



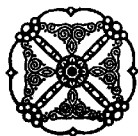
4. 40. 16

OSPEDALE DI SAN GIOVANNI IN FIRENZE
(Prof. N. GIANNETTASIO)

omaggio dell'a

Dott. AUGUSTO CASSUTO

Perinefrite sclero-adiposa



ARTI GRAFICHE
S. BELFORTE & C.
LIVORNO

OSPEDALE DI SAN GIOVANNI IN FIRENZE
(Prof. N. GIANNETTASIO)

Dott. AUGUSTO CASSUTO

Perinefrite sclero-adiposa

(Estratto dalla *Riforma Medica* anno XXXII, n. 24)



ARTI GRAFICHE
S. BELFORTE & C.
LIVORNO

Credo non privo di interesse trascrivere pochi appunti su un caso da me studiato di idronefrosi in un rene calcoloso, accompagnato da un'enorme perinefrite sclero-adiposa, perchè a me pare sia quasi totalmente mancata la sintomatologia clinica di questo complesso quadro morboso.

Storia clinica. — F. C. di anni 44, da Rossano; entra nel nosocomio l'otto agosto 1920. Artritis nei precedenti ereditari. Null'altro degno di nota nel gentilizio personale nè famigliare. Da giovane ebbe un'orchiepididimite acuta a sinistra, da cui residuò un ingrossamento del testicolo.

Cinque o sei anni or sono, dopo avere avvertito senso di peso a entrambe le regioni lombari, accompagnato da mialgie e nevralgie nell'arto inferiore sinistro, emise piccoli calcoli.

Nel maggio 1918, durante il servizio militare, fu colto da febbre a tipo continuo, con sintomi di infezione intestinale attribuita al bacillum coli.

L'esame delle urine praticato in quel periodo fu negativo.

Però già nella convalescenza fu notata una sensibile oliguria: sino a 300 cmc. giornalieri. L'esame del sedimento mostrava al microscopio una notevole quantità di pus.

Qualche tempo dopo la completa guarigione ebbe un breve attacco di colica renale destra, seguita dall'emissione di un calcolletto grande quanto un pisello.

L'infermo ha vissuto poi senza speciali sofferenze sino a oggi. Ricorre all'ospedale per consiglio del suo medico, il quale ha palpato casualmente una notevole tumefazione pressochè indolora nell'ipochondrio sinistro.

Esame obiettivo. — Uomo di costituzione robusta e ben nutrito. Normale il colorito della pelle e delle mucose. Organi toracici normali. L'esame dell'addome non fa rilevare nulla di speciale.

Coll'esame combinato delle due mani si percepisce una grossa tumefazione, la quale occupa tutta la regione del fianco sinistro e invade una parte della regione ombelicale e ipogastrica dello stesso lato, giungendo presso la linea mediana.

I suoi margini sono indistinti e non è quindi facile apprezzarne esattamente il volume. La consistenza è dura. È possibile spostare lievemente la massa dall'indietro all'avanti e da destra verso sinistra. Nel decubito laterale destro la massa si rende più accessibile alla mano che palpa e può venire spinta verso la loggia renale sinistra. La palpazione non provoca dolore. La ricerca del ballotamento non dà sensazioni sicure. La percussione dà suono ottuso su tutta l'area della tumefazione.

L'ottusità della milza è alquanto risalita verso l'alto. Il fegato è normale e nei suoi limiti.

Nulla da rilevare all'esame obiettivo dello stomaco e dell'intestino.

Riesce del tutto negativa la prova radiografica di entrambe le regioni renali.

Le urine sono limpide: danno una leggerissima reazione per l'albumina e nel sedimento si riscontrano globuli di pus in piccola quantità. L'urea è nella proporzione del 12.68 %.

Più tentativi di cateterismo degli ureteri riescono infruttuosi per l'intolleranza del malato, il quale rifiuta la narcosi o l'anestesia lombare.

Si riesce tuttavia a introdurre un cistoscopio semplice (18 Charr.) in vescica, previa irrigazione di antipirina al 2 %.

Questa esplorazione permette di constatare una vescica in condizioni normali.

Le zone del collo e del trigono sono sane: un'attenta osservazione delle due papille ureterali permette di rilevare che la funzione e il ritmo dell'uretere destro sono ottimi: non si scorge traccia di nubecola dal meato ureterale destro. Il meato ureterico sinistro è difficilmente riconoscibile, innichiato com'è fra due pliche. Ripetendo l'osservazione cistoscopica non si riesce a scorgere traccia di eiaculazione a sinistra, cosicchè si acquista il convincimento che il rene di tal lato sia fuori funzione.

I dati clinici parlano per una localizzazione della massa a carico del rene sinistro e il reperto cistoscopico conforta tale orientamento diagnostico.

Quanto alla diagnosi di natura dell'affezione, grandi sono le difficoltà: i sintomi che ci è dato raccogliere sono così scarsi che, essendo la funzionalità renale buona (urea), viene deciso un intervento esplorativo per via lombare.

Operatore il prof. Giannettasio, Schleich-narcosi regolare. Incisione di Simon-Guyon. Aperta la loggia renale, si scopre un enorme blocco di tessuto grasso che non permette di raggiungere il rene. Poichè non riescono le manovre per circoscrivere la massa con la mano in guisa da lussarla all'esterno, essa viene asportata a grossi frammenti. Liberato il campo operatorio, si può esplorare un poco la loggia renale e si riesce a palpare il rene quasi totalmente ricacciato nella fossa iliaca sinistra. Esso è fortemente aumentato di volume con una superficie tesa e consistenza duro-elastica.

Si cerca allora di trar fuori il rene: lacerando tutt'attorno il tessuto adiposo che forma una sacca perinefritica, si giunge a liberare il polo inferiore, il quale è fortemente aderente al peritoneo parietale.

Poichè anche da una sommaria esplorazione il rene appare idronefrotico e gremito di calcoli, viene decisa la nefrectomia.

La legatura del peduncolo è difficoltosa, perchè il rene per il suo volume si porta con difficoltà all'esterno e perchè i vasi sono circondati da una cotenna di grasso. Inoltre un grosso calcolo è incuneato nell'uretere. Si pensa quindi di facilitare l'operazione colla pielotomia: estraendo il calcolo, il rene in parte si svuota di un liquido non eccessivamente torbido, inodoro.

La nefrectomia viene poi rapidamente completata, lasciando un drenaggio.

Il malato dopo venti giorni viene dimesso guarito. (In ottava giornata era stato tolto il drenaggio).

Il rene appare all'esame anatomico-patologico distrutto nella sua totalità e ridotto alla sola capsula. Si osservano ampie concamerazioni, che contengono numerosi calcoli e che sono divise l'una dall'altra mediante setti di tessuto connettivale. L'esame microscopico ha confermato la distruzione della so-

stanza corticale e della midollare. La pelvi presenta delle ulcerazioni per i decubiti del calcolo che conteneva. I calcoli risultarono di fosfati ammonio-magnesiaci.

L'esame del liquido contenuto nel rene mostrò la presenza di pochi leucociti e assenza di germi, reazione dell'albumina appena accennata.

L'esame istologico del tessuto perirenale dimostrò trattarsi di tessuto adiposo, fornito quà e là di travate fibrose.

Il caso nostro non è quindi da confondere con i lipomi della capsula, di cui sono descritti voluminosi esemplari nella letteratura (per es. il caso di Thiriar, peso undici kg.); perchè i lipomi anatomo-patologicamente si differenziano per avere i limiti ben netti, una capsula, la superficie mammellonata, una consistenza più o meno uniforme e istologicamente per essere costituiti da puro tessuto adiposo; invece la fibro-lipomatosi si distingue per essere limitata a certi punti di preferenza, con una superficie irregolare e senza limiti netti coi tessuti vicini, per consistenza ineguale e fornita di estesi sepimenti fibrosi di sostegno.

Dobbiamo ora considerare due fatti: il singolare decorso della malattia e il reperto operatorio.

Nel nostro paziente mancarono i sintomi più importanti della litiasi e dell'idronefrosi. Infatti un calcolo incuneato nell'uretere suol dare fenomeni dolorosi non solo intensi ma anche un po' persistenti: i dolori non si limitano, di solito, alla regione lombare, ma possono irradiarsi lungo l'uretere fino alla vescica, al testicolo e alla loggia renale opposta.

È noto che il movimento esacerba le crisi dolorose, mentre, per quanto il nostro malato fosse stato sottoposto ai recenti disagi della vita militare, non fu mai assalito da coliche, pur con una lesione tanto progredita.

Delle ematurie, talora abbondanti e frequenti, caratteristicamente accompagnate e seguite da dolori non vi fu traccia, neppure microscopicamente, in tutta la storia dell'infermo. Non ebbe febbre, nè ebbe mai i fenomeni caratteristici della uronefrosi.

L'operazione mostrò, come abbiamo veduto, che trattavasi di una perinefrite sclero-adiposa particolarmente sviluppata al disopra del rene. La perinefrite, come è noto, non di rado

segue la calcolosi del rene. Tre ne sono i tipi: la forma suppurativa, la più comune, la tubercolare e la fibro-lipomatosa, più rara.

Appunto quest'ultima abbiamo osservato. Due lesioni i associano in proporzioni variabili, la trasformazione fibrosa del tessuto connettivo e l'ipertrofia della capsula adiposa in guisa da fare apparire alla palpazione il rene aumentato di volume, mentre in realtà è sclerosato e rimpicciolito (a meno di complicate idronefrotiche, come nel caso nostro). Il grasso non si limita a incapsulare il rene, ma contrae anche intimi rapporti con i tessuti circostanti e, per mezzo di travate connettivali, con la capsula propria, e tutt'attorno poi ai vasi dell'ilo in guisa da alterarli. Ne deriva un'ostacolata sanguificazione dell'organo, ciò che in parte spiega l'atrofia. La diffusione del grasso può inoltre non limitarsi qui, ma diffondersi lungo l'uretere sino alla vescica.

Clinicamente la perinefrite sclero-adiposa decorre senza speciali disturbi, ma talora può per sè sola esser causa di dolori acerbissimi tanto da imporre un intervento (Nicolich, due casi).

Le difficoltà operatorie, com'è da pensare, sono talora veramente ardue, sopra tutto nel momento in cui si deve liberare il peduncolo dalla ganga sclero-adiposa che ne inceppa la funzione, tanto che molti preferiscono eseguire la nefrectomia sottocapsulare quando è il caso di asportare il rene, e la capsulectomia alla semplice tomia negli altri casi.

Sarebbe interessante studiare sperimentalmente la sclero-adiposi di cui non conosciamo l'etiologia. Forse si potrebbe pensare che azioni tossiche determinate da un'infezione attenuata, nel caso nostro i calcoli, possano produrre fatti di sclerosi e di necrosi in un tessuto delicato come la sostanza renale, mentre è probabile che la capsula di tessuto adiposo, ricca di vasi o di alta vitalità, reagisca agli stessi stimoli proliferando intensamente.

BIBLIOGRAFIA. — ARCANGELI A. Perinefrite tubercolare. *Il Morgagni*, n. 2, pag. 33, 1921. — BAVIERA. V. Perinefrite fibrosa e rene mobile con ematuria. *Giornale di Medic. e Chirur.*, n. 7, pag. 315, 1912. — BROUARDEL e GILBERT. *Maladies des reins*. Baillière, Paris

1920. — DUPLAY, RECLUS et TUFFIER. *Trattato di Chirurgia*. U. Tip. Torino 1895, v. II. pag. 87. — GÉRARD. *Bull. Soc. Biologie de Paris*. T. 5, pag. 320, 1858. — HARTMANN. *Bull. Soc. Anatomie de Paris*, pag. 360, 1885. — ILLIES. G. Perinephrite fibrosa. *Folia Urologica*, t. VI n. 11, pag. 691, 1911. — LEGUEU. *Traité Chirurgical d'Urologie*. Alcan, Paris. — LEGUEU et PAPIN. Exploration radiographique de l'appareil urinaire. Soc. Edit. Scient. Paris, 1913. — MARION G. *Technique chirurgicale* Maloine Paris. t. II. pag. 720, 1917. — NICOLICH. Sur deux cas de périnéphrite scléro-adipeuse très douloureuse. *Journal d'Urologie* pag. 69 t. IV, 1913. — POUS-
SON. A. Malattie delle vie urinarie. Soc. Edit. Libr., Milano, pag. 579, 1908. — POUS-
SON. A. Rôle pathogénique de la périnéphrite au niveau du hile. *Urologie and cutaneous review. Technical suppl.* v. I n. 1. 1913. — RAYER. *Maladies des reins*. t. III. pag. 244. Paris. — TUFFIER. La capsule adipeuse du rein. *Rev. de Chirurgie*, pag. 390, 1890. — TUFFIER. et LEJARS. *Arch. de Physiol.*, pag. 35, 1891.

3703



