

282
PROF. EUGENIO PIRONDINI

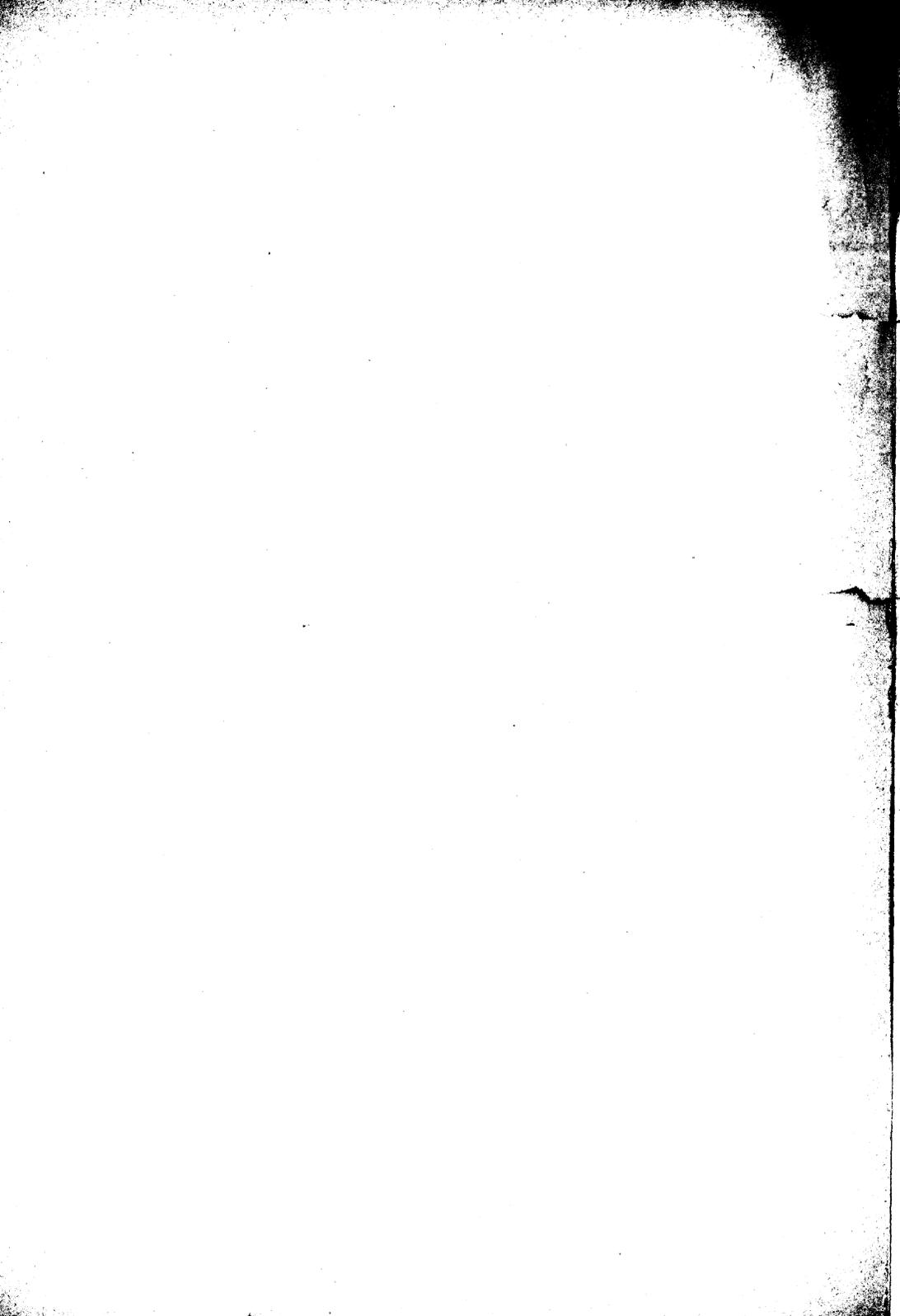
La prova della galattosuria nella insufficienza renale

—
Estratto dal POLICLINICO (Sezione Pratica), anno 1923
—



80
B
11

ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »
N. 14 — Via Sistina — N. 14
—
1923



Prof. EUGENIO PIRONDINI

La prova della galattosuria nella insufficienza renale

Escenti del Policlinico (Sezione Pratica), anno 1923

ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE «IL POLICLINICO»

N. 14 - Via Sistoia - N. 14

1923

PROPRIETÀ LETTERARIA

La prova della galattosuria nella insufficienza renale.

del prof. EUGENIO PIRONDINI.

Al termine della Monografia sulla azoturia sperimentale (Roma 1917), concludevo insistendo che in ogni applicazione dell'esame della funzione renale non si può prescindere dall'intervento degli organi funzionalmente connessi al rene (*funzionalmente pararenali*).

Già in quella epoca era stato detto che nella uremia — spesso almeno — vi è una acidosi, e per quanto riguarda tali correlazioni affermavo terminando la Monografia: «L'anello di congiunzione fra uremia e probabile acidosi potrebbe essere appunto il fegato... Alla ricerca di tali problemi di estrema importanza scientifica e clinica si orienteranno le ricerche future».

Funzione epatica e acidosi hanno intimi rapporti: vi sono acidosi di origine epatica e forse alterazioni epatiche prodotte dall'acidosi.

E come diretto corollario vi sono metodi di studio della funzione epatica che sono anche metodi per la ricerca dell'acidosi.

Purtroppo alcuni di questi metodi sono troppo complessi, altri troppo grossolani e di valore non sufficientemente stabilito.

Negli urinarii il campo di scelta si limita ancora più perchè in alcuni — per determinati periodi almeno — può essere impossibile raccogliere tutta l'urina delle 24 ore, e per altri la reazione, la presenza, il riconoscimento anche di determinati prodotti, possono essere profondamente turbati dalle così frequenti complicazioni infettive.

Infine, negli urinarii la stessa alterazione della permeabilità renale può modificare i risultati di non pochi metodi di esame della funzione epatica.

In questo primo tentativo di studio della funzione epatica negli urinarii scelsi la prova della galattosuria provocata, perchè ha un indiscutibile valore clinico, e perchè è semplice, e bene tollerata (assai più della levulosuria, che pure in qualche caso pratici).

E per la tecnica seguii quella più comune: reazione di Nyländer e in qualche caso dubbio ricerca della rotazione polarimetrica nella urina preliminare di controllo, (onde essere sicuri della assenza di una preesistente glicosuria); somministrazione alla mattina a digiuno di 40 gr. di galattosio in acqua di seltz; raccolta delle urine per 6-10 ore a volte frazionatamente; in queste urine ricerca della reazione di Nyländer e quasi sempre anche determinazione polarimetrica (polarimetro di Laurent con tubo di 50 cm.), dopo di avere dealbuminato, defecato e spiombato.

Risultati. — Praticai la prova della galattosuria complessivamente in 27 casi, 14 di ordine medico e 13 di ordine chirurgico, tutti esattamente studiati dal punto di vista della funzione renale, (determinazione della pressione col Pachon, azotemia, costante di Ambard, prova fialeinica per via intravenosa; in molti degli infermi di ordine chirurgico, anche cateterismo degli ureteri).

Del gruppo degli *infermi d'ordine medico* fanno parte un caso, di calcolosi epatica, con supposta e poi esclusa nefropatia, uno di neurastenia urinaria e 12 di nefrite cronica.

a) Nei due primi casi la galattosuria fu negativa.

b) Sui 12 casi di nefrite cronica, in ben 8 la prova della galattosuria fu indubbiamente negativa. Eppure in tutti questi vi era uno stato di grave insufficienza renale; in due vi era pure retinite albuminurica; in un altro la galattosuria fu ripetutamente negativa anche in un periodo di uremia conclamata.

In due casi di nefrite d'antica data sopravvenuta in seguito a un morbo di Verlhoff la eliminazione galattosica si avvicinò ai grammi 0,80. Ma in uno si trattava di una giovanetta di piccola mole, in cui forse la dose abituale di galattosio poté essere eccessiva. Nell'altro si trattava di un grave nefritico (albuminuria intensa, ipostenuria, azotemia, abbassamento della eliminazione fialeinica, ipertensione, retinite albuminurica).

In un caso la eliminazione risultò di grammi 1,40 (nefrite luetica senza ipertensione né

piccola uremia, e con sufficienza; nell'ultimo di tal gruppo fu di gr. 1.80 (nefrite di antica data con scarso reperto urinario, senza ipertensione, con eliminazione fialeinica ancora buona, ma con qualche segno di piccola uremia).

In questo infermo, e anche in due altri (uno con grande insufficienza), la leucosuria provocata risultò negativa.

Del gruppo degli infermi d'ordine chirurgico fanno parte:

a) 3 prostatici in cui la galattosuria fu indubbiamente negativa; in uno era da poco scomparsa mediante la cistostomia uno stato di grave infezione urinosa e insufficienza renale; in un secondo si era prossimi al secondo tempo, e dopo un mese circa di cistostomia le condizioni prima gravissime - poichè trattavasi di un disteso vescicale - erano assai migliorate; il terzo fu ritenuto inoperabile per una grave insufficienza da nefrite probabilmente luetica; in questo anche la leucosuria fu negativa;

b) la eliminazione galattosica risultò di circa gr. 1.20 in un infermo di 74 anni, notevolmente deperito, con calcolosi vescicale, e in un secondo infermo di 76 anni con tumore vescicale inoperabile, da gran tempo ematurico, in condizioni generali pure scadutissime; in tale infermo la leucosuria fu negativa. In entrambi non vi era uno stato dimostrabile di insufficienza renale;

c) finalmente negli 8 casi di nefropatie chirurgiche, $\frac{1}{2}$ con sufficienza, (sebbene in due la lesione fosse bilaterale), e $\frac{1}{2}$ con lesione bilaterale e insufficienza grave, la prova della galattosuria fu sempre negativa.

Il massimo della eliminazione fu di grammi 0.90 in un infermo del primo gruppo; poi subito venne per intensità di eliminazione galattosica un infermo pure del primo gruppo in cui si eliminarono gr. 0.55 appena.

È importante che dei $\frac{1}{2}$ infermi del secondo gruppo, ben tre presentavano netti fenomeni uremici; in uno poi si trattava di pionefrosi sinistra e di grave nefrite luetica destra; in un altro di questi quattro infermi anche la leucosuria fu negativa.

Concludendo: *in genere, negli urinarî colla galattosuria provocata non si riuscirebbe a dimostrare una insufficienza della funzione del fegato, (almeno della glicogenetica).*

Infatti, anche considerando positive quelle galattosurie provocate in cui la eliminazione galattosica raggiunge almeno un grammo, ben poche se ne ritroverebbero nei casi susposti, e senza netta predilezione nè pel tipo, nè per l'origine, (ad esempio luetica), della lesione renale, e neppure pel grado di insufficienza, forse solo con una certa predilezione per l'età avanzata, (infermo di calcolo vescicale e infermo di tumore vescicale).

Ma invece, considerando come Reiss e Jehn (Med. Klin., 1908, n. 30 e 31, positive solo quelle galattosurie provocate in cui la eliminazione galattosica raggiunge almeno 2 gr., nessuna delle prove eseguite sarebbe positiva.

Questi risultati sono assai diversi da quelli di Marian Franke, (Wiener Klin. Woch., 1913, pag. 1159), il quale in 9 di 14 nefritici ebbe la leucosuria positiva; a me anche questa prova fu sempre negativa.

Anzi mentre M. Franke ottenne la leucosuria positiva malgrado l'assenza di fenomeni uremici clinicamente evidenti, nelle mie prove la galattosuria riuscì negativa, spesso malgrado stati uremici manifesti.

Si potrebbe forse spiegare la discordanza dei risultati considerando che nei casi positivi di M. Franke vi era una *netta alterazione parenchimale* in senso stretto, mentre in quelli negativi, pur esistendo a volte questa stessa alterazione, vi dovevano essere anche lesioni connettivali e vasali.

Ora, in tutti i miei casi di nefrite, anche in quelli con albuminuria più cospicua, lesioni connettivali e vasali certamente vi erano.

E a questi tipi di lesioni sono riferibili non poche nefropatie secondarie al prostatismo, come pure, (in gran parte almeno), quelle chirurgiche bilaterali in cui da un lato vi è la nefropatia strettamente chirurgica e dall'altro una nefrite, (non una nefrosi), secondaria o accidentalmente coesistente.

Infine anche nei casi di lesione renale chirurgica strettamente bilaterale mancano in genere i segni clinici e urologici di grave lesione parenchimale in senso stretto, (quali la ipertensione e gli edemi, la grande albuminuria, l'intensa cilinduria).

Potrebbe sorgere anche il dubbio che l'esito negativo di tali prove fosse legato in parte alla diminuzione della permeabilità renale. E questo il punto debole dei metodi di eliminazione provocata nella insufficienza renale; però a me risultò negativa pure la leucosuria per la quale secondo Franke il fattore renale non sarebbe molto importante.

Sto ora sempre più convincendomi che nello studio dei rapporti fra funzione epatica, acidosi e uremia, sia più facile e più opportuno cominciare dall'acidosi determinata colla tensione carbonica nell'aria alveolare.

Su tal punto è d'imminente pubblicazione un contributo che tratta di una nuova tecnica facile e sicura, e dei primi risultati.



IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI - FRANCESCO DURANTE

Collaboratori: Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

Si pubblica a ROMA in tre sezioni distinte:

Medica - Chirurgica - Pratica

IL POLICLINICO nella sua parte originale (Archivi) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicchè i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della chirurgia e dell'igiene.

LA SEZIONE PRATICA che per sé stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive, e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle discipline mediche in Italia e all'estero. Pubblica perciò numerose e accurate riviste in ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici. Non trascura di tenere informati i lettori delle scoperte ed applicazioni nuove, dei rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, dei nuovi strumenti, ecc., ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

Pubblica le disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, potendo esserne informato immediatamente, nonchè una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotte vacanti, ecc.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgono al *Policlinico* per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica due rubriche speciali e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli vengono richieste.

IL POLICLINICO contiene ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO adunque, per gli importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi e meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNUI		Italia	Estero
Singoli:			
1.) Alla sola sezione pratica (settimanale) . . .	L. 50	L. 75	
1.a) Alla sola sezione medica (mensile) . . .	L. 35	L. 45	
1.b) Alla sola sezione chirurgica (mensile) . . .	L. 35	L. 45	
Cumulativi:			
2.) Alle due sezioni (pratica e medica) . . .	L. 75	L. 110	
3.) Alle due sezioni (pratica e chirurgica) . . .	L. 75	L. 110	
4.) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica) . . .	L. 95	L. 130	
Un numero della sezione medica o chirurgica L. 5; della pratica L. 3.			

Il *Policlinico* si pubblica sei volte il mese.

La sezione medica e la sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48-64 pagine, che in fine d'anno formano due distinti volumi.

La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32 pagine oltre la copertina.

Gli abbonamenti hanno unica decorrenza dal primo di gennaio di ogni anno. L'abbonamento è impegnativo per tutto l'anno, ma può essere pagato in due rate semestrali anticipate. Indirizzare Cartoline-Vaglia, Chèques e Vaglia Bancari all'Editore del "Policlinico", Cav. LUIGI POZZI.

UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Salaria, 14 - ROMA (Telefono 23-09)