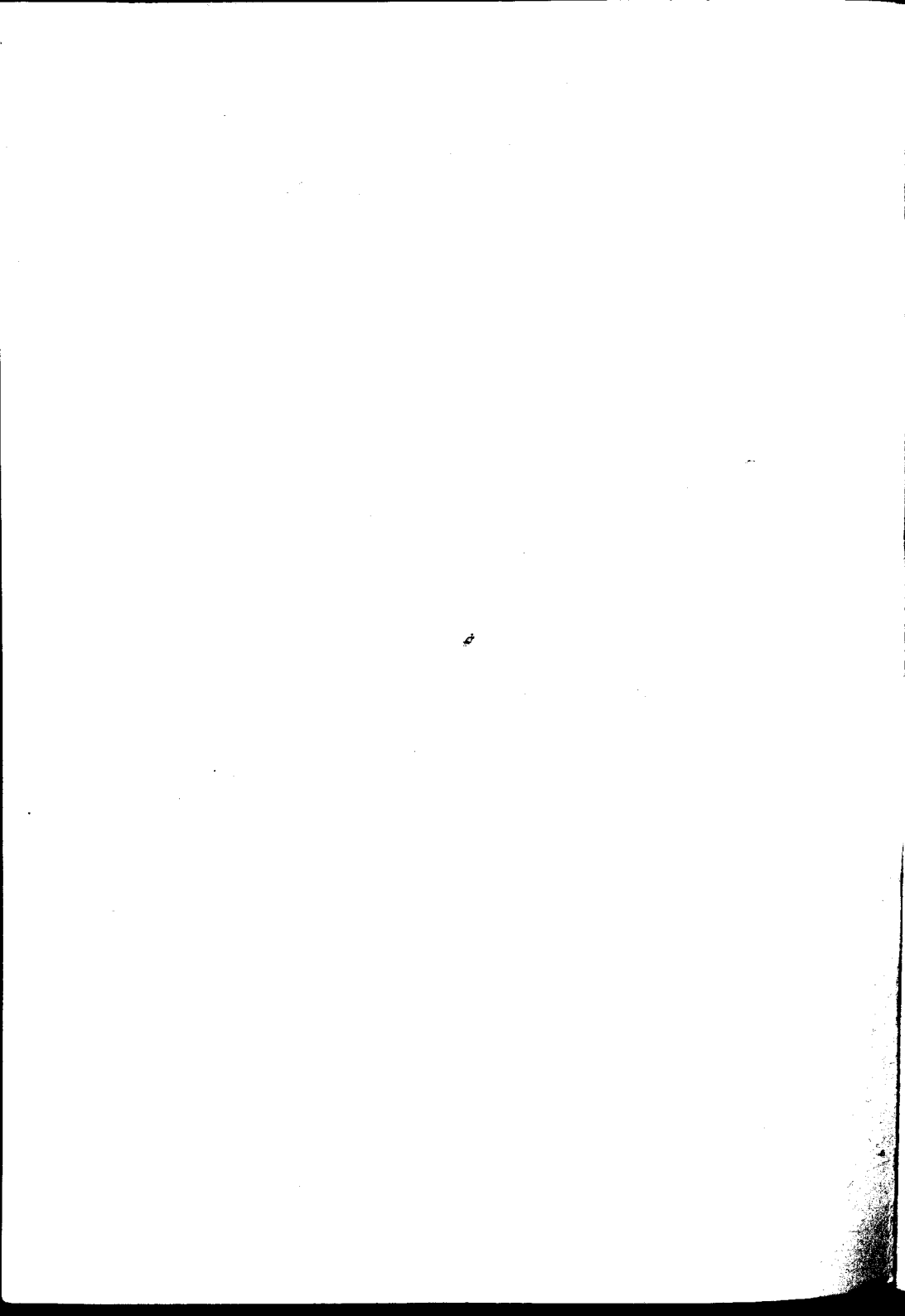
Dott. MARIO VINCENTI

già assistente effettivo

Reperti pielografici nella tubercolosi renale

Estratto dal "BOLLETTINO DELLA SOCIETÀ MEDICO-
CHIRURGICA ALBANESE - TIRANA,, - Aprile 1941

ROMA
1941-XIX





Tipografia F. Centenari (S. A.) - Roma 1941-XIX

Reperti pielografici nella tubercolosi renale

Dott. MARIO VINCENTI

già assistente effettivo

L'esplorazione radiologica nella tubercolosi renale solo in questi ultimi anni ha assunto una notevole importanza, da quando cioè è entrato nell'uso corrente il metodo della urografia. Ma anche la radiografia semplice, la cistografia, e soprattutto la pielografia ascendente sono sempre più utilizzate, come mezzi coadiuvanti, nella diagnosi della tubercolosi renale. Come vedremo in seguito, l'esame radiologico può mettere in evidenza una lesione tubercolare iniziale, oppure svelare una lesione antica completamente latente; inoltre esso serve, in certe circostanze, a localizzare una tubercolosi urinaria conclamata.

La questione dell'esame radiografico nella tubercolosi renale è stata messa a punto da COLOMBINO e MIGLIARDI in un articolo comparso nel « Journal d'Urologie » dell'aprile 1934.

Radiografia semplice. — Come è noto il rene, sia normale che patologico, si discerne per lo più nella radiografia semplice come un'ombra più o meno accentuata, la quale permette di renderci conto delle dimensioni dell'organo e della sua forma. Nella tubercolosi iniziale la radiografia semplice non ci dà nulla di più. Quando invece esistono focolai di tubercolosi con processi di calcificazione periferica, oppure ammassi di pus impregnati di sali di calcio, si può con la radiografia semplice sospettare o addirittura diagnosticare un rene tubercolare. In questi casi l'ombra renale non è omogenea, ma di intensità diversa: si ha il così detto « rene tigrato » di MARION.

Secondo questo A. l'immagine potrà apparire simile a quella di un calcolo ma, a differenza di questo, sarà irregolare e ricorderà l'aspetto di una spugna. Quando il rene intero è trasformato in cavità ripiene di una materia caseosa, impre-

gnata di sali di calcio, può apparire come un insieme di grosse immagini rotonde, dense quanto i calcoli renali (YOUNG).

Secondo DONATI la radiografia semplice può svelare ombre dovute a pus concreto ed a calcificazioni.

I tipi di calcificazione, quali si vedono nei radiogrammi, furono nel 1919 descritti da BRAASCH e OLSON come segue:

1) aree piccole, multiple, sparpagliate;

2) singolo o poche aree localizzate, del diametro di 1 cm. o poco più;

3) aree grandi, irregolari, diffuse, interessanti una larga porzione o tutto il rene.

Nel primo gruppo, le piccole aree sparpagliate in generale sono dovute a depositi di calcio.

Il secondo gruppo, che mostra singole o multiple aree isolate di deposito calcareo concentrato, è il tipo che viene più facilmente confuso con la calcolosi. La grandezza dell'ombra in nessun modo indica l'estensione della lesione tubercolare. Un'ombra di soli uno o due centimetri può essere presente in una lesione tubercolare interessante l'intero polo od anche la totalità del rene.

Il terzo gruppo è caratterizzato da ombre arrotondate grandi e regolari, aventi densità variabile nelle loro diverse parti: talora il deposito di calcio è così leggero, che un'ombra debole, diffusa, sarà vista solo con una lettura molto attenta.

Ombre causate da completa caseificazione del rene sono caratteristiche. Esse possono assumere il contorno del rene e sono per lo più irregolarmente lobulate. L'ombra può variare di densità in parti differenti del rene, alcune delle quali possono apparire così sfumate da essere scarsamente discernibili, mentre altre possono presentare un contorno ben definito. Occasionalmente il deposito di calcio può essere così leggero da simulare il contorno renale normale accentuato; ed in questi casi può essere difficile determinare se l'ombra è, o non è, un'ombra patologica.

JOHN L. CRESHAW parla della diagnosi differenziale tra tubercolosi renale e calcificazione renale. Secondo questo A. la diagnosi differenziale, in una piccola percentuale di casi, deve essere fatta: coi calcoli renali, coi calcoli biliari, con le linfoghiandole mesenteriche calcificate, con zone calcificate in una vecchia psioite, ascessi perinefritici o sottodiaframmatici.

ipernefroma con calcificazione, ed infine col contenuto intestinale.

Secondo YOUNG e LASIO il criterio di differenziazione tra tubercolosi e calcolosi non è mai sicuro. Bisogna anzitutto rimarcare che reperti netti non sono molto frequenti. CAULK, per esempio, su 216 casi di tubercolosi renale, ha osservato immagini caratteristiche in una percentuale inferiore al 10%. COLOMBO e MIGLIARDI su 100 casi le riscontrarono 3 volte.

In conclusione si può dire che l'esame radiografico semplice può bastare da solo, in una minima percentuale di casi, per la diagnosi di tubercolosi renale: certo che questa eventualità è possibile solo quando il rene è disseminato di zone più opache, con forme e contorni più o meno irregolari; quando cioè si ha una distribuzione del parenchima renale. Quando invece queste zone di opacità sono limitate di numero e sono a contorni regolari è impossibile fare la diagnosi di tubercolosi, non solo, ma è facile commettere errori diagnostici scambiandola con calcoli renali. Questi errori, però, si possono evitare mettendo in opera tutti gli altri mezzi di indagine che abbiamo a nostra disposizione.

Pneumorene. — NISIO, che ha sperimentato il pneumorene nella diagnosi della tubercolosi renale, ne è un fautore convinto. Egli afferma che questo procedimento che, come è noto, consiste nella insufflazione di ossigeno nel grasso perirenale, serve a rendere evidenti le masse caseose o purulente. Queste si disegnano come ombre abbastanza opache, ma non molto nette; quando esse sono estese a buona parte del rene mostrano delle strie che le attraversano. Tali strie, relativamente più trasparenti, corrispondono ai setti che dividono le sacche ripiene di materia caseosa o purulenta.

Secondo DONATI il pneumorene può essere utile quando si vogliono avere nozioni sulla forma e volume di un rene non abbastanza accessibile, per la sua fissità in alto, alla palpazione.

Cistografia. — La cistografia è consigliata da FREUNDENBERG in quei casi di tubercolosi renale nei quali non si può praticare il cateterismo degli ureteri. Secondo questo A. sarebbe così possibile stabilire la sede della lesione. Siccome nella tubercolosi renale le lesioni vescicali sono localizzate di preferenza dallo stesso lato del rene leso, ne consegue che la metà corrispondente della vescica risulterà deformata, più piccola, ed

a contorni irregolari. Secondo NISIO la cistografia può mettere in evidenza assai chiaramente il segno di FRETENDEMBERG del quale ho già parlato. Secondo DONATI la cistografia ci può dare cognizioni esatte sulla fissità e deformazione vescicale, sulle eventuali aderenze con organi vicini ed infine sul reflusso vescico-ureterale. COLOMBINO, basandosi su 60 casi di tubercolosi renale, studiati con questo metodo, conclude che di rado questo sintomo è evidente e caratteristico. Le ricerche di BONINO su 111 casi esplorati cistograficamente, sia con l'introduzione di liquido opaco in vescica, sia per mezzo della pielografia discendente, portano alla stessa conclusione. Con la cistografia è possibile, inoltre, come si è detto, scoprire un reflusso ureterale, sia dal lato malato che dal lato sano, accompagnato da una dilatazione dell'apparato pieloureterale. Esso è dovuto per lo più a lesioni specifiche del meato ureterale che lo rendono beante e rigido.

Pielografia ascendente. — La ureteropielografia retrograda fu impiegata per prima nello studio della tubercolosi renale da LICHTENBERG. Dopo di lui numerosi Autori sperimentarono questo metodo: ALESSANDRI, JOSEPH, PAPIN, BRAASCH, MARION, LASIO, CHEVASSU, YOUNG, BOECKER, RAVASINI, G. NICOLICH, ecc.

LASIO crede che questo metodo sia pericoloso, e che anche nei casi più avanzati non dia delle immagini tipiche.

PAPIN, JOSEPH e BRAASCH sostengono che le immagini ottenute nelle lesioni iniziali non presentano particolari caratteri, ma si confondono con quelle delle pielonefriti banali: essi ammettono invece che nei casi avanzati si possono avere immagini tipiche di caverne e di calici deformati. Questi ultimi perderebbero la loro forma concava e presenterebbero una estremità arrotondata e bordi irregolari, a somiglianza di frammenti di cavolfiore.

CASPER crede che il metodo sia controindicato nella tubercolosi renale per i pericoli che presenta. DONATI è di questo stesso parere.

RIBBITUS, come riferisce VON FRISCH, è contrario alla pielografia ascendente perchè essa può dar luogo ad una disseminazione del materiale tuberculare, ed anche ad una tubercolosi miliare.

ALESSANDRI, CHEVASSU, YOUNG e LOZZI, invece sono del parere che questo metodo, associato a tutti gli altri esami endoscopici e di laboratorio, possa essere di un aiuto non indifferente nella diagnosi della tubercolosi renale.

Pure TABDEI attribuisce alla pielografia ascendente un valore non indifferente perchè, con questo esame, si possono mettere in evidenza il decorso rettilineo dell'uretere e le piccole dilatazioni della pelvi con deformità dei calici.

Secondo CILENTO questo metodo ci può fornire dei dati preziosi quali la possibilità d'un reflusso pielocanalicolare, pielovenoso, pielolinfatico ed infine vescico-uretero-pielico.

RAVASINI e NICOLICH sono del parere che nella tubercolosi renale la uretero-pielografia retrograda sia sempre controindicata per i due motivi seguenti: 1) perchè pericolosa potendo aggravare l'evoluzione locale del processo, o addirittura estenderlo in seguito ad un reflusso pielovenoso del liquido iniettato; 2) perchè nel periodo di stato della lesione la diagnosi si può quasi sempre fare con gli altri metodi di indagine, mentre nei casi iniziali questo metodo non dà alcun elemento ai fini della diagnosi. Nei due soli casi nei quali questi AA. la eseguirono, essa non apportò alcun chiarimento diagnostico; anzi in uno di questi casi, nel quale il paziente presentava, quale sintomo prevalente, delle imponenti ematurie, le immagini ottenute con la pielografia ascendente facevano pensare più ad un neoplasma che ad una tubercolosi renale.

HRYNTSCHAK e LAZZARUS sono invece di opinione che questo sia il metodo di elezione nella tubercolosi renale, e che si siano molto esagerati i pericoli ed i danni che da esso possano derivare.

BOXINO crede che usando, come si fa attualmente, dei liquidi di contrasto non irritanti come l'*Uroselectan*, l'*Abrodil*, il *Tenebril*, la *Pietofanina*, e procedendo nella iniezione con grande dolcezza, non vi sia nessun inconveniente a praticare la pielografia ascendente nella tubercolosi renale.

* * *

ALESSANDRI faceva eseguire nei suoi malati, la pielografia ascendente nella tubercolosi renale in tutti quei casi in cui sussisteva qualche dubbio sulla diagnosi del lato affetto e special-

mente in quei casi in cui la natura specifica della lesione renale non risultava chiara dall'esame clinico, cistoscopico, e dalla urografia discendente. In tutti i casi dove essa è stata applicata, purchè siano state osservate le comuni norme di buona tecnica, non si è avuto a lamentare il benchè minimo accidente. Mai abbiamo osservato disseminazione del processo tubercolare, mai miliarizzazione, mai aggravamento nella evoluzione del processo.

Le alterazioni del pielogramma che sono ritenute caratteristiche della tubercolosi renale sono secondo HRYNTSCHAK le seguenti:

1) quando le lesioni distruttive si limitano alle terminazioni dei calici, si vede una sfumatura limitata solamente a una parte dei calici lasciando intatti gli altri e la pelvi;

2) quando esistono ulcerazioni su una papilla e sul bacinetto, la sfumatura dei margini del pielogramma è appena apprezzabile (lo stesso aspetto si ha nelle forme miliari);

3) uno o parecchi calici possono presentarsi rigonfi a bolla, con i margini spesso sfumati;

4) in alcune forme distruttive poco avanzate si osserva una immagine speciale detta *a margherita*;

5) in altri casi esistono delle caverne nel tessuto renale comunicanti più o meno largamente con i calici;

6) quando i calici sono infiltrati il loro vuotamento è molto lento. Se le caverne distruggono una parte del bacinetto o del parenchima renale, si osserva che il liquido opaco ristagna in esse mezz'ora ed anche un'ora;

7) spesso l'estremità dilatata dei calici contrasta con la sottigliezza estrema del collo di essi;

8) mancanza di riempimento di uno o più calici, totale o parziale;

9) il bacinetto e l'uretere si dispongono in linea retta, essendo questo sulla prosecuzione del primo.

Queste immagini, che nel materiale della Clinica Chirurgica di Roma ho avuto occasione di osservare volta a volta fino al 1938, durante il mio servizio di assistente, hanno permesso in numerose occasioni di giungere ad una diagnosi precisa anche quando gli altri mezzi fallivano.

Fra i molti casi, riferisco sinteticamente i 4 seguenti, in cui la esatta diagnosi è stata resa possibile unicamente dal reperto della pielografia ascendente.

Caso I. - B. Maddalena, a. 45. — Tubercolosi renale sinistra.
9 maggio 1936. Nefrectomia sinistra.

Bacillo di Koch assente nelle urine.

Pielografia discendente: Pioidronefrosi bilaterale dell'ampolla pelvica. Nessun altro dato attendibile dall'urografia.

Pielografia ascendente: Calice superiore allungato con immagini piramidali sfumate ed a pennello. Calcificazioni multiple delle quali una rotondeggiante a sede extrarenale in alto ed a sinistra in zona da chiarire.

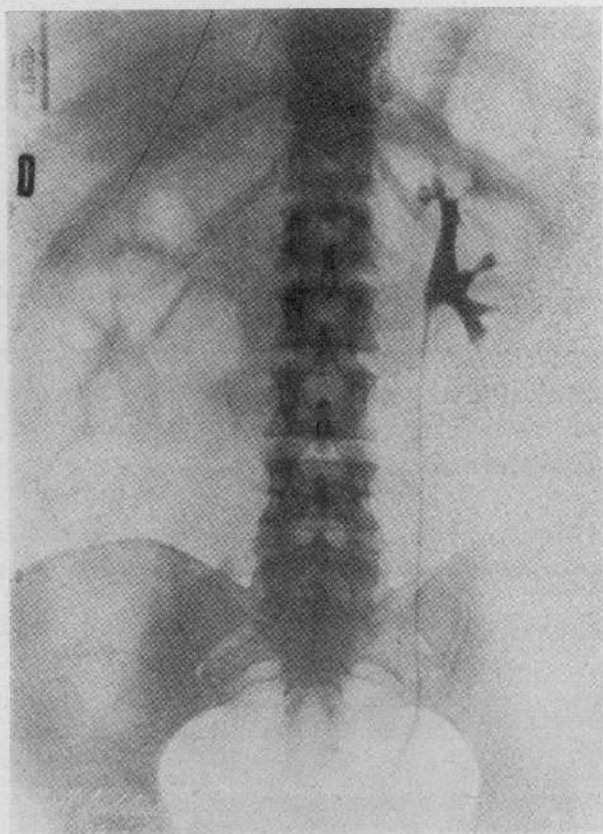


Fig. 1. — Tubercolosi renale sinistra (Caso I).
Calice superiore allungato con apice a *margherita*. (Con la pielografia discendente semplicemente ectasia bilaterale pelvica).

Pneumorene: Si introducono 500 cc. di ossigeno. Pneumorene sinistro e destro. La morfologia dei due reni non appare gran che modificata, il rene sinistro non risulta ingrandito, risulta piuttosto allungato. Le calcificazioni già ricordate risultano effettivamente extrarenali.

Rene asportato: Il rene è allungato con dei tubercolini sottocapsulari nel polo superiore. Uretere normale. Al taglio, tipico cono di infiltrazione tubercolare nel polo renale superiore.

In questo caso solo la pielografia ascendente con la caratteristica immagine *a margherita* del calice superiore ha permesso la giusta diagnosi, e di natura e di lato. Reperti batteriologici, cistoscopici e urografici endovenosi, lasciavano in dubbio sulla natura e sul lato della lesione (vedi fig. 1).

Caso II. - R. Emma, di a. 42. — Tubercolosi renale destra.

26 agosto 1937: Nefrectomia destra.

Bacillo di Koch assente nelle urine.

Reperto cistoscopico: Cistite banale leggera.

Cromocistoscopia: A destra in 5', a sinistra in 4'.

Pielografia discendente: Nulla di patologico.

Pielografia ascendente: Calice superiore rigonfiato a bolla. In sua vicinanza ombra irregolare tenue. Calice inferiore mozzato e nel suo prolungamento ombra rotondeggiante isolata (vedi fig. 2).

Rene asportato: Aspetto esterno normale. In comunicazione col calice superiore piccolissima caverna; altra come un pisello in comunicazione col calice inferiore. Uretere: aspetto normale.

In questo caso il reperto della pielografia ascendente ha avuto valore risolutivo nell'affermare la diagnosi di tubercolosi renale D. sospettata semplicemente dall'anamnesi e da tutte le altre indagini cliniche.

Caso III. - V. Anna, di a. 22. — Tubercolosi renale sinistra.

7 novembre 1936: Nefrectomia sinistra.

Bacillo di Koch assente nelle urine.

Radiografia delle loggie renali: Non sono apprezzabili all'esame diretto ombre riferibili a calcoli renali o ureterali.

Pielografia discendente: A sinistra modica ectasia del calice superiore, calice medio ed inferiore. Normali le immagini delle papille. Modica ectasia dell'uretere nella porzione media ed inferiore.

Pielografia ascendente: Irregolarità morfologica del calice superiore nei suoi tratti piramidali. L'uretere non appare dilatato né tortuoso (vedi fig. 3).

Rene asportato: Sono evidenti lesioni ulcero-caseose del rene, uretere ispessito.

Con la urografia discendente: semplice ectasia dei calici superiori e medio. La diagnosi di sede è stata assicurata in questo caso dal reperto della pielografia ascendente, mentre dal-

l'urografia endovenosa non era stato possibile trarre dati utili per la diagnosi di sede. Tuttavia la diagnosi di tubercolosi urinaria nonostante il reperto negativo del bacillo di Koch nelle urine, era patentissima dal reperto cistoscopico.

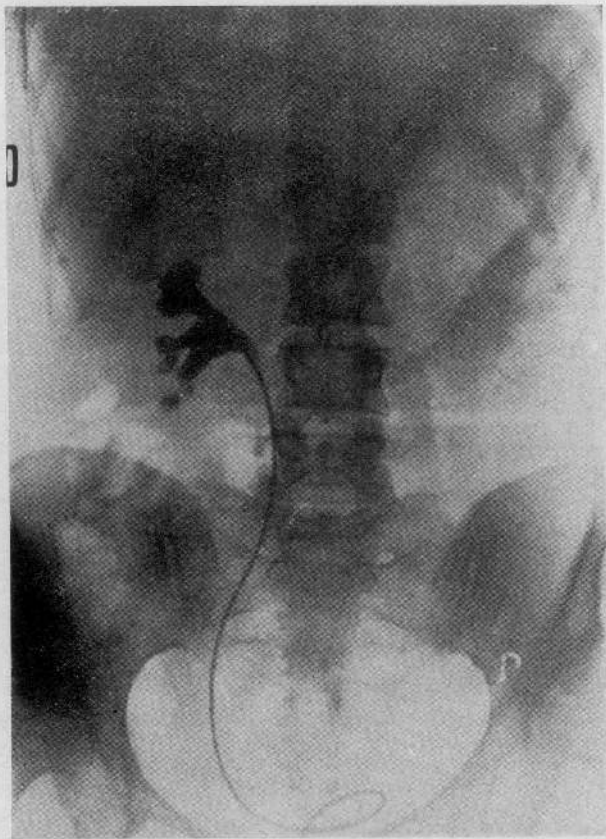


Fig. 2. — Tubercolosi renale destra (Caso II). Calice superiore rigonfiato a bolla. In sua vicinanza ombra irregolare tenue. Calice inferiore mozzato, e nel suo prolungamento ombra rotondeggiante isolata.

Caso IV. - F. Umberto, uomo, di a. 27. — Tubercolosi renale sinistra. 17 aprile 1937: Nefrectomia sinistra.

Bacillo di Koch presente nelle urine.

Pielografia ascendente: Irregolarità morfologica dell'estremo piramidale del calice superiore e medio del rene sinistro, che si presentano irregolarmente fra-

stagliati. Immagini opache irregolari nel parenchima renale in prossimità degli estremi piramidali lesi (fig. 4).

Rene asportato: Rene piuttosto grosso con ecchimosi sottocapsulari e dei tubercoli esterni grigiastri. Uretere leggermente ispessito.

La diagnosi di tubercolosi renale affermata dalla presenza del bacillo di Kock nelle urine e dal reperto cistoscopico è integrata con la indicazione del lato dal reperto della pielografia ascendente. Nessun segno utile per la diagnosi di sede è stato fornito dalla pielografia discendente.

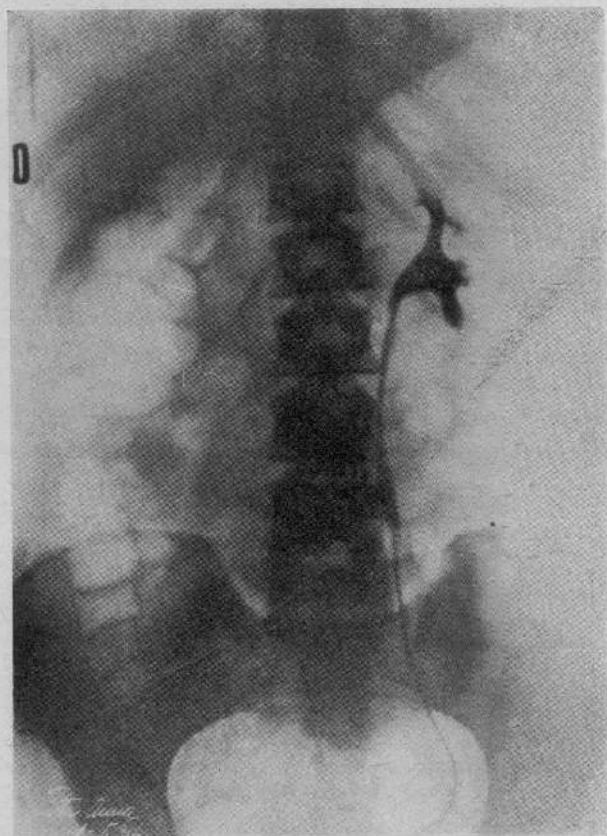


Fig. 3. — Tubercolosi renale sinistra (Caso III).

Frastagliamento apice calice superiore; da esso parte un piccolo prolungamento tortuoso, irregolare, laterale di circa 1 cm.

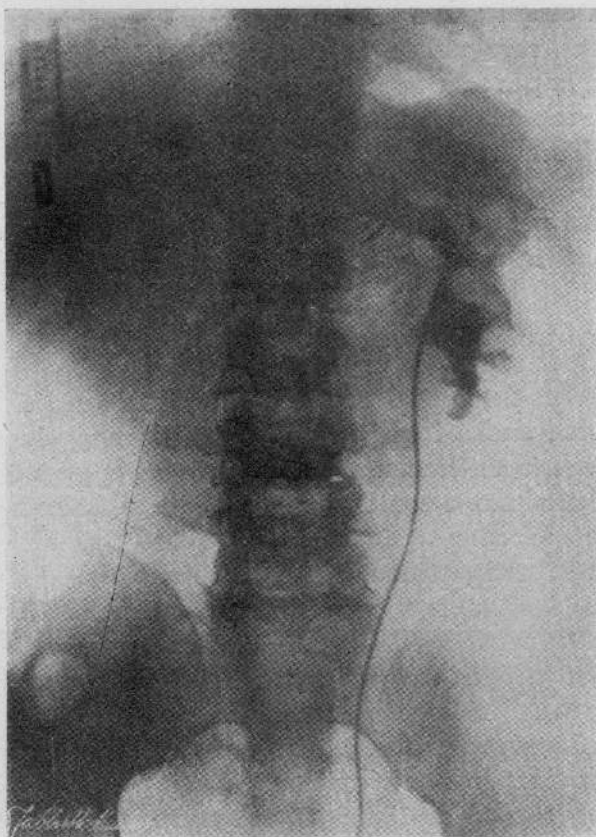


Fig. 4. — Tuberculosis renale sinistra (Caso IV).
Irregolarità e frastagliamento del margine piramidale dei calici superiore e medio sinistro.

Con HRYNTSCHAK e LAZZARUS possiamo dividere i casi di tubercolosi renale, dal punto di vista del reperto pielografico, in 4 gruppi:

1) Nel primo gruppo l'unilateralità della lesione tubercolare è certa: qui la pielografia potrà essere anche tralasciata. Tuttavia essa ci può indicare le condizioni dell'uretere e la convenienza di una estirpazione di esso. Essa ha una grande utilità nella nefrite tubercolare ove può evitarsi la nefrectomia. (WILDBOLZ, NEPLOW, DE FEDOROW).

2) In questo secondo gruppo l'esistenza di una tubercolosi renale è sospettata ma la diagnosi resta incerta se non si multi-

plicano gli esami e non si ricorre alla inoculazione alla cavia, microcultura, reazione di focolaio, ecc. La pielografia in questo caso ha la più alta importanza. La diagnosi guadagna in rapidità e precisione. Nello stesso tempo che si pratica il cateterismo dell'uretere si ha tutto l'interesse di eseguire l'esame radiologico.

3) Casi nei quali una affezione tubercolare pare debba essere esclusa. Un esame pielografico farà guadagnare un tempo prezioso.

4) In questo gruppo comprendiamo i casi in cui si pone la questione di sapere se la lesione è ancora unilaterale. L'esame pielografico ha qui un valore grandissimo, esso ci permette di riconoscere anche i casi in cui malgrado una piuria ci troviamo di fronte unicamente ad una ureterite ascendente, o a urine accidentalmente contaminate dal cateterismo. In altri casi ci troviamo di fronte ad una nefrite tossica che guarirà perfettamente dopo estirpazione del rene ammalato.

In 50 casi di tubercolosi renale operati nella Clinica Chirurgica di Roma nel quinquennio 1934-38, ed in cui era stato praticato esame pielografico ascendente, ho potuto controllare la giustezza dei reperti radiologici con le lesioni anatomiche del pezzo asportato. In tutti i casi vi è stata esatta corrispondenza fra reperto anatomico e reperto pielografico, per cui ancora una volta ci sentiamo di affermare l'alto valore della pielografia ascendente per l'apprezzamento pre-operatorio delle condizioni di un rene tubercolare o sospetto tale.

Parleremo ora della Urografia endovenosa quale mezzo diagnostico della tubercolosi renale, tralasciando di proposito la parte storica troppo recente per essere bene conosciuta, e la parte tecnica. Ricorderemo solamente come questo mezzo entrando a far parte dei mezzi di indagine comuni e di « routine » nella semeiologia urologica ha reso e rende sempre più grandi servizi, proporzionati alle sempre maggiori perfezioni tecniche.

La tubercolosi renale lede precocemente il potere di concentrazione renale: una semplice ulcerazione dell'angolo calicopapillare, dà un abbassamento della concentrazione ureica rispetto all'altro lato. Fra tutte le malattie del rene, la tubercolosi è quella che conduce più rapidamente a una diminuzione del potere di concentrazione.

Le lesioni specifiche determinano disturbi nella escrezione, producendo alterazioni della contrattilità del bacinetto e dell'uretere, modificando così la valutazione del contenuto pielico, determinando un ristagno di urina nel bacinetto, sia per atonia dell'uretere che per sclerosi delle pareti. Minimi tubercolini, ulcerazioni appena percepibili sulla mucosa del bacinetto, inducono una lentezza di contrazioni e ritardo di svuotamento che si manifestano con una piccola dilatazione del bacinetto. Più tardi, ammalandosi, l'uretere parteciperà all'atonia e alla paralisi, e quando la lesione anatomica avrà progredito, il disturbo fisiologico si accentuerà e il condotto diventerà rigido e senza contrazione per la sclerosi della parete. In questo momento la ritenzione pielica è maggiore giacché il bacinetto si vuota per rigurgito. In molti casi ho confrontato i dati della urografia con quelli forniti dall'esame funzionale e l'esame anatomico del pezzo. Sempre esisteva un certo parallelismo fra questi risultati. In generale ad una assenza di immagine urografica corrisponde un rene pionefrotico o con tubercolosi generalizzata, o mastice, o escluso, o un rene con valore funzionale minimo. Tale è il caso che riferisco ora, preso fra tanti consimili:

Caso V. - B. Rina, di a. 26. — Tubercolosi renale sinistra.
30 gennaio 1937: Nefrectomia sinistra.

Bacillo di Koch presente nelle urine.

Radiografia del torace: Nella metà del campo polmonare destro piccola ombra fortemente opaca calcificata. Null'altro all'esame radioscopico.

Pielografia discendente: Eliminazione discreta a destra. Assenza di ogni eliminazione del liquido di contrasto a sinistra. A destra il calice superiore presenta costantemente una incisura che ne interrompe circa alla sua metà, la continuità della sua immagine. A sinistra la regione lombare appare occupata da una tumefazione di discreta opacità che, per la sua morfologia è da riferire probabilmente al rene di questo lato, molto ingrandito. Nessuna immagine da calcolo dell'apparato urinario (vedi fig. 5).

Rene asportato: Sostanza midollare distrutta. Pionefrosi. Grossissimo rene quanto una testa di feto con numerose sacche pionefrotiche. Uretere della grandezza di un pollice, notevolmente ispessito e dilatato.

La diagnosi di natura e del lato affetto in questo caso era sicura già dal semplice esame cistoscopico. L'urografia endovenosa ha affermato l'integrità assoluta del rene destro, insieme alla scomparsa di ogni residuo funzionale del rene sinistro.

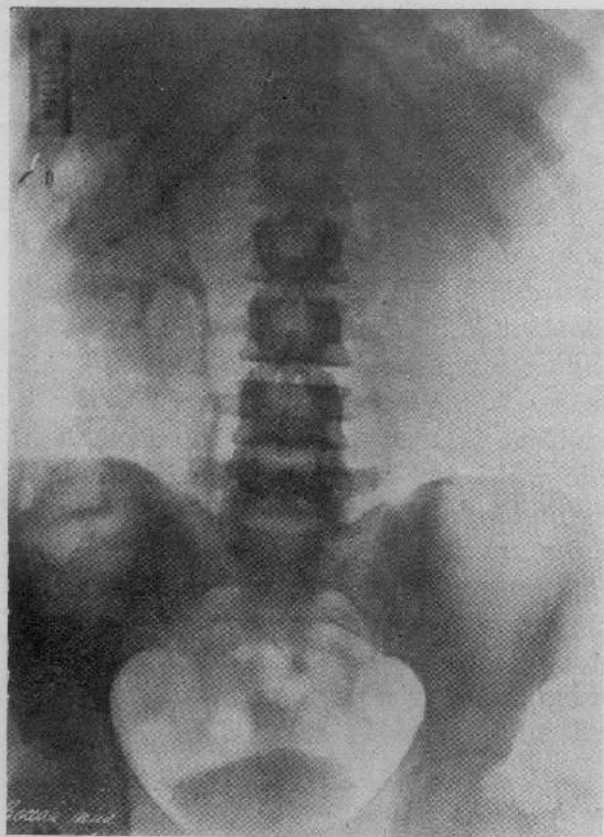


Fig. 5. — Pionefrosi sinistra: enorme rene sinistro (Caso V).

Assenza di eliminazione da questo lato.

L'urografia endovenosa è indicata in tutti i casi in cui il cateterismo ureterale è impossibile, per cistite intensa, con scarsa capacità vescicale e facile sanguinazione. E' indicata inoltre in maniera assoluta nei bambini in cui spesso è impossibile la cistoscopia o in un adulto che si rifiuti di sottostarvi. Dal reperto dell'urografia endovenosa si può fare la diagnosi di localizzazione e spesso si possono rettificare i dati clinici. A questo proposito riferisco l'osservazione seguente, in cui dall'esame clinico e cistoscopico si era condotti ammettere una lesione del lato sinistro mentre essa era in effetto a destra:

Caso VI. - C. Lia, di a. 40. — Tubercolosi renale destra.
17 marzo 1938: Nefrectomia destra.

Bacillo di Koch presente nelle urine.

Cistoscopia: Capacità vescicale 160 cc. Cistite a chiazze con ecchimosi a bolle di edema. Meato ureterale destro fortemente edematoso e sollevato, quello sinistro, in sede è di aspetto normale.

Torace: Immagini fortemente opache nodulari in corrispondenza della regione apico-sottoapicale destra. Altre di uguali dimensioni, meno opache, nella regione apico-sottoapicale sinistra.

Pielografia discendente: Nulla di notevole a sinistra. A destra esiste un riempimento scarso del calice superiore, che sembra anche a contorni sfrangiati. L'uretere di questo lato non è dilatato, ma a decorso tortuoso (vedi figura 6).

Rene asportato: Aspetto esterno normale. Uretere normale: al taglio cavernula in comunicazione col calice superiore, ove esistono altre zone infarcite di tubercoli.

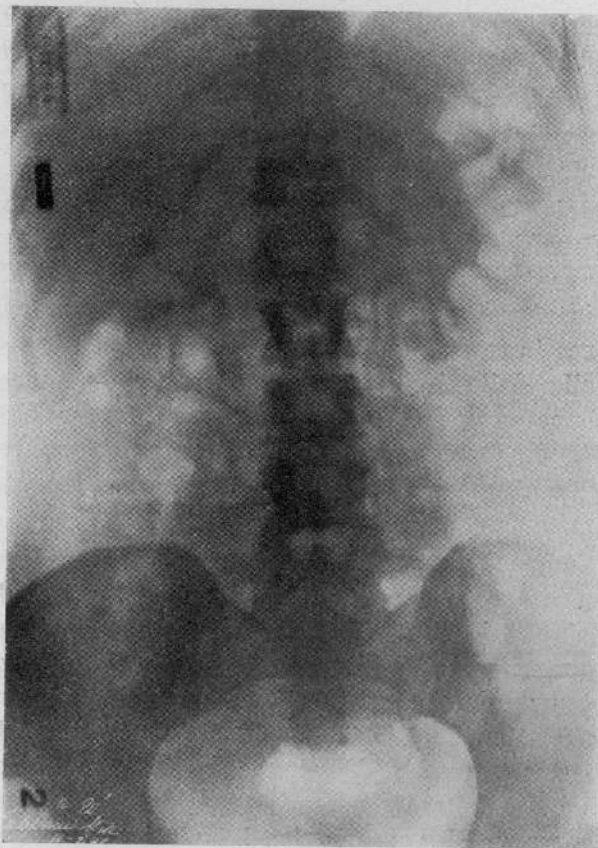


Fig. 6. — Tubercolosi renale destra (Caso VI).
Difetto di riempimento del calice superiore
che è sfrangiato. Uretere tortuoso.

In questo caso la diagnosi del lato malato è stata possibile dal reperto chiaro dell'urografia endovenosa, per cui la pielografia ascendente è stata ritenuta superflua. I segni clinici e cistoscopici insieme alla presenza del bacillo di Koch portavano alla diagnosi di tubercolosi urinaria, ma non ci permettevano assolutamente l'indicazione del lato affetto.

Vediamo ora brevemente quali sono i segni sui quali ci fondiamo, esaminando un radiogramma, per dire che la tubercolosi colpisce questo o quel rene:

- 1) *Assenza di immagine* per una lesione renale grave.
- 2) *Ritardo di secrezione* per cui l'ombra renale appare tardivamente rispetto all'altro lato (15', 30', 45' e 60'). Tale fatto indica sempre una profonda alterazione del parenchima.
- 3) *Amputazione del bacinetto o di un calice*. Sui radiogrammi il bacinetto appare privo di un calice o il calice appare mozzato al suo peduncolo.
- 4) *Bacinetto sfumato*: L'ombra del bacinetto appare con margini sfumati ed irregolari presentando spesso un aspetto ovattato e spugnoso con margini mal delimitati. Tale immagine deve interpretarsi come il risultato della penetrazione del liquido opaco in multiple, piccole caverne che esistono sulla parete a livello della lesione tubercolare. Ivi la mucosa è sostituita da una superficie anfrattuosa o da depressione profonda, riempita da frammenti caseosi alternantesi con sporgenze irregolari. Tali lesioni si trovano ugualmente a livello dell'uretere che può essere dilatato.
- 5) *Diminuzione unilaterale di opacità*: In alcuni casi si trova semplicemente questa diminuzione del grado di opacità nei due bacinetti dei due lati. Mancandoci un campione tipo per misurare questa opacità bisogna ricordare che l'urografia endovenosa è un metodo comparativo e quindi dobbiamo esaminare con più attenzione l'omogeneità e la tonalità delle ombre pelliche, per trovare una differenza tra i due lati. Sono i casi più difficili e che del resto, essendo non progrediti, non si ha urgenza di operare. Bisogna seguire i malati, rinnovare e moltiplicare gli esami, fino ad avere una certezza.

La diagnosi di localizzazione tubercolare è relativamente facile se un malato che ha il bacillo di Koch nelle urine presenta

alla urografia endovenosa delle deformazioni nelle: amputazione di un calice, sfumature dei contorni, dilatazione più o meno notevole o assenza totale dell'immagine.

Dimostrando che il rene dal lato opposto al rene malato è normale, l'urografia ci mostra nello stesso tempo la presenza del rene e ci evita quindi di fare una nefrectomia in un rene unico. Il rene sano può tuttavia sembrare alquanto anormale, nel senso che esso può essere la sede di una dilatazione a volte leggera, ma in altri casi alquanto considerevole. Non bisogna subito concludere in questo caso per la bilateralità della tubercolosi, può trattarsi infatti di una dilatazione transitoria per atonia dovuta al Selectan o per compensazione o per reflusso di urina vescicale.

Noi abbiamo un certo numero di questi casi abbastanza dimostrativi in cui, come nel caso di FEY, dopo la nefrectomia del rene malato, l'immagine tornò normale.

In caso di tubercolosi bilaterale la diagnosi può essere molto difficile a porsi, poichè l'evoluzione della lesione può presentare una grandissima differenza fra i due lati, essere iniziale da un lato mentre dall'altro è generalizzata. Sarà sull'esame globale dei reni e del malato, e sarà soprattutto con la pielografia ascendente e non dal solo reperto della urografia, che si farà la diagnosi di bilateralità.

Terminando questa parte che riguarda l'urografia, si può concludere che non esiste alcuna immagine di urografia endovenosa patognomica di un rene tuberculare. Si avranno immagini che mostreranno deformazione del bacinetto e dei calici, ma queste deformazioni possono trovarsi anche in altre lesioni quali la pielonefrite, tumori, ecc. L'urografia endovenosa sola è dunque incapace di darci una diagnosi di tubercolosi e bisogna, prima di interpretare una tale immagine, che l'esame clinico ci abbia lasciato sospettare una tubercolosi renale e che l'esame batteriologico delle urine abbia mostrato la presenza del bacillo di Koch. Allora, confrontando i due lati, si arriverà a precisare la sede della lesione e fare una diagnosi di localizzazione.

Riferisco infine un caso di tubercolosi renale in cui non si è giunti assolutamente a porre una diagnosi esatta pre-operatoria.

Caso VII. - R. Lina, di a. 39. — Tubercolosi renale destra chiusa.
10 maggio 1938: Nefrectomia destra.

Facillo di Koch assente nelle urine.
Ematuria.

Urografia: L'urografia discendente dà immagini poco attendibili per la enorme quantità di gas nello stomaco. Tranne un abbassamento notevole del rene destro e del sinistro, nulla di speciale e di morfologico a carico dei relativi bacinetti.

Pielografia ascendente destra: Leggera pielectasia con margini poco netti, nessuna alterazione dei calici (vedi fig. 7).

Rene asportato: Numerosi tubercoli corticali. Sulla mucosa pelvica piccoli tubercoli grigi. Nessuna ulcerazione dei calici.

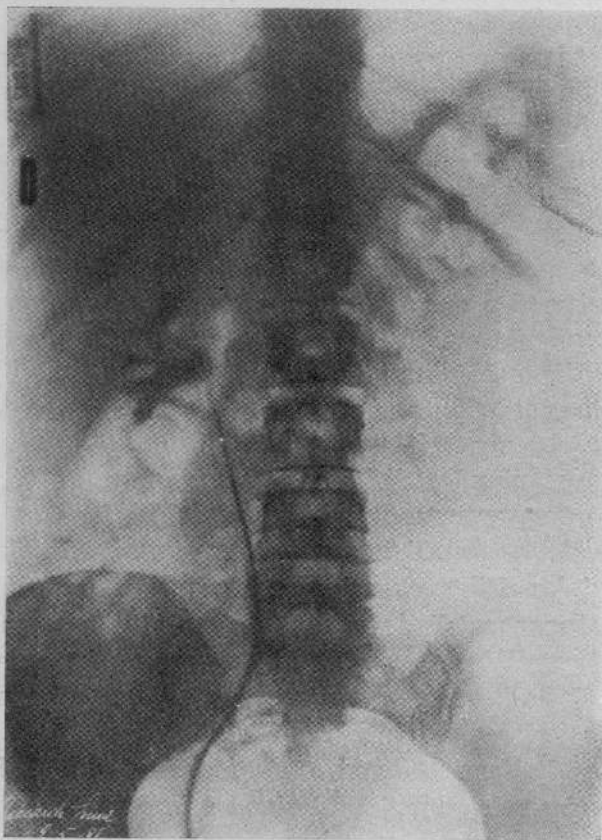


Fig. 7. — Tubercolosi renale destra chiusa (Caso VII).

Pelvi ectasica con sfumature del margine di essa. Nessuna erosione dei calici.

In questo caso di tubercolosi renale localizzata primitivamente alla corteccia renale senza erosione delle papille e con una eruzione di tubercolini grigi recenti a livello della pelvi, la diagnosi preoperatoria non è stata posta con esattezza. L'anamnesi (tre ematurie silenziose), il reperto negativo del bacillo di Koch, quello cistoscopico (nessun segno di cistite anche banale) e persino quello urografico endovenoso portava a pensare ad una pielectasia con un leggero grado di inginocchiamento ureterale. L'aver dato poco valore alla leggera sfumatura dei margini dell'ombra pellica, ossia all'unico segno che potesse far pensare alla tubercolosi non ci ha permesso l'esatta diagnosi preoperatoria.

Conclusioni. — Riassumendo queste brevi osservazioni sul valore diagnostico dell'indagine radiologica nella tubercolosi renale, basandoci soprattutto sul materiale della R. Clinica Chirurgica, degli anni 1934-38 (una cinquantina di casi), in cui ho potuto fare il raffronto fra reperto radiologico ed esame del pezzo anatomico asportato, si può concludere:

1) La radiografia semplice solo in una minima percentuale di casi fornisce dati utili.

2) La cistografia ci informa in molti casi sulle condizioni vescicali e ci fornisce a volte qualche dato utile presuntivo sul lato ammalato.

3) Il pneumorene, nella tubercolosi renale, non dovrebbe avere quasi indicazioni, tranne in casi di rene escluso, rene malleo, in cui si vuole avere l'immagine del contorno e della grandezza del rene.

4) La urografia endovenosa, pur non dandoci un segno patognomonico, ci fornisce una serie così importante di dati (sopra enumerati) che ben osservati e ben vagliati, in unione all'esame clinico, permettono quasi sempre di porre la diagnosi di sede.

5) La pielografia ascendente è il mezzo radiologico più sicuro per la diagnosi di tubercolosi, perchè fornisce una serie precisa di dati. Essa è priva di tutti quei pericoli ed inconvenienti che alcuni AA. le hanno voluto attribuire; il solo appunto che le si può muovere è che non in tutti i casi è eseguibile.

6) Infine bisogna riconoscere che esistono ancora casi o forse stadi della malattia - fortunatamente eccezionali - in

cui tutti i mezzi a disposizione messi insieme non danno la sicurezza diagnostica.

RIASSUNTO.

L'A., attraverso lo studio clinico e radiologico di 50 soggetti affetti da tubercolosi renale operati nella Clinica Chirurgica di Roma dal 1934 al 1938, confronta i dati radiologici di questi malati, e riassumendo le principali ricerche diagnostiche attualmente in uso per stabilire la natura dell'affezione ed il lato colpito, pone in luce il valore essenziale che, nella grande maggioranza dei casi, ha per la diagnosi la pielografia, specie quella ascendente, che non presenta, a parere dell'A. quegli inconvenienti che da alcuni le sono stati imputati. L'A. ricorda inoltre come talvolta, malgrado le ricerche più accurate, la diagnosi non è posta che al tavolo operatorio.

BIBLIOGRAFIA

- BONANOME: *Pielografia endovenosa*. IX Congr. Soc. Ital. Urol. Roma, ottobre 1931.
- BONINO: *La diagnosi precoce nella tubercolosi renale*. Ed. Min. Med., Torino, 1936.
- CASSUTO: *Per la precocità nella diagnosi tubercolare del rene*. Atti Accad. Lincei, 1936, fasc. 1-2, 3.
- CERULLI: *Esplorazione radiologica e indicazione chirurgica nella tubercolosi renale*. Soc. Tosco-Umbra di chir., novembre 1936.
- COLOMBINO: *La pielografia discendente*. Arch. Ital. Urol., vol. XI, 1934, pag. 64.
- COLOMBINO e MIGLIARDI: *Journ. d'Urol.*, aprile 1934.
- D'AGNOLO: *La pielografia endovenosa nella tubercolosi renale*. IX Congresso Soc. Ital. Urol. Roma, ottobre 1931.
- FERRANNINI: *La diagnosi nella tubercolosi renale*. Rif. med., n. 47, 1933, pagina 1765.
- LILLA: *La pielografia endovenosa*. IX Congr. Soc. Ital. Urol. Roma, ottobre 1931.
- MARASCO: *La pielografia endovenosa nella diagnosi della tubercolosi renale*. Riv. San. Sic., 15 febbraio 1935.
- MIGLIARDI: *L'esplorazione della funzionalità renale nella tubercolosi renale*. Urologia, giugno 1935.
- NISIO: *Sull'urografia con uroselectan*. IX Soc. Ital. Urol. Roma, ottobre 1931.
- *Pielografia ascendente e discendente nella tubercolosi renale*. Fisiologia e Medicina, 9, 1935.
- *Fattori che ostacolano la diagnosi precoce nella tubercolosi renale*. Il Cons. Antituberc. Bari, XI, 1936.

- NOVAX: *Diagnosi precoce nella tubercolosi renale*. Tipografia del Bianco, Udine, 1936.
- PAVONE: *La diagnosi precoce nella tubercolosi renale*. Cultura Medica Moderna, XV, 4, 1936.
- RAVASINI: *La pletografia*. IX Congr. Soc. Ital. Urol. Roma, ottobre 1931.
- RIVA GRIGNOLA: *Contributo sperimentale all'indagine radiologica nella tubercolosi renale*. Atti d. Soc. Ital. Urol., XIV Congr., 1935.
- SORRENTINO: *Tubercolosi renale di difficile diagnosi ed errori diagnostici*. Rinnasc. Medica, novembre 1936.

345117

