

65-
DOTT. SANTE CIANCARELLI

Studio istologico di alcuni casi di tumori renali

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica) anno XLVI (1939)



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

—
1939

DOTT. SANTE CIANCARELLI

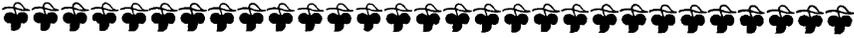
Studio istologico di alcuni casi di tumori renali

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica) anno XLVI (1939)

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

—
1939

PROPRIETA LETTERARIA



CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. G. CARONIA.

Studio istologico di alcuni casi di tumori renali

Dott. SANTE CIANCARELLI, Reparto chirurgico.

La questione della istogenesi dei tumori renali e specie del cosiddetto ipernefroma è ancora dibattuta. L'occasione avuta di operare quattro tumori renali mi ha spinto ad uno studio istologico degli stessi e quindi a considerazioni sulla loro istogenesi che credo non inutile esporre in questa breve memoria.

La natura dei tumori renali fu considerata come epiteliale da Klebs, Recklinghausen, Lancereaux, Weichselbaum, ecc. Nel 1883 per opera di Grawitz si distinse un tipo di tumore che per alcuni caratteri macroscopici e istologici fu ritenuto originare da resti di surrenale aberranti. Questo autore riconobbe l'identità di struttura fra questo tumore e le iperplasie e adenomi della surrenale (*Struma suprarenalis* di Virchow) e li chiamò « *Strumae suprarenales aberratae renalis* ». A sostenere questa interpretazione dimostrò l'esistenza piuttosto frequente di resti di tessuto cortico-surrenale sotto la capsula e nella corteccia del rene. Forse in nessun altro tumore come in questo pareva dimostrata l'esattezza della teoria che Colneim pochi anni prima, nel 1877, aveva enunciata.

I principali argomenti di Grawitz furono: *a*) la sede del tumore sotto la capsula ed al polo superiore (sede frequente di tessuto surrenale aberrante); *b*) il carattere delle cellule; *c*) l'incapsulamento del tumore; *d*) la rassomiglianza di struttura con quella della surrenale; *e*) la presenza nella parte centrale del tumore di un'area fibrosa circondata da una parte più cellulare.

La teoria di Grawitz fu subito accettata da Chiari, Lubarsch, Marchand,

ecc., ed estesa ad altri tipi di tumori renali. Così Beneke l'applicò a certi sarcomi e Horn anche a tumori con struttura papillare.

Ma fin dal 1893 Sudek si oppose alla teoria surrenale e sostenne che i tumori alveolari e quelli papillari sono in realtà identici e sono da considerare come adenomi renali. Anche Stoerk in una serie di lavori conclude che la differenza tra tessuto surrenale aberrante ed epitelio renale in degenerazione grassa è difficile e spesso impossibile, che l'epitelio renale può andare incontro ad intensa degenerazione grassa specialmente in occasione di processi nefritici cronici, che le papille e le formazioni tubulari che si possono trovare negli ipernefroidi sono rare o assenti nei tumori della surrenale propria e che molti aspetti ritenuti tipici degli ipernefroidi, si ritrovano negli adenocarcinomi del rene.

La caratteristica più importante sarebbe rappresentata dall'aspetto delle cellule che hanno forma poliedrica e protoplasma chiaro e ricorda quello delle cellule delle surrenali. Stoerk e Sudek, come si è detto, hanno insistito sulla difficoltà di fare tale distinzione e sulla possibilità delle cellule renali di assumere questa struttura.

Per Masson esiste una differenza tra le cellule surrenali aberranti e quelle degli ipernefroidi, consistente nel fatto che le prime hanno il protoplasma schiumoso per goccioline di grasso e lipoidi mentre nelle seconde esso è omogeneamente chiaro e ridotto ad un piccolo spazio vuoto circondato dalla membrana protoplasmatica.

Anche gli studi chimici accurati di Lubarsch, Stoerk, Ipsen, ecc., non hanno portato a risultati conclusivi, giacchè si è visto che sia la surrenale che gli adenomi di questa possono contenere presso a poco gli stessi elementi (grassi, lipoidi, glicogeno) e nella stessa proporzione degli ipernefroidi.

Autori recenti hanno seguito le idee di Stoerk e fra questi Zehbe, Wilson, Willis, Glynn, Masson, Ewing, Boyd, Geschickter, ecc.

Uno dei principali argomenti contro la teoria di Grawitz, è la presenza negli ipernefroidi di formazioni glandolari o papillari. Benchè Grawitz, Marchand, Askanazy, Manasse, ecc., ne abbiano sostenuta l'esistenza nei tumori propri della surrenale e benchè Kölliker, Eberth, ecc., le abbiano descritte nella surrenale normale, oggi la maggioranza degli Autori non l'ammette più. Ewing è dell'opinione che la presenza di queste formazioni in un tumore sta contro la sua origine surrenale. Altro criterio, a nostro parere, importante è il ritrovare frequentemente in adenocarcinomi tubulari o papillari del rene cellule che hanno gli stessi caratteri di quelle degli ipernefroidi, e inoltre il ritrovare cellule di aspetto differente, in varia misura, chiare e scure.

Un altro argomento contro la teoria surrenale è certamente quello della mancanza di manifestazioni endocrine degli ipernefroidi. Come si sa, i tumori surrenali della corticale (adenomi e carcinomi) hanno un'azione endocrina e producono profonde alterazioni somatiche che vanno dal virilismo alla sindrome di Cushing. Mai sono stati osservati questi sintomi in presenza di ipernefroidi indovati nei reni. I tumori propri della surrenale che si accompagnano a queste manifestazioni somatiche danno inoltre una Asheim-Zondek positiva (Frank e Copeland), mentre mai è stata trovata positiva negli ipernefroidi (Fergusson, Ferro, caso personale).

*
**

Riporto brevemente i dati clinici e i reperti istologici dei casi da me osservati.

Dai tumori estirpati furono prelevati vari pezzi da punti differenti e posti nei comuni fissatori (formalina al 10 %, alcool, ecc.), furono eseguite le comuni colorazioni (ematosilina-eosina, van Gieson, Mallory). In nessuno è stato possibile fare la ricerca del glicogeno per il fatto che i tumori furono tutti fissati in formalina o in alcool.

Caso I. — C. Antonio, a. 54. Da circa 6 mesi è comparso un varicocele all'emiscroto d. Da qualche mese ha notato diminuzione dell'appetito; ha perduto 7-8 kg. di peso. Tre giorni prima dell'operazione ha avuta ematuria abbondante, silenziosa, capricciosa.

E. O. — Dimagrimento, lieve pallore, grosso tumore lombare D., varicocele accentuato emiscroto destro. Uretero-pielografia: Rene sinistro ingrossato, ben funzionante,

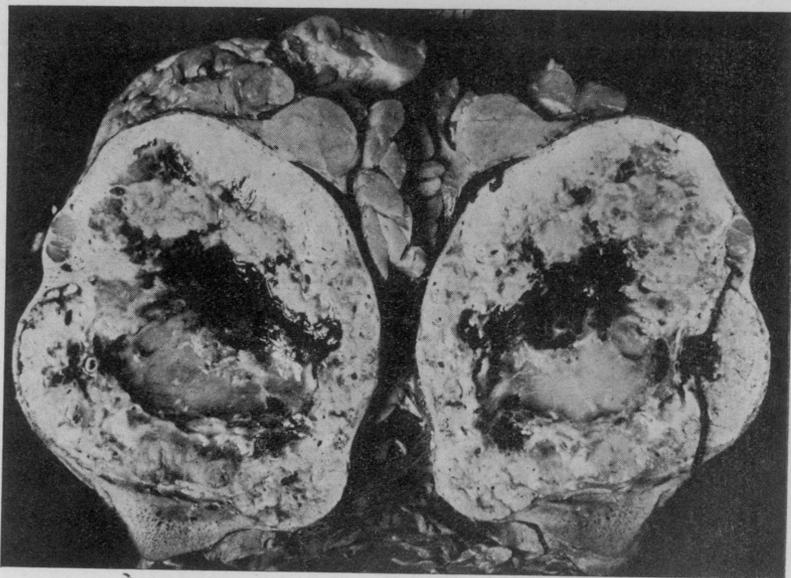


Fig. 1.

a destra grossa massa che non elimina. Asheim-Zondek negativa. Azotemia 1,20. Glicemia 1,10.

Operazione 19 luglio 1939 (Sante Ciancarelli); nefrectomia destra. Guarigione.

Esame macroscopico (fig. 1). Il pezzo asportato chirurgicamente è il rene destro, aumentato di volume e deformato. Ha una forma irregolarmente ovalare con l'ilo ancora riconoscibile; è grande circa quattro volte un rene normale, a superficie liscia grossolanamente lobulata; di colorito grigio con chiazze emorragiche sul margine convesso, e percorsa da grosse vene turgide. La consistenza uniformemente aumentata è duro-elastica. Nel polo superiore e nell'ilo presenza di abbondante tessuto adiposo. L'uretere, la vena e l'arteria renale sono normali.

Al taglio, nello spessore del rene, si mette in evidenza un tumore rotondeggiante di circa 10 cm. di diametro, a limiti netti, di colorito grigio biancastro, di aspetto fibroso al centro e giallo chiaro alla periferia. Il polo inferiore del rene è riconoscibile con disegno normale conservato. Il resto del tessuto renale è ridotto ad una sottile lamina grigio biancastra, che circonda il neoplasma.

Esame microscopico (fig. 2 e 3). Il tumore è costituito da una diffusa proliferazione di cellule disposte in alveoli o in cordoni circoscritti da un esile connettivo vascolare. Le cellule di forma e grandezza varia sono per lo più grandi e poliedriche, nettamente deli-

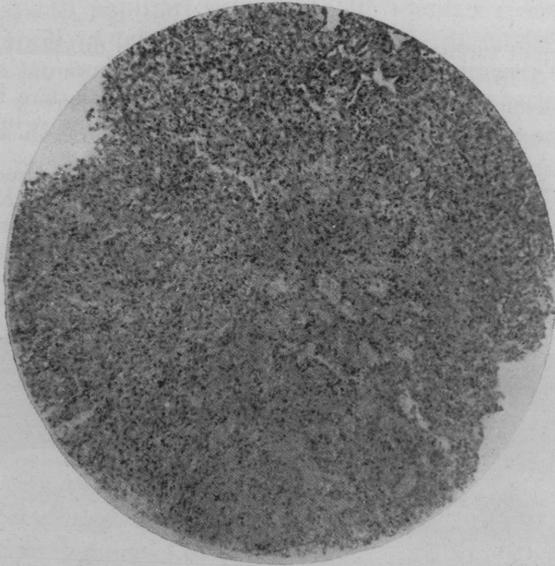


Fig. 2.

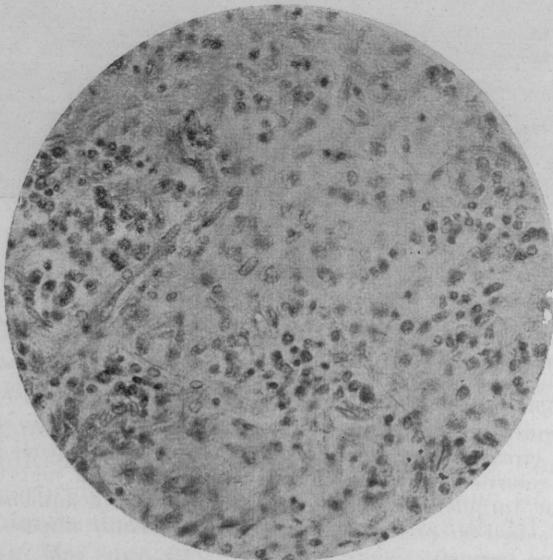


Fig. 3.

mitate da quelle circostanti e formanti una specie di mosaico. Il protoplasma è abbondante, piuttosto chiaro, granuloso, acidofilo e con grossi nuclei vescicolosi, rotondegianti od ovalari con scarsa cromatina. Vi sono inoltre cellule allungate, altre più grandi

di forma irregolare con grossi nuclei anch'essi irregolari e ipercromatici; in alcune cellule il protoplasma appare vacuolare. Non si rinvengono cariocinesi. Gli alveoli ed i cordoni epiteliali sono circondati da tessuto connettivale provvisto di vasi sottili, il lume dei quali è visibile solo a forte ingrandimento, e le cui pareti sono formate da uno strato endoteliale, ed in quelli più grandi anche da esili fibre connettivali. In alcuni tratti lo stroma mostra ammassi o piccoli gruppi di cellule linfoidi, rotonde, piccole, con nucleo ipercromatico. Sono scarse le zone di necrosi e ridotte a piccoli focolai. Le cellule che le delimitano hanno un aspetto pseudo tubulare. In alcuni tratti vi sono vere formazioni tubulari, cavità ripiene di sostanza amorfa, tappezzate da cellule cubiche basse monostratificate. Alla periferia non si osserva capsula. Il tumore è ben circoscritto da tessuto re-



Fig. 4.

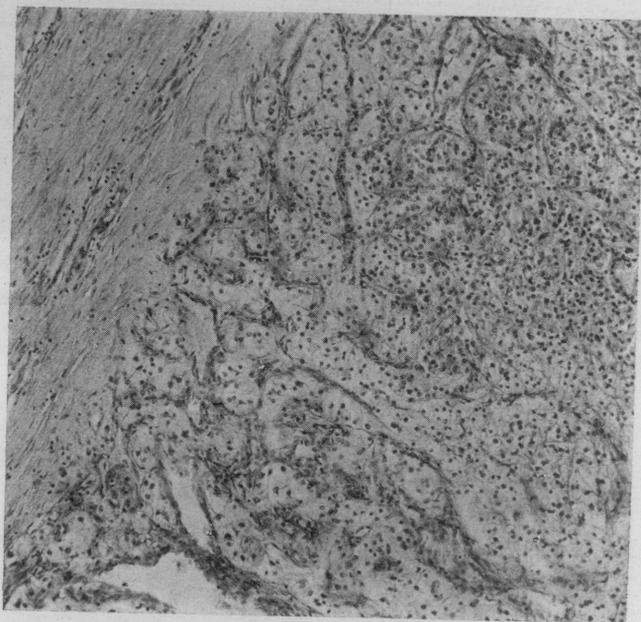


Fig. 5.

nale che è compresso ed alterato, e cioè trasformato in un tessuto connettivale, nel quale sono discernibili alcuni glomeruli atrofici sclerotici e il lume di alcuni tubuli dilatato e ripieno di sostanza amorfa. Nei residui di tessuto renale sono presenti abbondanti accumuli di elementi linfoidi, specie al limite con il tumore e vasi ampi e ripieni di sangue.

CASO II. — C. Pietro, a. 49. Ematurie intermittenti, abbondanti, indolori da 2 anni.

E. O. — Condizioni generali ottime. Tumefazione lombare destra; idrocele destro.

Cromocistoscopia. — Nessuna eliminazione a destra; buona a sinistra. Azotemia 0,34.

Operazione 13 aprile 1939 (prof. Chiasserini). Nefrectomia destra con resezione parietale della vena cava. Guarigione.

Esame macroscopico (fig. 4). Il pezzo asportato è il rene destro, ingrandito circa il doppio del normale e deformato. Pesa 560 grammi. La deformazione è a carico della metà inferiore, la quale è aumentata nel suo diametro trasversale che misura circa 10 cm. ed ha una superficie bernoccoluta per nodosità della grossezza di una noce, di vario colorito per la presenza di aree grigie, gialle e rosse. La consistenza è duro-elastica. Dall'ilo sporge la vena renale dilatata (2 cm. di diametro) ripiena di formazioni nodulari. L'urettere e

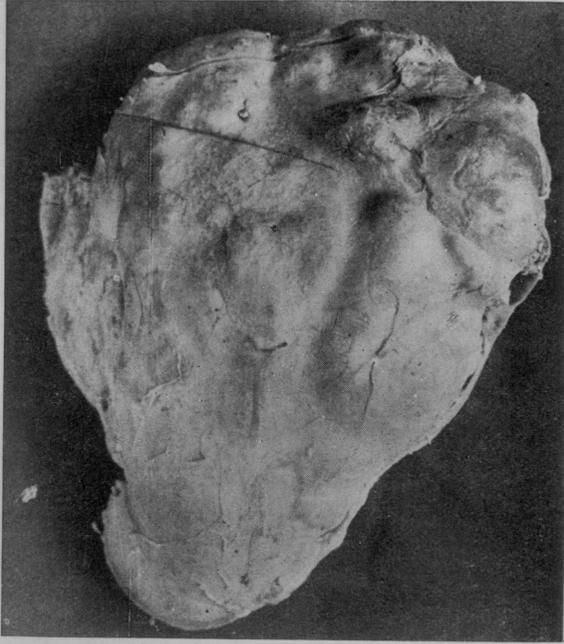


Fig. 6.

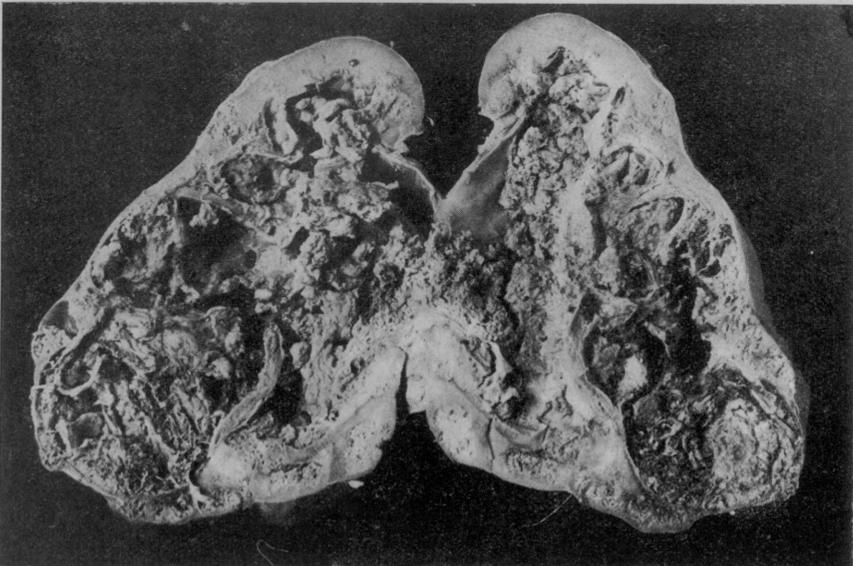


Fig. 7.

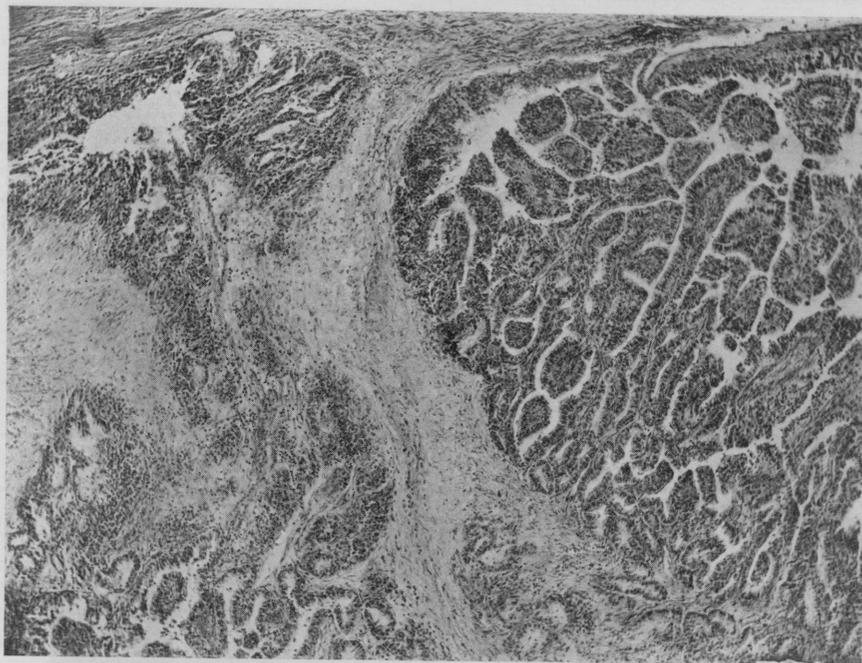


Fig. 8.

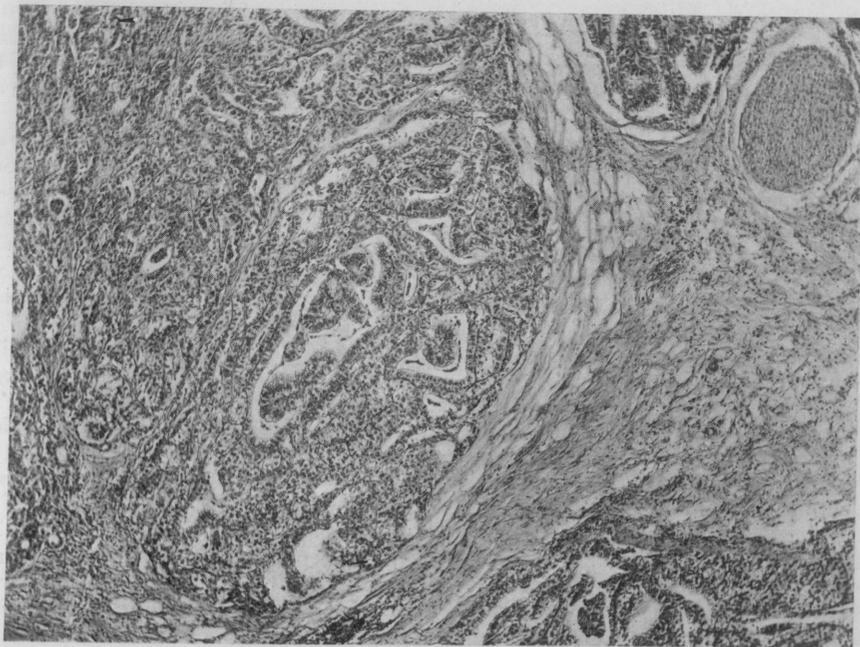


Fig. 9.

l'arteria renale sono indenni. Nel polo superiore, in mezzo al tessuto adiposo, si riconosce la capsula surrenale di aspetto normale.

Esame microscopico (fig. 5). La struttura del tumore è costituita da cordoni e alveoli cellulari circondati da un delicato stroma vascolare; i cordoni e gli alveoli a loro volta sono fatti di cellule grandi, poliedriche con abbondante protoplasma chiaro a limiti netti, giustapposte le une alle altre a guisa di mosaico. I nuclei sono grandi di forma rotondeggiante o irregolare, ed ipercromatici con grossi nucleoli. Il numero delle cariocinesi è discreto.

Qua e là si notano gruppi di cellule con protoplasma scuro, granuloso, acidofilo. Esistono inoltre cellule più grandi con nucleo gigante o multiplo. Lo stroma è costituito da vasi sottili, con parete rappresentata dal solo endotelio, anastomizzanti in tutti i sensi.

Nell'ambito del tumore vi sono aree di fibrosi, necrosi ed emorragie. Il limite del tumore con il restante tessuto renale è netto; questo appare spostato e compresso ed è sede di una grave e diffusa nefrite interstiziale.

Caso III. — M. Elvira, a. 56. Da un anno ematurie frequenti e imponenti e dolori lombari a destra.

E. O. — Dimagrimento e anemia. Netta tumefazione lombare destra.

Pielografia discendente: mancata eliminazione a destra, buona a sinistra. Azotemia 0,51.

Operazione 29 agosto 1936 (Sante Ciancarelli). Nefrectomia destra. Guarigione.

Esame macroscopico (fig. 6 e 7). Il pezzo asportato è il rene destro aumentato di volume il doppio del normale, a superficie irregolare per la presenza di nodosità di grandezza varia da un cece ad una ciliegia, sparse sulla convessità, specie a livello del polo inferiore dove sono fittamente aggruppate. Il colorito è grigio roseo, giallo in alcuni noduli. La consistenza è varia, elastica al polo superiore e al centro, dura al polo inferiore e sui noduli.

Nell'ilo, che è ancora riconoscibile, il bacinetto appare disteso. Normali sono l'uretere, la vena e l'arteria renale.

Al taglio il rene è profondamente alterato. In esso si notano varie cavità comunicanti fra loro, ripiene di tessuto neoplastico papillare di colorito grigio giallo, in alcuni tratti, in altri rosso-bruno e di consistenza molle.

Il rene è ridotto ad una corteccia dello spessore di un centimetro al polo inferiore e di pochi millimetri sulla convessità, di colorito grigio, con disegno normale non più riconoscibile. Nel polo superiore, nello spessore della corteccia residua, vi sono noduli di tessuto neoplastico che corrispondono a quelli affioranti alla superficie esterna. Il limite tra tumore e rene non è netto. Una vegetazione neoplastica, grossa quanto una noce, riempie quasi tutta la pelvi.

Esame microscopico (fig. 8 e 9). L'esame istologico di vari preparati mostra la presenza di un tumore a struttura papillare. Le papille di forma e grandezza varia e decorrenti in tutti i sensi, sono costituite da un mantello di cellule epiteliali attorno ad un asse connettivo vascolare. Il rivestimento epiteliale è formato in massima parte da cellule fittamente stipate e rigidamente impiantate sullo stroma, di forma cilindrica, di media grandezza per la massima parte con abbondante protoplasma chiaro a limiti netti e con grossi nuclei ipercromatici, rotondeggianti, ovalari o irregolari, posti alla base dei corpi cellulari. Numerose le cariocinesi, molte delle quali atipiche.

Alcuni gruppi di papille crescono in cavità tappezzate da epitelio monostratificato, con elementi cubici o cilindrici, atipici, con gli stessi caratteri delle cellule già descritte, si dà dare l'impressione di glomeruli renali giganti.

In minor numero nelle papille vi sono cellule con protoplasma granuloso acidofilo. In pochi tratti il tumore assume la forma tubulare; lumi circolari o irregolari di grandezza varia sono rivestiti da elementi epiteliali, monostratificati, cubici bassi irregolari e atipici, si dà ricordare i tubuli renali.

L'asse connettivo vascolare epiteliale in alcune papille è più abbondante. In altre, specie, verso la base è costituito da un vaso centrale a pareti sottili e da cellule connettivali e perivasali più o meno abbondanti. Nell'ambito del tumore vi sono scarsi accumuli di cellule linfoidi. Non esiste capsula. Il neoplasma si continua senza limiti netti col parenchima renale alterato profondamente: infiltrazione rotondo cellulare, fibrosi, atrofia e sclerosi dei glomeruli, atrofia e dilatazione dei tubuli e presenza di noduli neoplastici, con gli stessi caratteri strutturali del tumore principale.

CASO IV. — S. Carolina, a. 48. Ematurie intermittenti, abbondanti, totali che durano da un anno. Discreta perdita delle forze e del peso.

E. O. — Pallore discreto. Si palpa nella regione lombare destra una massa poco più voluminosa di un rene, a forma di rene di consistenza duro-lignea.

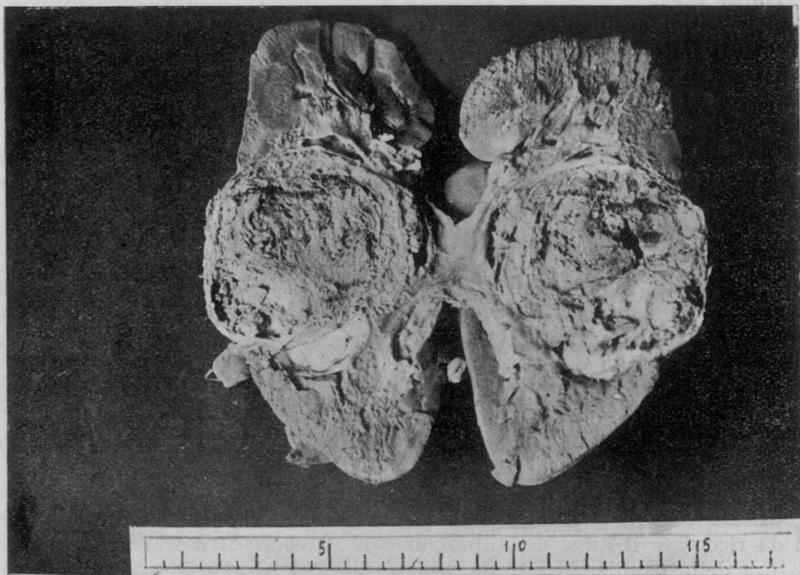


Fig. 10.

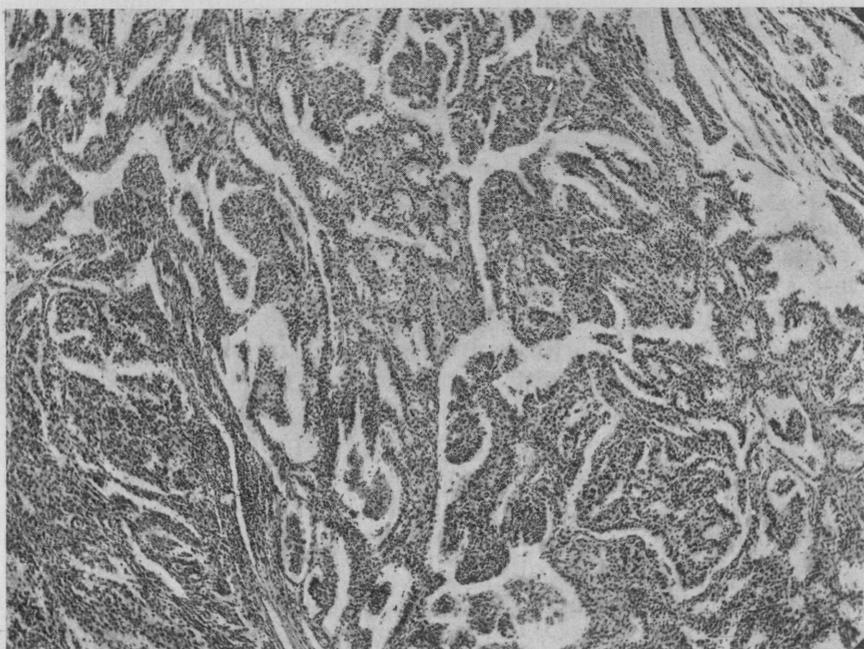


Fig. 11.

Prove funzionali. — Buona eliminazione a s., scarsa a d., azotemia 0,50.

Operazione 18 aprile 1939 (Sante Ciancarelli). Nefrectomia destra. Guarigione.

Esame macroscopico (fig. 10). Il pezzo asportato è il rene destro che appare aumentato di volume circa due volte il normale e deformato. La deformazione interessa la parte media

della convessità dalla quale sporge una bozza rotondeggiante quanto una arancia a superficie liscia, di colorito grigio roseo e di consistenza lapidea. I due poli sono ingranditi ma senza alterazioni. Pelvi, uretere e vasi renali sono normali. L'apertura del rene che non si è potuta praticare col comune bitagliante per la presenza di tessuto darissimo, è stata eseguita con la sega. Si osserva la presenza di un tumore occupante la parte centrale del rene, di forma rotondeggiante, di circa 7 cm. di diametro, incapsulato, di colorito grigio roseo in alcuni tratti, in altri grigio-giallo, e di consistenza molle. La capsula di colorito bianco, dello spessore di circa 2 mm. è costituita da un tessuto durissimo lapideo. Verso il polo inferiore, al di là della capsula dura, si vedono aree di tumore che invadono i calici inferiori e il tessuto renale vicino.

Il resto del tessuto renale dei due poli è conservato.

Esame microscopico (fig. 11). L'esame dei preparati istologici ha dimostrato un tumore di struttura papillare. Nella porzione intrapelvica, ben conservata, si osservano papille di varia forma e lunghezza, tagliate longitudinalmente e trasversalmente, costituiti da esile impalcatura centrale connettivo-vascolare e da un mantello di cellule epiteliali polistratificate. Queste cellule di forma e grandezza varia, poliedriche, rotondeggianti allungate o irregolari hanno scarso protoplasma a limiti indistinti, in alcune acidofilo-granuloso, in altre chiaro.

Queste caratteristiche del protoplasma erano bene evidenti, specie nelle cellule più esterne di alcune papille. Il nucleo in alcune cellule appare di forma e grandezza varia, rotondeggiante, ovale o allungato, grande; in altre multiplo con una ricca rete di cromatina e grossi nucleoli. Discreto è il numero delle cariocinesi alcune delle quali atipiche.

In alcuni tratti la struttura è tubulare: cellule atipiche, cilindriche o cubiche alte, monostratificate o polistratificate, tappezzano lumi ghiandolari di varia forma e grandezza, si dà ricordare il lume dei tubuli urinari. Il connettivo scarsissimo che costituisce l'impalcatura delle papille, è fatto da vasi sottili, ridotti al sole endotelio. Lungo questi vasi sparsi diffusamente tra le cellule tumorali, vi sono abbondanti leucociti neutrofili, alcuni dei quali hanno invaso e distrutte le cellule stesse (istolisi da leucociti del Pianese).

Nei tratti con calcificazione si nota abbondanza di connettivo adulto o ialino, con noduli, strie e placche calcifiche ed inoltre isole di tumore a struttura papillare come descritto.

Nella porzione centrale del tumore, vi sono estese zone di necrosi, alcune emorragiche.

Il tumore non ha capsula e invade irregolarmente il tessuto renale vicino che appare compresso, senza alterazioni degne di note.

*
**

Il tumore caso n. 1 di notevole volume, che ha distrutto quasi tutto il rene, si è sviluppato nel segmento superiore essendo il polo inferiore ancora in parte conservato. Il tumore è nettamente separato dal parenchima residuo. È caratteristica una vasta area centrale fibrosa, circondata da una porzione periferica cellulare. Questo carattere, sul quale ha insistito Grawitz, e la struttura composta da travate o da alveoli, da cellule poliedriche giustapposte a mosaico, lo identificano con il cosiddetto ipernefroma originato da resti di surrenali aberranti. Però c'è da notare l'aspetto del protoplasma e le formazioni tubulari. Come è ricordato dall'esame istologico, le cellule non sono chiare uniformemente e il protoplasma, leggermente acidofilo e granuloso, ha i caratteri delle cellule della surrenale. A questi caratteri protoplasmatici dovuti ad accumuli di grasso, lipoidi o glicogeno (Lubarsch) si è data grande importanza per l'origine surrenale. Tuttavia cellule chiare o leggermente acidofile, si ritrovano in tumori di sicura origine renale, negli adeno-carcinomi papillari e spesso insieme nello stesso tumore, come in quasi tutti i casi riferiti. Le cellule renali per svariate condizioni possono assumere l'aspetto chiaro, ad es. nel diabete per accumulo di glicogeno (lesioni di Armani), nelle nefriti e specie nelle nefrosi per accu-

mulo di grasso, lipoidi, onde credo che l'aspetto delle cellule non giustifichi l'origine surrenale degli ipernefromi e credo giusta l'opinione di Young che la rassomiglianza delle cellule tumorali con quelle del surrene sia accidentale. Importante in questo caso è la presenza di formazioni tubulari; esse sono evidenti e coi caratteri neoplastici per l'aggruppamento, la irregolarità e la struttura. E vero che Grawitz, Marchand, Manasse, ecc., hanno sostenuto che nei tumori propri delle surrenali vi possono essere formazioni tubulari e papillari e Kölliker, Eberth, ecc., hanno descritti lumi ghiandolari nella surrenale normale umana, ma queste affermazioni sono state contestate da altri autori (Maximow, Ewing, ecc.) e si considera oggi che la presenza di formazioni tubulari o papillari sta nettamente contro l'origine surrenale (Ewing, Boyd, Young, Sudeck, Stoerk, ecc.). Per queste considerazioni, questo tumore credo debba essere ritenuto di origine renale.

Nel caso n. 2 il tumore si è sviluppato nel polo inferiore. Il polo superiore, sicuramente identificabile per la presenza della capsula surrenale, è conservato insieme con il terzo medio dell'organo. Già la sede sarebbe contro l'origine da elementi cortico-surrenali aberranti, giacchè i resti di questa, si ritrovano più spesso sul polo superiore, per quanto si possano ritrovare anche in altre porzioni dell'organo.

I caratteri istologici lo identificherebbero con gl'ipernefromi. Anche qui cellule chiare, simili a cellule vegetali, in cordoni od alveoli e per di più con assenza di formazioni papillari o tubulari. È interessante lo studio della struttura delle cellule neoplastiche: accanto a quelle con protoplasma chiare, vi sono gruppi di cellule scure, granulose, acidofile. Mentre le prime sono state ritenute di origine surrenale, come abbiamo detto le seconde si ritengono di origine renale. Ma le cellule chiare oltre che in processi patologici, sono normalmente presenti nell'epitelio che tappezza i tubuli del Bellini, e nelle anse di Henle, e le cellule granulose acidofile, sono quelle che tappezzano i tubuli contorti, specie di prim'ordine. Cosicchè il fatto della coesistenza di cellule di diversa struttura, come la presenza di tubuli nel caso n. 1, fa ritenere che anche questo tumore sia di origine renale, e per la malignità rappresentata dal polimorfismo cellulare, dalla presenza delle mitosi, dalla invasione della vena renale, sia da classificare come un epiteloma prevalentemente a cellule chiare.

I due tumori (casi n. 3 e n. 4), con struttura papillare sono senza dubbio di origine renale. È stato ricordato che alcuni AA. (Marchand, Manasse, ecc.) hanno sostenuto la presenza di formazioni papillari in neoplasmi propri delle surrenali e Winkler ha descritto una struttura papillare tipica in metastasi polmonare di un tumore surrenale. Tuttavia la presenza di papille o di lumi ghiandolari sta contro l'origine di un neoplasma da elementi surrenali (Ewing, Young, Boyd).

Accertato che questi tumori papillari sono di origine renale, è interessante considerare che le cellule che li compongono sono di diversa costituzione, alcune chiare, altre scure granulose, acidofile. Quelle chiare hanno gli stessi caratteri delle cellule che compongono gl'ipernefromi. La loro presenza in tumori sicuramente di origine renale è uno dei più forti argomenti per ammettere che anche quelle che si trovano nei cosiddetti ipernefromi abbiano la stessa origine renale.

In più è da notare la coesistenza di cellule diverse (chiare, scure, gra-

nulose, acidofile) nello stesso tumore, come abbiamo descritto nei casi di iper-nefromi. Ciò fa ritenere più probabile che ambedue i tipi di neoplasmi abbiano origine dallo stesso organo. Queste considerazioni sono fatte da Masson, il quale afferma che è raro trovare un tumore renale in cui, con un attento esame, non si rinvenivano i due tipi di cellule. Quindi anche questi tumori, classificati adenocarcinomi papillari, prevalentemente a cellule chiare ed acidofile, in cordoni o alveoli, in formazioni tubulari o papillari, sono da considerare come della stessa origine, cioè entrambi derivati dall'epitelio renale.

CONCLUSIONI.

I quattro casi di tumori renali descritti sono due cosiddetti iper-nefromi e due adenocarcinomi papillari. Esaminate le caratteristiche istologiche di ognuno rileviamo che l'aspetto delle cellule è simile sia nei primi che nei secondi e che la coesistenza di cellule chiare e cellule scure si osserva nei due tipi di tumore, e siccome gli adeno-carcinomi sono sicuramente di origine renale ed in uno degli iper-nefromi vi erano formazioni tubulari, concludiamo che tutti questi tumori debbano essere considerati di origine renale.

D'accordo con Ewing, Boyd, Geschickter e Young la denominazione di « iper-nefroma » non ha valore istogenetico.

I lavori di Brault e Courcoux, Stoerk, Lecène, Roussy e Leroux hanno dimostrato che l'origine dei tumori da resti embrionali della ghiandola surrenale inclusi nel parenchima renale (iper-nefromi di Grawitz) era fondata su di un errore di interpretazione delle sezioni trattate per mezzo di solventi dei grassi, che rendono così le cellule chiare sotto il microscopio. La tecnica istologica perfezionata ha permesso di concludere che gli epiteli a cellule chiare sono costituiti da cellule epiteliali cariche di grasso, come si osserva in certe nefriti, ma in cui l'elemento madre è la cellula del parenchima renale e non una inclusione del tessuto surrenale.

Gl'iper-nefromi di Grawitz non sono dunque che una varietà istologica degli epitelomi renali.

RIASSUNTO

L'A. descrive dal punto di vista anatomo-istologico quattro casi di tumori renali operati, due cosiddetti iper-nefromi, due adenocarcinomi papillari. Discute la loro istogenesi, secondo le moderne vedute, e conclude che tanto gli uni che gli altri debbano considerarsi della stessa origine renale.

BIBLIOGRAFIA.

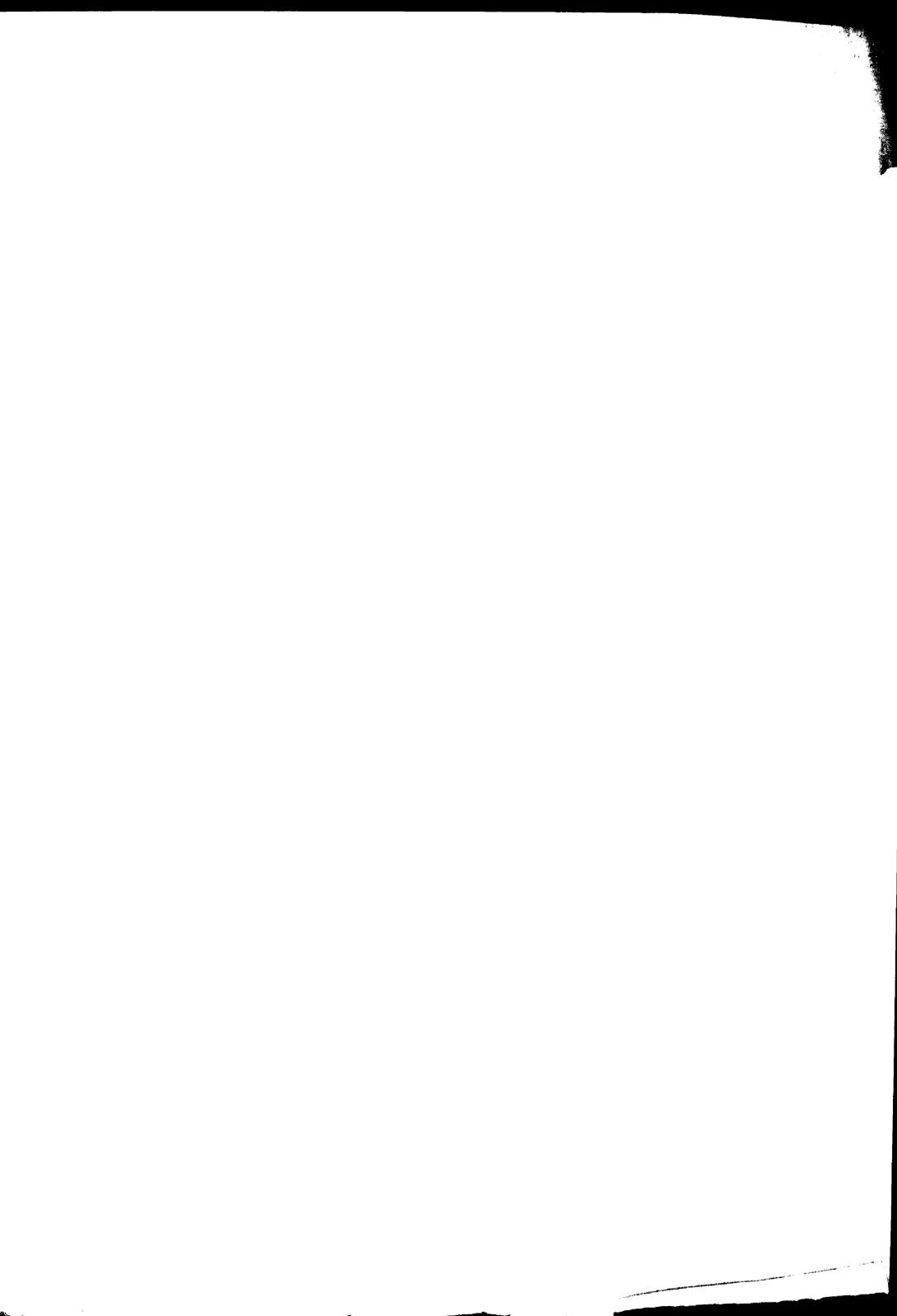
- ASKANAZY. Virchow's A. t. CXXXVI, pag. 568, 1894.
 BENEKE. Ziegler's Beitr., t. IX, 1891.
 BOYD. Surgical Pathology, III Edit., Saunders, Philadelphia.
 CHIARI. Z. Heilkunde, t. 5, pag. 449, 1884.
 EWING. Neopl. diseases, Saunders, III Ediz., 1928.
 FRANK. Proc. Soc. of Exp. Biol. a. Medic., 31-1204, 1934.
 FERGUSON. Am. j. of Cancer, 18 - 284, 1933.
 FERRO. Tumori, 6 - 314, 1933.
 GESCHICKTER. Arch. of Path., 775, 1933.
 Id. Am. j. of Cancer, 22 - 620, 1934.
 GLYNN. Quart. J. of Medic., 5 - 157 - 1912
 GRAWITZ. Virchow's A. 93, 39, 1883.

- HORN. Virchow's A., 126, 121, 1891.
 IPSEN. Ziegler's Beitrage, t. LIV, pp. 223, 277, 1912.
 JEAMBRAU. Pathol. Chir. Masson, 6^a ediz., 1937.
 LANGERAUX. Gaz. d'op. 62, 169, 1889.
 LECÈNE e WOLFROMM. Cancers du rein. ed. Doin. Paris, 1923.
 LEOTTA. Ann. It. Clin. Chir., 1908
 LUBARSCH. Ergebnisse d. All. Path. u. Path. Anat., 1895.
 MANASSE. Virchow's Arch., t. CXXXIII, pag. 391, 1893.
 MARCHAND. Virchow's Arch., t. XCII, pag. 11, 1883.
 MASSON. Le tumeurs, Doin, Paris.
 PUGLIATTI. Arch. Ital. Anat. Ist. Patol. anno V, vol. V, n. 5, 1934.
 RAZZABONI. Progn. Chirurg., Cappelli, 1938.
 ROUSSY e LEROUX. Diagnostic des Tumeurs, Paris, Masson, 1921.
 STOEK. Ziegler's Beitr., t. XLIII, n. 3, pag. 392, 437, 1908.
 SUDEK. Virchow's Arch., t. CXXXVI, pag. 293, 302, 1894.
 ZEHBE. Virchow's Arch., pag. 201, 150, 1910.
 WEICHELBAUM. Greenisch. W. m. Jahrb., pag. 213, 1882.
 WILLIS. Journal of. Medic Res., t. XXIV, n. 1, 1913.
 WILSON. Ann. Surg., t. LXII, 1913
 WINKLER. Die Gewächse der Nebennieren, 1909.
 YOUNG e DAVIS. Practice of urolog, Saunders, Philadelphia, 1926.

71013







"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da Guido Baccelli e Francesco Durante
diretto dai prof. CESARE FRUGONI e ROBERTO ALESSANDRI

Collaboratori: Cilinoli, 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 sè 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 accurate riviste in ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono redatte da studiosi specializzati.

Non trascura di tenere informati i lettori sulle scoperte ed applicazioni nuove, sui rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, sui nuovi strumenti, ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici.

Contiene accurate recensioni dei libri editi recentemente in Italia e fuori. Fa posto alla legislazione e alla politica sanitaria e alle disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, nonchè ad una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Prospetta i problemi d'interesse corporativistico e professionale e tutela efficacemente la classe medica.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Cronaca varia, dell'Italia e dell'Estero.

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

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

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO svariate riviste, per le copiose e pratiche e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi e meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

PREZZI DI ABBONAMENTO ANNUO		Italia	Estero
Singoli:			
1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 70	—	L. 115
1-a) Alla sola sezione medica (mensile)	» 55	—	» 65
1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	» 55	—	» 65
Cumulativi:			
2) Alle due sezioni (pratica e medica)	» 110	—	» 165
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	» 110	—	» 165
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	» 140	—	» 195
Un numero della sezione medica e chirurgica	L. 6, della pratica L. 4		

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 ed oltre, che in fine d'anno formano due distinti volumi.

La Sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32-36-40 pagine, oltre la copertina.

— Gli abbonamenti hanno unica decorrenza dal 1° di gennaio di ogni anno —

L'abbonamento non disdetto prima del 1° Dicembre, si intende confermato per l'anno successivo

Indirizzare Vaglia postale, Chèques e Vaglia Bancari all'editore del "Policlinico", LUIGI POZZI

Uffici di Redazione e Amministrazione: Via Salaria, 14 — Roma (Telefono 42-209)