

BIBLIOTECA  
LANCISIANA



CONTRIBUZIONE

ALLA STORIA CLINICA

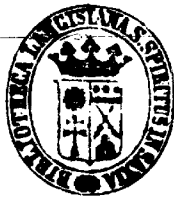
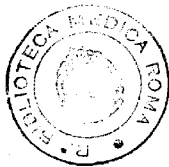
DEL

CANCRO DELLE GLANDULE RETROPERITONEALI

(O MASSE RETROPERITONEALI DEL LOBSTEIN)

PER IL

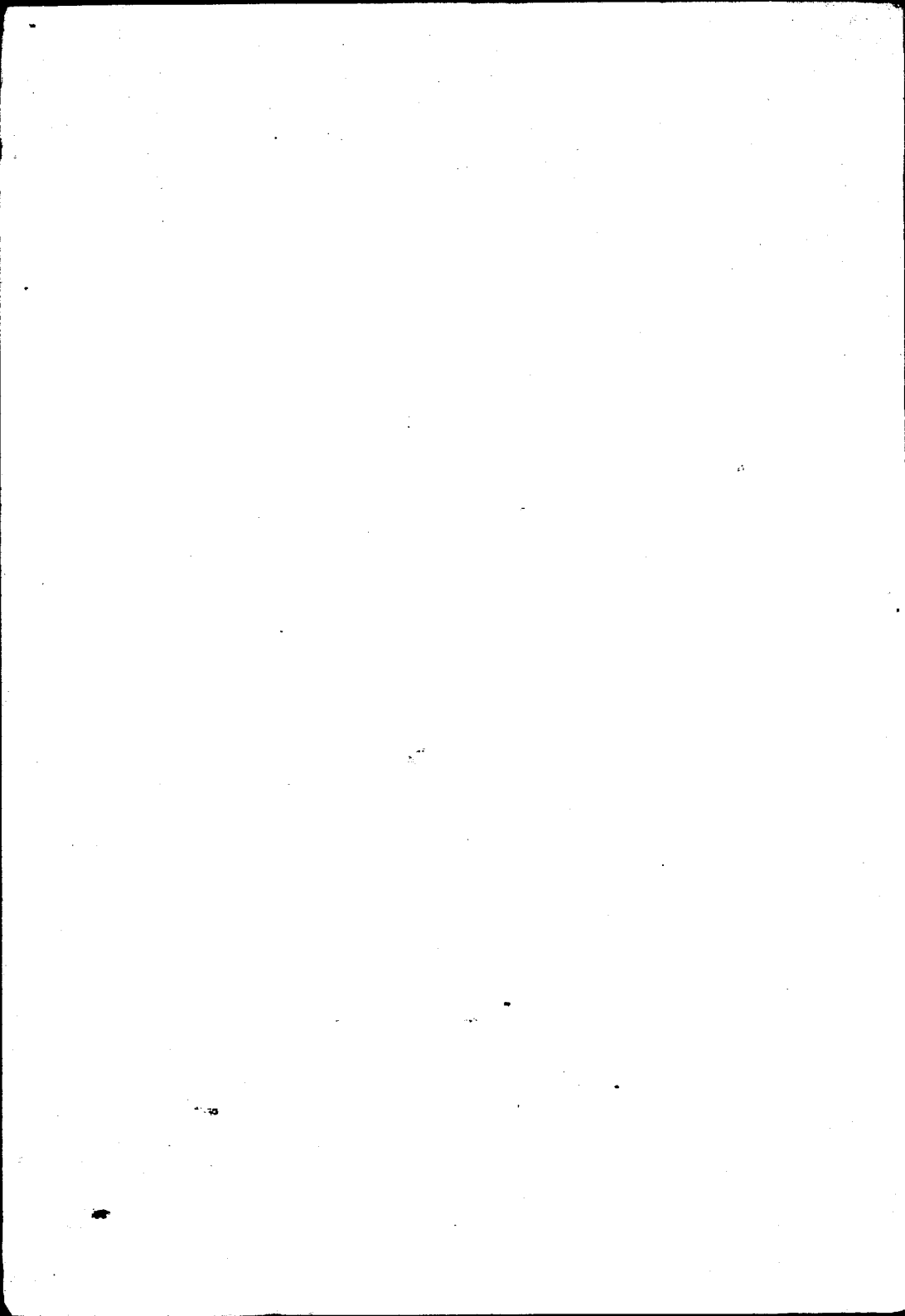
DOTT. CORRADO BERNABEI

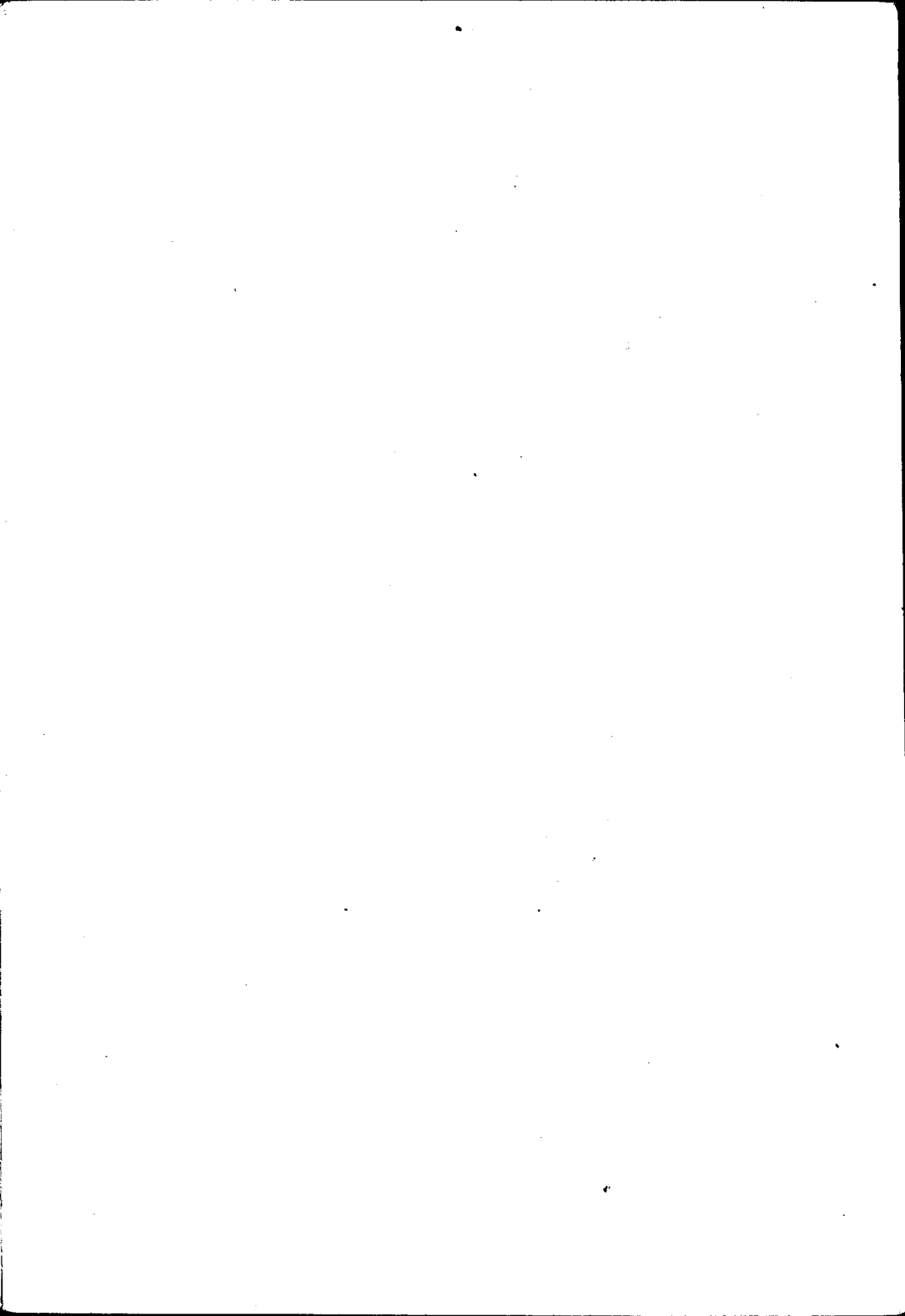


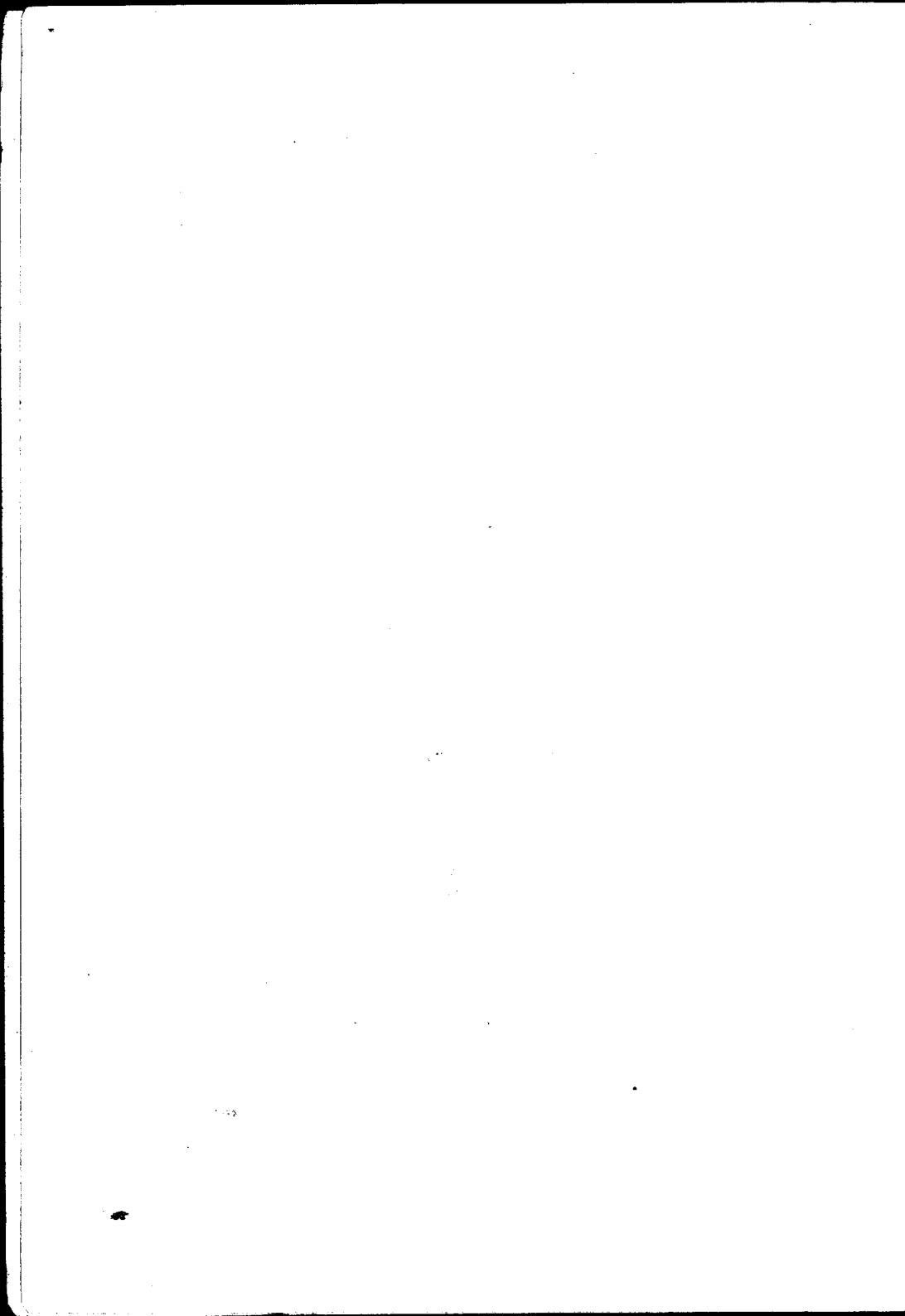
SIENA

TIP. DELL'ANGORA DI G. BARGELLINI

1882.







CONTRIBUZIONE  
ALLA STORIA CLINICA

DEL

CANCRO DELLE GLANDULE RETROPERITONEALI

(O MASSE RETROPERITONEALI DEL LOBSTEIN)

PER IL

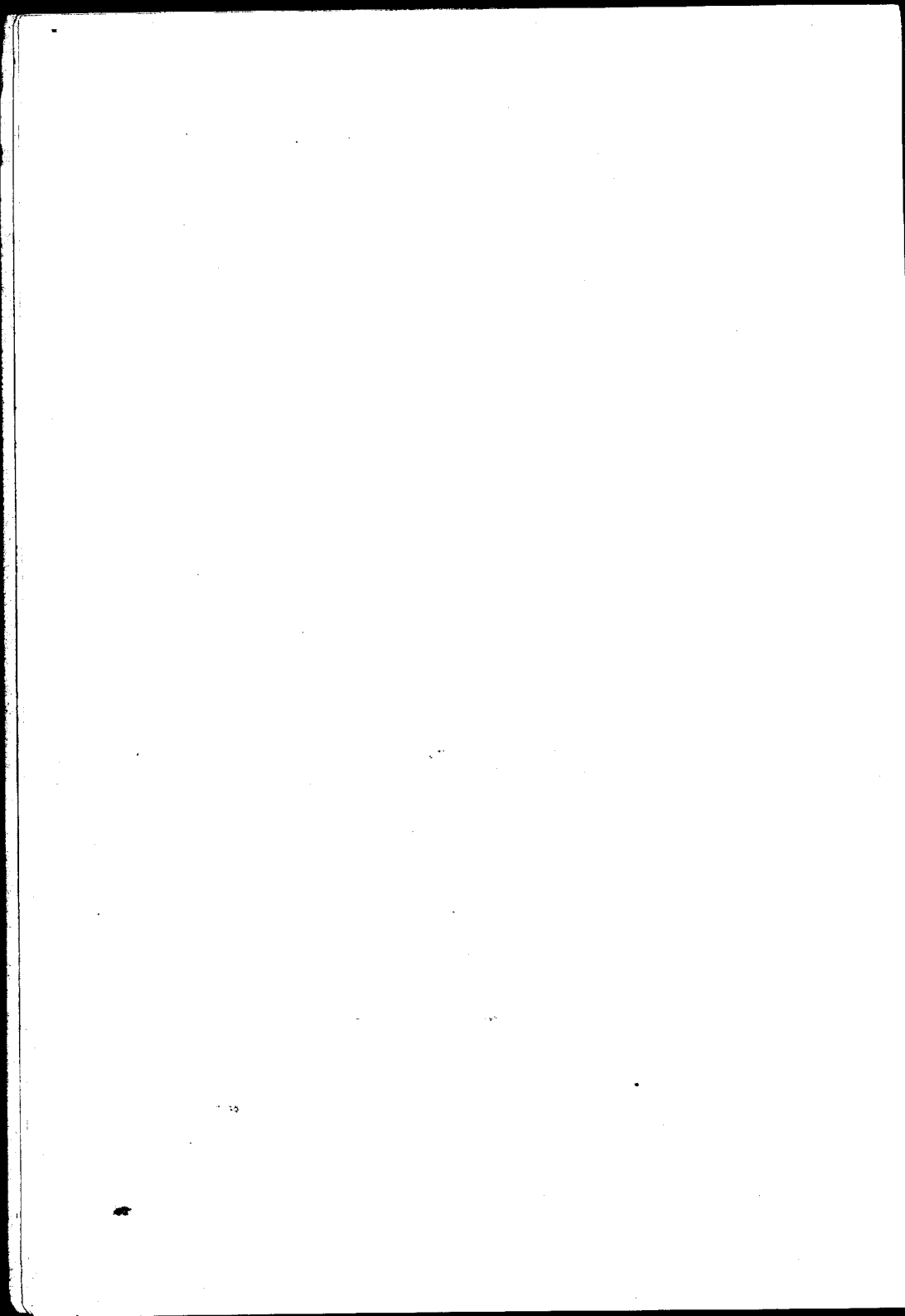
DOTT. CORRADO BERNABEI



SIENA

TIP. DELL'ANCORA DI G. BARGELLINI

1882.



CONTRIBUZIONE ALLA STORIA CLINICA  
DEL  
CANCRO DELLE GLANDULE RETROPERITONEALI  
(6 masse retroperitoneali del Lobstein)

---

Dal titolo di questo scritto ognuno si aspetterà nelle due osservazioni che lo motivano due preziosissimi casi di carcinosi primitiva delle glandule retroperitoneali. Invece nulla di questo. A rigore di termine anatomo-clinico è l'uno un caso di Sarcoma del rene destro, l'altro di Carcinoma midollare del testicolo destro. Le glandule prevertebrali non sono degenerate che secondariamente. Ma questa premeditata infrazione alle più giuste e razionali leggi della diagnostica anatomo-patologica è giustificata dalla ragione ed importanza dell' obbietto clinico. La lesione del rene, e quella del testicolo, non degradando punto della loro dignità primordiale, non erano ormai più in causa di quello che lo sia un focolaio caseoso, profondo o superficiale, in un caso di tubercolosi polmonare. Erano la causa di tutto, causa tuttora presente recondita o manifesta e inamovibile, ma d' un effetto ormai da per sè dominante, e sul quale soltanto poteva e doveva essere rivolta l'attenzione clinica per rispondere così della diagnosi, come del pronostico e della cura.

Prima per altro di accingermi alla descrizione dei due casi in discorso — gli unici due casi che in sei anni mi sia trovato ad osservare — debbo attestare la mia più viva riconoscenza all' esimio Prof. Cantieri per avermi con distinta cortesia concesso l' uso delle relative Storie sendochè appartenenti alla Clinica medica dell'anno 1879, epoca nella quale erane egli alla Direzione.

Siena, Ottobre 1882.



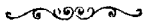
## I.<sup>a</sup> OSSERVAZIONE

---

### SARCOMA DELLE GLANDULE RETROPERITONEALI E DEL RENE DESTRO

---

PAROTITE SUPPURATIVA DESTRA



ANAMNESI. — Gattavecchi Ferdinando di anni 53, di Trequanda, (provincia di Siena) contadino, ammogliato con figli, veniva accolto nella Clinica medica il 3 febbraio 1879.

Non aveva conosciuto gli avi suoi; avea vivente il padre nella invidiabile età di 86 anni e ricordava la morte della madre avvenuta nell' ancor giovane età di 40 anni per eclampsia puerperale dopo aver messo alla luce il quarto figlio, che pure di lì a poco moriva. Degli altri collaterali solo una sorella viveagli, avendo perduto un fratello diciottenne per angina difterica, e l'altra sorella per parto a 25 anni a mo' istesso di sua madre.

Ammalò a 7 anni di morbillo, a 9 di parotite a sinistra, e l'anno dopo di vaiuolo: non era stato vaccinato.

Vissuto sano sino a 20 anni andò soggetto d'allora in poi a lievi proctorragie emorroidali, ricorrenti a grandi intervalli e di cui l'ultima aveala avuta nell' ottobre dell' anno precedente.

A 30 anni infermò per una pleuro-polmonite acuta sinistra, curata con ben cinque salassi e della quale guariva a capo di un mese.

Già ammogliato e padre di 4 figli, a 37 anni, dopo una solenne scorpacciata di ciliege, fu colto da intensi dolori all' epigastrio, qualificati per colica, e come tale curata con purgativi, che furono tutti reiatti per vomito, con clisteri e bagni generali. Uscito di spasimo al quarto giorno, stentò un mese a recuperare l'usato appetito e le forze. Indi buona salute sino alla malattia presente.

Nell' ottobre decorso (quattro mesi innanzi al suo ingresso in Clinica) il G. si accorse di un piccolo tumoretto nella regione supraclavicolare sinistra, e nei primi del successivo novembre si vide pallido e dimagrato ed un profondo malessere lo rendeva inquieto e melenso. Ma qui uno dei suoi figli, confermando tutto questo, soggiungevaci che da circa 3 anni vedevano questo pover' uomo invecchiare a gran furia. Sempre nel corso del novembre fu per circa 15 giorni molestato da un dolore al terzo inferiore del braccio destro, che esacerbavasi per ogni movimento dell' arto, il quale per giunta era anche gonfio ma non arrossato. Il 15 di dicembre, sulla sera, fu assalito da intensa febbre con caldo; credendola cagionata da imbarazzo gastrico si ingoiò di suo talento una larga dose d' olio di ricino che valse a procurargli quattro deiezioni alvine: la febbre cessava nelle 24 ore.

Perdeva intanto l' appetito e la debolezza cresceva a segno da non potere più sostenere alcuna fatica. Sottoposto dal suo medico all' uso della china e ad una dieta carnea corroborata da buon vino, cominciò, verso il 25 di detto mese, ad avvertire dopo il pasto e per la durata di circa mezz' ora un senso di peso che egli soleva attribuire al ristagno del cibo tal quale lo aveva ingerito e siccome ciò sembravagli avvenire da che vittavasi con carne e cacciagione arrostita, mise da banda questa e l' uso del vino e ritornò al cibo ordinario di famiglia, che era prevalentemente vegetale.

Nei primi del gennaio insorsero dei dolori vaganti a tutto l' addome, assai frequenti e progressivi di giorno in giorno. Cotali dolori si partivano ora dalle tuberosità ischiatiche, ora, e ciò più di sovente, dai lati del sacro, e, se sopraggiungevano mentre il malato giaceva supino, si diffondevano per le creste iliache alle regioni lombari e andavano ad incrociarsi alla parte anteriore dell' addome: se invece decombeva sul lato, allora il dolore si faceva soltanto risentire alla regione lombare del lato opposto: restava fisso invece al sacro se si trovava a tronco eretto sia seduto che per la stazione sui piedi. Nessuna modificazione nel volume del ventre (sempre smilzo) nè manco durante l' esacerbazione dei dolori cui riusciva lenire la mercè di applicazioni di panno-lani caldi e strofinazioni secche praticate sulla parte volta volta addolorata: e mitigavansi anche spontaneamente se si trovava a evacuare la vescica o l' alvo e per questo specialmente, quando nel parossismo doloroso aveva

tenesmo rettale, coincidenza che ricorse con frequenza gradatamente maggiore; la qual cosa fece sospettare a qualche pratico che il G. fosse affetto da cancro rettale. Le massime esacerbazioni le provava nella notte e ordinariamente dalle 12 alle 3 ore, e in tale contempo era cziandio molestato da un senso di bruciore a tutto il ventre e da profusa diaforesi.

Col comparire in scena dei suddescritti dolori la deglutizione dei cibi solidi cominciò a farsi stentata, onde era costretto ad aiutarla sorseggiandovi sopra della bevanda; e tornò pure a molestarlo il lieve dolore all'appendice xifoide continuo e, a suo dire, superficiale, che aumentava durante e dopo l'ingestione dell'alimento. Non aveva mai avuto vomito, solo il 2 di gennaio ebbe dei conati. L'alvo si apriva sempre con materie configurate e spesso con intervalli di due o tre giorni, e allora le feci erano scibaliformi e rivestite di muco. Nonostante tanti guai il G. aveva passati più giorni alzato che in letto. Non aveva da additare nessuna causa della sua malattia: abitazione, vitto e bevanda furono sempre, nella sua condizione di contadino, sani e sufficienti a ristorarlo dalle fatiche di assiduo lavoratore.

OBBIETTIVAMENTE il G. presentavasi di statura mezzana (m. 1,63), notevolmente deperito (kilog. 47), con cute secca, sottile, inelastica, pallida, terrea: capelli, barba, peli bianco grigi: faccia rugosa, affilata: occhi castagni smorti: labbra sottili, pallide, asciutte: fisionomia melanconicamente melensa, cui corrispondeva debole e tarda intelligenza: mucosa faringo-orale altresì pallida, meno la labiale inferiore alquanto arrossata e disseminata di piccoli rilievi migliariformi, biancastri: lingua larga rossastra, asciutta, levigata: denti in buono stato.

Il collo oltre alla sua sottigliezza, alla sporgezza dei muscoli sterno-cleido-mastoidei, e dei margini esterni del trapezio, e di un notevole raggrinzamento circolare della cute, lasciava vedere alla base, dal lato sinistro, subito all'interno e dietro alla clavicola, una intumescenza rotondeggiante del volume di una noce. Questo tumore si elevava per 3 centim. sul piano della clavicola, aveva una superficie irregolare, bernoccoluta, dura, molto dolorabile alla pressione, e punto spontaneamente, era ricoperto da pelle sana e inaderente e godeva di una certa spostabilità in massa dall'avanti all'indietro, dall'esterno all'interno, e dal basso in alto,

spostabilità che conservava anche dopo aver messo in contrazione il muscolo sterno-cleido-mastoideo colla flessione anteriore del capo, la qual cosa ci dimostrava come il tumore risiedesse al di fuori e al di dietro del margine posteriore di detto muscolo. All' esterno e più in basso di questo tumore sentivasi contiguo un altro corpicciolo, grosso quanto una ghianda, di caratteri fisici del tutto identici al già descritto: ed altri piccoli noduletti, grossi quanto vecce, apprezzavansi sotto la cute al di dietro del tumore stesso ed anche all' intorno del suo piano di base. A destra nulla di tuttociò e la regione sopraclaveare appariva perciò assai più incavata della sinistra. Al giugulo e ai lati del collo si sentiva un piccolo ma vibrato battito arterioso: delle vene soltanto le giugulari esterne erano leggermente e permanentemente turgide.

Il *torace*, discretamente sviluppato, presentava ora le note del torace così detto paralitico, era leggermente asimetrico per una depressione antero-posteriore nel lato sinistro, con respiro diaframmato costale. Non lasciava vedere l' ictò cardiaco e per la percussione ed ascoltazione degli organi toracici null' altro avevasi che la rivelazione di un certo grado di enfisema polmonare.

L' *addome*, di figura spiccatamente esagonale presentavasi, dolcemente incavato all' altezza dell' ombellico ove le due zone, discendente la superiore, pianeggiante la sotto ombellicale, si riunivano a mo' di angolo ottuso. Vedevasi inoltre un forte battito all' epigastrio, meglio appariscente per estensione ed intensità alla metà sinistra e parallelamente all' arco costale per un tratto compreso fra l' appendice xifoide e la linea papillare; tale battito isocrono col polso radiale era senza paragone meglio visibile durante l' abbassamento espiratorio dell' epigastrio stesso, mentre nel massimo sollevamento inspiratorio o non vedevasi affatto, o appena. Colla palpazione confermavasi la forza veramente notevole del battito e si sentiva come esso provenisse dalla aorta, la quale peraltro non riusciva apprezzabile in tutta la sua lunghezza (poco oltre l' ombellico) per moto di espansione, sibbene di tratto in tratto per quello di semplice sollevamento, ed in corrispondenza di questi punti, di cui uno meglio apprezzabile di contro l' ombellico, si sentivano alcune leggere rilevatezze al davanti e ai lati della colonna vertebrale da dare l' impressione alle dita com' ella fosse dolcemente ondulata. Per tutta quest' area del battito aortico e rispettivamente delle ine-

guaglianze prevertebrali la pressione riusciva dolorosa, specialmente in un tratto limitato tra la linea mediana e papillare sinistra all'ombellicale trasversa. Però cotale dolorabilità non si suscitava costantemente sotto la pressione, che anzi talora non si aveva affatto, tal'altra si suscitava al primo comprimere e finalmente cessava o cresceva in ragione che più forte comprimessimo.

Alla *percussione* nulla di notevole all'infuori di un difetto di suono in tutta la regione xifopubica, la quale non ci sorprende, stante il forte ravvicinamento della parete addominale anteriore alla posteriore. L'area epatica, splenica e gastrica entro confini normali.

Posteriormente null'altro di rimarchevole che la esistenza della già citata dolorabilità lombare alla pressione, che riusciva delimitabile per ambo le parti superiormente da una linea orizzontale tesa dall'apofisi spinosa della decima vertebra dorsale all'ascellare posteriore, ed esternamente da altra linea obliqua tirata da detto punto alla spina iliaca superiore posteriore.

Nulla di singolare presentava la *crasi urinosa*: all'infuori di lievi tracce di muco null'altro conteneva di abnorme, vale a dire non albume, pigmento biliare, nè zucchero.

Il *sangue* esaminato al microscopio faceva vedere l'ematie assai pallide e un aumento numerico dei leucociti contandosene da 20 a 25 per campo e una diformità nella grandezza loro, essendovene dei piccolissimi e degl'intermedi fra questi e il leucocito normale. Finalmente assai aumentate le granulazioni bianche.

P. 73      R. 24      T. 37° 9.

In CLINICA il G. non visse che soli 27 giorni ed ecco quale fu il decorso dei singoli fenomeni o gruppi di fenomeni cui mi faccio a riassumere in ordine all'intensità loro, e nell'intefesse di offrire al più completo la storia del caso che si svolse sotto i nostri occhi non senza qualche particolare interessante.

Il pover'uomo non cessò mai di lamentarsi di dolori addominali, che furono costantemente prevalenti nella metà sinistra dell'addome ed in ispecie nelle regioni costo-iliaca e lombare di questo lato. Conservarono sempre per punto di partenza le tuberosità ischiatiche e la regione sacrale in corrispondenza delle sinfisi sacro iliache, e più raramente la regione pubica: e da cotali punti si diffondevano con maggiore o minore rapidità alle regioni sopradette

(costo-iliache e lombari) donde poi, se forti, irradiavansi a tutto l'addome.

L'esacerbazione o parossismi dolorosi seguirono a manifestarsi durante la notte e ordinariamente nella prima metà, e al destarsi. La durata dei parossismi si mostrò molto varia, da 5-10-15 minuti, ma costante la caratteristica di un inizio improvviso e rapidissimo e altrettanto rapida la cessazione. Il decubito laterale destro determinava costantemente il parossismo, e ne attenuavano l'intensità la compressione, il caldo, la stazione e soprattutto le iniezioni ipodermiche di morfina. Rispetto alla qualità dei dolori, ora diceva di sentirsi sbranare (dilanante) ora come tagliare da tanti rasoi (dissecante), raramente fu puntorio sempre profondo e quasi sempre accompagnato da un senso di urentezza ed ora invece di freddo corrispondentemente alle parti volta volta più addolorate. L'ingestione dell'alimento e delle bevande, come l'escrezione delle feci e dell'urina non mostrarono avere nessuna influenza sull'andamento e modo dei parossismi. Durante questi l'addome in genere, e pure le parti insidiate dal dolore, non subirono mai visibili nè palpabili modificazioni, come del resto si mantennero qualitativamente tutte le note obiettive rilevate all'ingresso in clinica. Sol tanto il circolo negl'accessi dolorosi aumentava di frequenza.

Tale fu l'andamento del dolore fino al 19 febbraio, dal qual giorno in poi il malato prese a dire *essere tutto un dolore* per cui i periodi nevralgici furono assai meno spiccati, meno regolari, e ricorsero d'ordinario dalle 3 alle 10 pom.

Il G. non ebbe mai appetito e nei primi giorni che egli diceva di accingersi a mangiare con gusto ben poco cibo bastava a renderlo sazio.

Vittandosi nei primi 6 giorni con una dieta comune (minestra e carne due volte al giorno), provava di sovente nella deglutizione del bolo una certa difficoltà cui vinceva bevendovi sopra. Cotal senso di disfagia lo accusava ora corrispondentemente all'appendice xifoide (fino al di 9, giorno nel quale fu sospesa la dieta carnea), ora all'altezza dell'jugulum, ora al lato destro del tratto faringo-laringeo, (fino al 26), e dal 27 in poi costantemente in corrispondenza dell'amigdala sinistra ma da questo lato in causa di parotite come vedremo in ultimo. Quindi la dieta liquida non valse a liberarlo che dalla sensazione dolorosa al didietro e profondamente dell'ap-

pendice sternale, dal malato stesso attribuita al passaggio in questo punto del bolo. Dopo l'assunzione dell'alimento egli lagnavasi sempre, da mezz'ora a un'ora dopo, di un senso di peso e di gonfiezza peraltro assai breve che faceva desiderare al malato di eruttare, ma vanamente, dacchè dopo tutto non ci fu dato di riscontrare in tal momento nè distensione, nè tensione dell'epigastrio. Mai volle sorbire vino puro, accusandolo di produrgli la pirosi gastrica. Dal giorno 9 febbraio andò soggetto a dei conati di vomito, senz'altro, ad eccezione di 2 o 3 volte negl'ultimi suoi dì, sortissero l'effetto di vero e proprio vomito. In questi conati, che ordinariamente ricorrevano nel giro delle ore pom., e bene spesso susseguenti a colpi di tosse, o a movimento del tronco nel passare da una giacitura orizzontale alla semieretta, emetteva con facilità, e senza dolori all'epigastrio e ambascie di sorta, poca materia filante, opalina, scarsamente e finamente spumeggiante alla superficie, di reazione perfettamente neutra, con qualche chiazzeria o stria di sangue rosso cupo, che più volte noi potemmo accertarci provenire dalle retro fauci trovandosi il malato dopo tali conati nella necessità di iteratamente escrete.

Quelle poche di volte che vomitò non emise più di 90 grammi (il giorno 22) di un liquido leggermente acido con qualche straccio di muco e frammenti di cibo poc' anzi ingerito, riconoscibile per colorito e composizione grossolana. L'alvo costantemente proclive alla stitichezza, non deponendo che ogni 2 o 3 giorni, spesso al seguito di clisteri, e le materie escrete configurate a scibale, o a sottili cilindri, consistenti, normalmente pigmentate e rivestite da più o meno muco. La tosse che aveva rarissima sul principio mantenendo costantemente le sue qualità di rauca, facile, e con facilissima espettorazione, andò, dal dì 13 in poi, mano mano raffittendo e l'espettorato formato da catarro concotto oscillò dai 30 agli 80 grammi nelle 24 ore.

Il modo di giacitura del G. fu quello supino o sul lato sinistro col tronco alquanto sollevato: soltanto dal giorno 21 sentendosi, come egli solea dire, tutto un dolore, lo vedemmo abitualmente preferire il decubito perfettamente orizzontale col corpo alquanto inclinato a sinistra e le cosce flesse sul ventre. Dopo i primi 5 o 6 giorni egli non lasciò più il letto non riuscendo a vincere quel senso di profonda e generale stanchezza che tormentavalo in piedi.

Inquietato dall'insonnia non avrebbe chiuso occhi senza prendere sera per sera da 1, 50 a 2 grammi di cloralio. Le facoltà intellettuali andarono facendosi ogni di più torpide, senza peraltro mai perdere la coscienza che conservò fino a poche ore dall'estremo respiro.

La nota obiettiva più saliente fu il dimagrimento parallelo alla perdita del colorito della cute, la quale non solo mantenne il suo fondo terreo ma si accrebbe ognora più. Noi vedevamo, per così dire, a vista d'occhio assottigliarsi gli arti, emergere la disposizione scheletrica, e il metro e la stadera ci appresero in quale significante proporzione ciò avvenisse. Dal giorno 13 al 19 la circonferenza degli arti diminuiva di 2 centimetri, e per rispetto al peso del corpo pesando :

il di 5 . . . . .	Kilog. 47, 000
il di 21 . . . . .	« 44, 400
il di 26 . . . . .	« 41, 200

veniva a risultare fra la prima e seconda pesatura, alla distanza di soli 16 giorni, una diminuzione di Kilog. 2, 600, corrispondenti a una perdita in peso di grammi 163 al giorno. Ma ben più sensibile fu la differenza fra la 2.<sup>a</sup> e la 3.<sup>a</sup> pesatura, eseguita a distanza di soli 5 giorni, che ascendendo la diminuzione a Kilog. 3, 200, venivamo ad avere così una perdita giornaliera uguale a 640 grammi. Se poi prendiamo la media dei 21 giorni, la perdita in peso subita dal G. ragguaglia 270, 50 grammi al giorno.

La temperatura, presa ogni 2 ore, non passò quasi giorno che non sorpassasse la norma, avendosi le maggiori temperature nel giro delle ore pomeridiane, e precisamente dalle 2 alle 6 ore. In ordine all'intensità possono dividersi in 4 serie, delle quali due miti e più lunghe (5 o 6 giorni), 2 relativamente intense e brevissime (1 giorno) e succedentisi in modo alternativo.

a) Dal 5 a tutto il giorno 10 non giunsero mai a 39°, la massima fu di 38° 7 nelle ore pomerid. e di 37° 8 nelle antim.

Pulsazioni dalle 64 alle 88.

Respirazioni dalle 20 alle 24.

b) Il giorno 11 si ebbero termometrie di 39° e più, essendo la massima delle ore pom. 39° 5, delle ore antim. 38° 4.

P. 92 a 117. — R. 26.

c) Dal 12 al 28 le termometriche febbrili furono assai miti, o afebrili affatto come dal 14 al 22, oscillando di regola dai 37° 6 a' 37° 9, e rarissimamente 38' e 38° 3.

P. dalle 62 alle 118. — R. 18-24.

d) Marzo 1.° e ultimo giorno di vita. La temperatura raggiunse il massimo di elevazione oscillando sino alla morte dai 39° 5 ai 38°, corrispondendo le massime termometriche alle ore ant., e le minime alle ore pom.

P. 140-144. — R. 34-36.

In quanto al polso considerato in sè stesso avemmo dal 5 al 21 dalle 62 alle 68 pulsazioni, e dal 22 alla morte da 94 a 144.

L'escrezione urinosa, sempre volontaria, fu per quantità quasi sempre al disotto della norma perchè ad eccezione del giorno 4 e dei di 11 e 12 (quali due ultimi giorni rispondenti a maggiore piresia) in cui oscillò da 1200 a 1400 grammi, in tutti gli altri fu dai 350 ai 980, più spesso però da 400 a 700 grammi e con caratteri uroscopici pressochè costanti. Per colore rosso arancione appena emessa e rosso mattone più o meno sporco dopo qualche ora, modificandosi pari passo la trasparenza perchè limpidissima e molto refrangente appena escreta, diveniva col raffreddamento torbida con abbondantissimo sedimento pesante, polverulento, di color rosso mattone sporco. Normale per odore presentò sempre reazione acida e densità (densimetro) da 101, 2 a 102. Diè all'analisi urochimica, ripetuta 13 volte, gli appresso risultati: abbondanza di tutti i pigmenti, singolarmente della *urofeina* e della *uroeritrina* — difetto ogni di più marcato di *cloruri* sino all'assenza — eccesso di *solfati*, e dei *fosfati* sì alcalini che terrosi, nonchè di tutti i materiali urici ossia tanto degli *urati* (di soda e d'ammoniaca), dell'*acido urico*, che dell'*urea*, la quale dopo i primi 3 giorni si elevò e si mantenne costantemente sopra la norma oscillando tra i 40 e 59, 20 per ‰. Vi furono sempre lievi tracce di muco, e dopo il decimo giorno leggerissime tracce di albumina, mai pigmento biliare.

---

Un avvenimento singolare col quale si spense la vita del povero ammalato, si ebbe nell'acutissima e suppurativa infiammazione della parotide sinistra. — Già nel precedente riassunto rendendo conto dei disturbi soggettivi della deglutizione, il lettore avrà trovato come

dal 26 — cioè al quart' ultimo giorno di vita del paziente — esso ci accusasse nel deglutire un dolore alla tonsilla sinistra, tal quale suole aversi nell'amigdalite. (1) Non vi era febbre e le tonsille non eran punto tumefatte, e pensavamo a tutt'altro che all'eventualità della parotide — quand' ecco alla mattina del 28, due giorni così dopo, la regione parotide sinistra cominciare a farsi tumida e dolente e 12 ore dopo svilupparsi quella febbre di cui abbiamo già fatto parola ultimamente e la mattina appresso (marzo 1.<sup>o</sup>) dolore, e turgore con consistenza pastosa erano così cresciuti da non permettere a nessun grado l'apertura della bocca, che più non si aprì che per lasciare sfuggire, alle 2 antim. del 2, l'ultimo respiro.

Giova notare in servizio dell'etiologia di tal parotide che il G., affetto da stomatite eritematosa sin dal principio, com'è facile vedere negl'ultimi stadii delle malattie consuntive, circa il 20 lamentandosi del sapore amaro e pituitoso della bocca, osservammo che ella veniva invasa da mughetto, cui non vi fu modo di scongiurare con tutti i mezzi d'uso.

Non è improbabile quindi che la parotide stessa sia stata eccitata dalla diffusione della stomatite e dello stesso mughetto. Duolmi che venisse trascurato sul cadavere l'esame microscopico.

---

NECROSCOPIA — eseguita il 3 marzo 1879 a ore 2 pom. — 36 ore *post mortem*.

Magrezza scheletriforme — rigidità quasi scomparsa — cute terrea — bulbi oculari avvizziti — sclerotiche giallognole — bocca semiaperta — mucosa orale scolorata e quà e là intonacata da essudati catarrali e stratificazioni di mughetto.

---

(1) Questo dolore prodromico di cui non trovo fatto menzione nei comuni trattati di Patol. spec., o va per lo meno confuso con quello eccitato dal movimento mandibolare, ma col quale non ha nulla che vedere, ho potuto osservarlo in molti casi anche di Parotide idiopatica, dopo che ebbi occasione di provarlo su di me stesso. Per uno o due giorni esiste perfettamente isolato: il malato non si lagna altro che di questa dolentezza che accusa di contro alla tonsilla, ogni volta che deglutisce, e ricorrendo al Medico lo invita a ispezionargli le fauci nel timore di ammalare d'angina. Come è naturale non rinvenendo obiettivamente nulla che confermi tale sospetto accade di rimandare tranquillo il cliente colla rassicurazione che non è nulla. Ma eccolo all'indomani o postdomani ammalato di Parotide. Tenendo conto di questo prodromo ho provato come sia possibile evitare quest'impvidenza: ad altri il giudicarlo.

*Collo.* — A sinistra, immediatamente sotto la cute, subito al di dietro dei  $\frac{3}{4}$  sternali della clavicola e del muscolo sterno-cleido-mastoideo, esiste un tumore bernoccolato limitato; al didietro, dal margine esterno del muscolo trapezio; internamente, dalla carotide; giacente inferiormente sulla vena succlavia; del peso di grammi 82 e delle dimensioni in trasverso di 78 millimetri e di 30 in spessore. Questo tumore veniva costituito dalla degenerazione sarcomatosa di diverse glandule linfatiche (*glandula giugulare di Virchow*) fuse in una massa di color bianco all'esterno, e giallastro internamente, con dei punti molto rammolliti centralmente e alla base, di un colore rossigno sporeo. Al disopra di detto tumore vi sono dei gangli ingrossati quanto un fagiuolo e più consistenti del normale.

*Parotide sinistra* pesa grammi 45. È molto ingrossata in tutti i sensi e al taglio trovasi intensamente arrossata ed infiltrata di pus cremoso, giallo verdastro, non fetido, e di cui era pure pieno il condotto Stenoniano.

*Torace.* — Gangli linfatici si parietali che viscerali tutti sani. *Polmone sinistro* (grammi 350) adeso per antiche briglie specialmente al davanti ed all'esterno. — *Il destro* (grammi 542) adeso soltanto anteriormente per qualche rara briglia lunga e resistente di contro il lato ascellare.

Entrambi i polmoni assai emfisematosi e con ipostasi posteriormente, e completa nei lobi inferiori. Mucosa bronchiale leggermente rosea, con contenuto catarrale.

*Cuore* pieno pesante grammi 350, vuoto di sangue gram. 290, presentava varie macchie tendinee sull'epicardio anteriormente. Carni generalmente pallide e giallicce. Semilunari d'ambo le arterie leggermente ateromatose, e lieve degenerazione ateromatosa dell'intima dell'aorta e delle carotidi. Nel rimanente nulla di notevole.

*Addome* incavato con parete sottilissima. — Aperto, il fegato non deborda dall'arco costale, e a sinistra oltrepassa di poco la linea parasternale. Cistifellea voluminosa a mo' di grossa pera per copioso contenuto di bile densa, gialla verde cupo.

*Stomaco* avvizzito, piccolissimo come altresì tutti gl'intestini tenui.

L'epiploon *gastro colico* sottilissimo e raccolto sulla metà sinistra.

Il *mesentere*, breve, assottigliato, con lievissimo turgore di tutte

le rispettive glandule linfatiche. Nel mesocolon ciccale, dall'inserzione sul cieco alla radice, vedesi una sfilata di fitti noduletti dal volume di una veccia a quella di un pisello, di un bianco grigiastro, di consistenza ed aspetto di gangli linfatici ingorgati.

Ingrossati sino al volume di un fagiuolo i due gangli linfatici contigui alla piccola curvatura dello stomaco in prossimità del cardias.

L' *esofago* completamente pervio, con mucosa arrossata e un po' tumida nel suo terzo inferiore. Lo stomaco e il tenue presentavano al loro interno un colorito rossastro grigio, con pigmentazione verdastra.

Il *crasso intestino* internamente, principiando dal cieco e per tutto il tratto del trasverso e del discendente, presentava con intensità decrescente delle gravissime alterazioni dei follicoli chiusi, alcuni dei quali profondamente ulcerati e altri ingrossati e umbelicati a mo' di pustola vaiuolosa. Alcune di queste ulcere larghe un 12 millimetri con fondo giallastro punteggiato, scabro, con margini rilevati e frastagliati; altre invece circolari con margine pure cercinato e tagliato a picco. Negl' intervalli la mucosa intensamente arrossata e tumida. Intestino *retto* sano.

Remosso il tubo gastro-enterico, vedevasi sulla colonna vertebrale una massa nodosa che principiava in alto con due tumori grossi quanto una noce, situati tra le gambe del diaframma, e si continuava in basso per .23 centimetri sino alla metà circa della linea innominata costeggiando il lato interno del muscolo psoasiliaco. Però la parte più densa corrispondeva alle prime 4 vertebre lombari cioè a cominciare al disotto di un dito e  $\frac{1}{2}$  trasverso del tronco celiaco, che era pervio, come altresì il sovrastante tronco esofageo. Il *pancreas*, sovrastava al tumore, ed era perfettamente sano. L' *aorta* e la *vena cava ascendente* sottostavano ed erano abbracciate dalla suddetta massa per 10 centim., il loro lume era pervio e meno un certo grado di degenerazione grassosa dell'intima dell' *aorta* null' altro offrivano a rimarcare.

Internamente cotale massa era costituita da un tessuto giallo biancastro o grigio rossigno, assai molle e sfacelabile, con succo scarso poco denso e poltiglioso.

Il *rene destro* non alterato per forma e volume, peso gram. 205, presentava nei  $\frac{2}{3}$  superiori ed interni della faccia anteriore un ri-

lievo rotondeggiante del volume di una noce moscata, di color giallo e molle nel centro, violaceo e compatto alla periferia e approfondantesi in direzione dell'ilo sin' entro la sostanza piramidale. Il resto del parenchima renale era molto iperemico, compresa pure la mucosa della pelvi.

Il *rene sinistro*, era di gram. 160, null'altro che iperemico, ed in minore grado del destro.

*Ureteri e vescica* normali.

*Fegato*, di grammi 1760, presentava il carattere della degenerazione adiposa, con lieve aspetto del fegato variegato.

*Milza*, di grammi 175 (lunga cent. 13 larga cent. 9), e normale.

*Cervello* grammi 1395. Vene meningeae leggermente ingorgate. Parenchima cerebrale sensibilmente anemico e un poco edematoso.

---

L'esame microscopico eseguito dal chiarissimo professore MATTEI sui tumori anzi descritti cioè tanto del collo, retroperitoneali, e del rene destro, dimostrò essere a struttura del *Linfosarcoma a grandi cellule*.

## La storia completa della malattia del G. abbraccia un tempo di 3 anni

*divisibile*

CLINICAMENTE IN TRE PERIODI.

ANATOMO-PATOLOGICAMENTE a *detti periodi corrispondono le seguenti alterazioni:*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. <sup>o</sup> di mesi 30<br>Del sarcoma primitivo.            | Nel quale non risultano che lesioni lente ma progressive della nutrizione generale.   | <i>Sarcoma del rene destro.</i> Suo lento e limitato sviluppo.  |
| 2. <sup>o</sup> di mesi 3.<br>Del sarcoma retroperitoneale.     | Contradistinto dalla comparsa del tumore delle glandule giugulari inferiori del lato sinistro, da febbre, da una limitazione nell'appetito, e dalle capacità digestive dello stomaco, specialmente per lo alimento carneo.<br>Un più marcato progresso nel dimagrimento e nella perdita del colorito e delle energie nervo-muscolari.<br>Impossibilità al lavoro. | <i>Sarcoma successivo</i> nelle glandule retroperitoneali.<br>Rammollimento e fusione in una sola massa dei diversi linfosarcomi glandulari.<br>Trasporto dalla corrente linfatica, pel dutto toracico, di elementi istologici sarcomatosi e cagione della riproduzione del tumore nelle glandule giugulari inferiori.<br><br>Ostruzione delle glandule mesenteriche.<br><br>Atrofia marastica. |
| 3. <sup>o</sup> di mesi 3.<br>Suoi effetti meccanici sui nervi. | Da nevralgie lombosacrali, prevalenti nel lato sinistro.  | Compressione del tumore sui nervi lombari e per propagazione del processo neoplastico al connettivo adiacente.  |

### PER LA DIAGNOSI

- |  |  |
|--|--|
| DELLA LESIONE RENALE.                          | Si ebbe il solo, unico fatto, attuale, di lievi e intermittenti traccie d'albumina. (Non tumore, nè dolori, nè ematuria).  |
| DELLA LESIONE DELLE GLANDULE RETROPERITONEALI. | <i>Dati storici</i> — Nevralgie lombo sacrali.<br><i>Dati obiettivi</i> — Apprezzamento tattile, per quanto oscurissimo, dell'intumescenza prevertebrale, specialmente in corrispondenza della regione periombelica. Sua dolentezza. Rinforzo del battito aortico, e soltanto di sollevamento.<br>Ingrossamento degenerativo delle glandule giugulari inferiori del lato sinistro. |
| DELLA NATURA ATEROPLASTICA DEL PROCESSO.       | Il subdolo e lento decorso, la lunga durata, il marasmo e le qualità fisiche del tumore.   |
| DELLA COLITE FOLLICOLO-ULCERATIVA.             | Nessun fenomeno di dissenteria.  |

## II.<sup>a</sup> OSSERVAZIONE

---

### CARCINOMA MIDOLLARE DELLE GLANDOLE RETROPERITONEALI E DELLA VENA CAVA ASCENDENTE (CONSECUTIVO A CARCINOMA DEL TESTICOLO DESTRO) CON EFFETTO DI OCCLUSIONE COMPENSATA

---

Petreni Giuseppe di Castelnuovo Berardenga, di anni 35, ammogliato e contadino, venne accolto nella Clinica medica il 12 maggio 1879. La salute del P. nel primo ventennio di sua vita era stata scossa da molti malanni e da dispiaceri, qual'ultimi collegati per massima parte alla perdita della madre in prima per lenta e consecutiva malattia del petto, e dipoi del padre, sessantenne, per apoplessia cerebrale.

Nella prima età aveva egli infatti sofferto i comuni esantemi, a 7 anni di un breve corso di febbri, a 16 anni di una pleuro-polmonite curata con generose soltrazioni sanguigne, a 17 vaiuolo arabo di cui portava indelebili tracce, e finalmente nel 18.<sup>o</sup> anno di febbri intermittenti per il lasso di sei mesi. Indi tregua, e ultima tregua, sino al suo 32.<sup>o</sup> anno.

In tal volgere d'età un giorno mentre spacca delle legna avverte un' acutissima trafittura a mo' di lesinata, come egli stesso definiva, nel profondo dell' ipocondrio destro. A questa prima altre succedendone, e non meno forti, preso dalla paura più che vinto dal dolore, lascia là di lavorare, corre a casa come più presto puole, si unge coll'unguento di un ciarlatano, — il dolore cessa, e pochi giorni dopo riprende il lavoro e sembra tutto finir li!

Un anno ancora appresso (33.<sup>o</sup> di età) in circostanze analoghe ripresentasi lo stesso dolore all' ipocondrio destro e dura 2 giorni; ma a differenza della prima volta egli non si ristabilisce comple-

tamente. Al luogo del dolore rimane un' indefinibile molestia, quasi continua, diffondentesi talora a tutta la zona sovra-ombelicale. Fra questo malessere e la debolezza non si sente più capace all' usate gravi fatiche, ed è costretto di quando in quando a passare dei giorni fra il letto e il focolare.

Così passavan le cose quando sei mesi addietro una mattina (avea tranquillamente riposato tutta la notte) nel mentre nella stalla attende a governare le vacche, è preso da un improvviso e generale *travaglio* come egli esprimevasi, pel quale si sente informicolarsi d' un tratto l' estremità inferiori a cominciare dai piedi, stringersi alla base del torace, mancargli il respiro, sussultare il cuore, dolore al capo, obnubilamento di coscienza, e minaccia di cadere, come egli crede sarebbe caduto se non si fosse sorretto alla mangiatoia. Il formicolio delle membra fu momentaneo e passò, come si dileguarono ben preso tutti gli altri disturbi; tanto è vero che appena suonato il mezzodì dello stesso giorno, spinto dal desiderio di distrarsi, se ne andò a piedi al paese di Castelnuovo distante oltre quattro miglia, impiegandovi ben tre ore così all'andata come al ritorno, tanto eragli disagevole il camminare. Tre giorni dopo è ripreso per la 2.<sup>a</sup> volta dall' improvviso malore suddescritto.

Di lì a tre settimane riccotti in iscena i dolori acutamente trafittori nell' ipocondrio destro. Il dolore è sempre profondo e non si esacerba alla pressione. Fallito questa volta l' unguento del ciarlatano che doveva per lo meno avere il pregio dell' innocuità, vien ricorso al sanguisugio.

In tre o quattro giorni, 43 mignatte vengono applicate più quà e più là della zona sovra-ombelicale. Circa 800 grammi di sangue !! Applicate le ultime 11 mignatte alla regione costo-iliaca destra il dolore si mitigava ma di lì a un quarto d' ora qual non fù la sorpresa del malato nel vedersi repentinamente gonfiare prima la gamba sinistra, specialmente dal ginocchio al piede; indi, ma meno, la destra, e in breve anche le pareti addominali. Le mignatte, egli diceva, avevan fatto *anguinaia*! Sopracchiamato il medico, si meraviglia egli stesso di quella notevole tumefazione della metà inferiore del corpo e non sa dissimulare la sua incredulità che possa essersi formata dal dire al fare come asseriva il P. A buon conto facevagli applicare 2 larghi vessicanti ai lombi. Alla sera di quel dì, e per i cinque o sei giorni consecutivi, provò dei brividi di

freddo, seguiti poscia da calore, per altro non forte, e nessuno potè dirgli se veramente febbricitasse. Contemporaneamente si destò una piccola tossecella, secca, che tale si mantenne sino a quest'ultimo tempo, nel quale si faceva scarsamente umida per espettorato muco salivare. Nel tempo occorso alla guarigione delle piaghe dei vescicanti l'enfiore era scomparso e il P. trovavasi in grado di disimpegnare le piccole faccenduole dintorno casa.

Seguitava nondimeno a sentirsi indefinibilmente molestato nell'ipocondrio destro, nel camminare si stancava facilmente e dolé-vagli il ginocchio destro. Nei primi di marzo è ritrovato dal solito e temporaneo malore, preceduto da informicolamento degli arti inferiori, oppressione di respiro e batticuore. Da quest'epoca ogni più lieve sforzo gli dà palpitazione e a cagione di questa non può decedere sul fianco sinistro e ciò anche perchè gli aumenta il dolore dell'ipocondrio destro. Da quattro anni si era accorto che il suo scroto ingrossava ma non cagionandogli mai dolore o altra molestia o impedimento ai rapporti sessuali non se n'era mai dato per inteso, e nemmeno al presente vi poneva gran caso.

Nelle sue abitudini nulla rintracciavasi che potesse interessare etiologicamente l'attuale malattia. Allogato in un buon podere aveva potuto sempre godere, per la sua condizione, di una vita relativamente agiata.

**OBBIETTIVAMENTE.** — Il P. era uomo di alta statura, ben conformato e in discreta nutrizione. Quel po' di scadimento che presentava diceva datare da circa tre mesi. Aveva pelle pallida del pallore clorotico, alterata nel volto da butteri vaiuolosi, da cicatrici antiche da sanguisughe nella zona sovra-ombelicale, e da macchie residue a vescicatori nelle regioni lombari. Non edemi nè varici all'estremità inferiori. Le mucose visibili, ben colorate. Capelli folti grossi e neri con alcuni brizzoli nelle regioni temporali. Intelligenza corta; indole quieta e paziente.

Il *torace* assai bene sviluppato, quadriforme, asimetrico per una lieve depressione antero-posteriore del lato sinistro, inclusive la regione sopra-clavicolare. Vene mammarie esterne e cutanee dei lati ascellari, notevolmente ingrossate e turgide unitamente a quelle dell'addome di cui diremo più innanzi. Tolto quindi che il torace destro era più mobile, più sonoro e meglio respirante del sinistro, e dei sibili e rantoli a piccole bolle che si udivano quà e là circa

la base, posteriormente, di quest' ultimo lato non vi era altro da notare. Lievi battiti arteriosi e niun turgore venoso al *collo*. Gangli linfatici normali.

L' impulso cardiaco vedevasi a sinistra come lieve ondulazione, all' interno della linea papillare, nel III e IV spazio intercostale e per ogni restante il cuore non offriva cosa degna di rimarco.

Prima di dire dell' addome interessa notare che lo scroto si presentava assai ingrossato fino al volume e forma di una grossa pera. La pelle era sensibilmente arrossata e solcata da una rete bluastra formata da un maggiore sviluppo e turgescenza permanente delle vene. Al tatto trovavasi non aderente, non calda e affatto indolore e al posto del testicolo destro un tumore grossolanamente lobato estremamente molle nella sua metà interna, e di una durezza lignea esternamente.

I gangli dell' inguine appena più grossi del normale.

*Addome.* — Non tosto diretto lo sguardo sull' addome tutta la nostra attenzione veniva attirata dal singolare sviluppo e tortuosità delle vene superficiali corrispondenti al dominio dell' epigastriche e a quelle delle regioni costo-iliache. Esse si ritenevano sul piano della cute come altrettanti cordoni bleu di grossezza quasi uniforme e strettamente serpiginose. Quelle del lato destro apparivano più sviluppate di quelle del lato sinistro, specialmente in corrispondenza della zona sopra-ombelicale. Il turgore era costante ma non uniforme vedendosi aumentare in ogni espirazione, tanto più se forzata, e, contemporaneamente alla maggiore tumefazione, aumentare la turtuosità e il colorito bluastrò. Strisciandovi sopra un dito dall' alto al basso e viceversa il riempirsi del vaso seguiva immediatamente il dito, ma con assai maggior prontezza trascorrendolo dal basso all' alto. Però cotale risultato non avevasi ugualmente netto e spiccato da tutte le diramazioni; bensì in generale nei tronchi più grossi ed inferiori, e del lato destro, e in ispecie su quelle delle vene epigastriche. Cotale semplicissimo esperimento ci dimostrava che la direzione della corrente venosa avveniva in senso perfettamente inverso cioè dal tronco alle radici, dall' epigastriche alle mammarie etc. Non sarà superfluo, per maggiore chiarezza, affermare che cotale disposizione venosa nulla aveva a che vedere con quella configurata a *caput medusae*: del plesso periombelicale non una vena molto visibile. Dopo di questo per

l'ispezione non emergeva altro che una maggiore ripienezza del quadrante superiore destro, apparentemente dovuta ad una maggiore arcuazione antero-posteriore del rispettivo arco costale, ma non era che relativo alla depressione del torace sinistro.

Alla *palpazione* grossolana e profonda sentivansi le pareti addominali normalmente elastiche, fuorchè, in genere, nella regione epigastrica. Quivi non tosto depresse per due dita trasverse, il malato accusava del dolore (e si suscitava del gorgoglio) il quale a un palpamento metodico riusciva delimitabile all'insopra di una linea obliqua tesa dalla metà dell'arco costale sinistro (lin. emicl.) alla metà della linea costo-iliaca destra. Cotale dolorabilità apparteneva a una resistenza che si incontrava soltanto approfondando maggiormente le pareti addominali (5 o 6 cent. dal piano sternale) e ci appariva data da un corpo solido, fisso sulla parete posteriore, convessiforme e dubbiamente liscio alla superficie e corrispondente per estensione all'area dell'addoloramento. Del resto il rimanente inferiore della colonna vertebro-lombale ci appariva come se fosse un po' più voluminosa del solito, ma non era dolente nè sembrò irregolare. Sentivasi il battito aortico piuttosto debole per tutto il tragitto del vaso ma in nessun punto potemmo dire di aver sentito, pel noto movimento d'espansione, il grosso vaso arterioso. Era dunque un moto di sollevamento.

Alla *percussione* in quella stessa area dolorabile, e renitente profondamente, avevasi un avvertibile grado d'ipofonesi però non uniforme, prevalendo dal basso all'alto, cioè verso l'arco costale e dall'ipocondrio destro al centro epigastrico e per 13 cent. dalla appendice xifoide; e al di sotto dell'arco costale destro cent. 11 sulla linea parasternale, e 4 cent. sull'ascellare anteriore. Il rimanente dell'addome era normalmente sonoro.

Inutile dire che in quest'area ipofonetica veniva a comprendersi l'*area epatica*, e non era ormai più nella competenza del plessimetro decidere se in tutto o soltanto in parte, fosse addebitabile alla sottogiacenza del detto viscere. Superiormente l'ottusità epatica cominciava alla IV costa, e trasversalmente giungeva alla linea papillare sinistra: posteriormente fra ipofonesi e ottusità dalle VI e V alla XII e XI costa.

L' *Area splenica* verticalmente cent. 11: trasversalmente alla linea ascel. post., cent. 17.

IN CLINICA. — Ammesso la sera del 12 nelle condizioni sudescritte, alla mattina del 19 il P. era cadavere. Solo una catastrofe, una vera catastrofe, poteva così prestamente accelerare l'inesorabile pronostico: e qual fosse ora vedremo. Il P. non aveva mai lasciato il letto altro che per pochi momenti per soddisfare ai bisogni del corpo. Egli giaceva abitualmente supino col tronco un po' sollevato o sul lato destro, non poteva starsi perfettamente orizzontale perchè più facilmente in quella posizione era molestato di tratto in tratto ora da oppressione di respiro all'epigastrio, e da batticuore, ora da un dolore ottuso e compressivo nelle regioni lombari: non sul lato sinistro a cagione di un più frequente esacerbarsi della dolorabilità spontanea dell'ipocondrio destro. Si trattava dei soliti dolori trafittorii che più o meno spesso avvertiva nel profondo del detto ipocondrio, e di un senso gravativo fisso, pure profondo, nel centro epigastrico e confondevasi spesso con quello compressivo delle regioni lombari. Però cotali dolori non una volta ebbero tale intensità da costringere il malato a un lamento, e non si sarebbe preso nemmeno la cura di denunciarli se non glie li avessimo ricercati noi. Nessun disturbo da parte delle funzioni gastro-enteriche: aveva discreto appetito che sodisfaceva con  $\frac{2}{3}$  di vitto ed evacuava l'alvo una volta al giorno od ogni 2 giorni, emettendo materie configurate a piccoli cilindri, di molle consistenza, normalmente colorate, e senza che mai fossero precedute o accompagnate da dolori. Mai flatulenze, nausea nè vomito e l'addome sempre appianato, nè teso al di là del normale. Seguitava ad aver tosse a rari accessi e profondi, con espettorazione muco salivare e per 2 o 3 volte macchiata da striature sanguigne, di un colorito rosso cupo: si lamentava di oppressione di respiro, come abbiamo già detto, se giaceva perfettamente supino, e taluna volta nello stesso tempo di batticuore per 10 o 15 minuti: ma dell'una e dell'altro poi costantemente quando stava in piedi e camminava, sia pure per quel poco che eragli necessario per portarsi alla latrina: era allora che sentivasi della debolezza, cosa di cui non aveva affatto coscienza stando in letto. Egli soggiacque del continuo a lieve stato subfebrile rappresentato da temperature oscillanti tra i  $37^{\circ} 6$  e  $38^{\circ} 4$  ma più spesso al di sotto dei  $38^{\circ}$ . Le maggiori temperature si ebbero costantemente dalle 4 alle 8 di sera, e le minime dalle 4 alle 6 antim. Mai freddo, ed una sola volta vi fu una lieve diaforesi nell'ultime due ore del

giorno 13. Polso dalle 88 alle 102 pulsazioni, ma più spesso 96 alla mattina, e 100 alla sera.

Respirazioni dalle 18 alle 30 — più spesso 28. —

L'urina, escreta sempre volontariamente, mai superò per quantità i 1000 grammi, di colore giallo rosso, di forte odore urinoso, sempre moltissimo acida, densa da 1020 a 1024, e torbida per abbondante deposito di urati (sedim. laterizio): risultò all'uroscopia chimica praticata il dì 13, 14, 16, 19 molto ricca di *urofeina* ed *uroeritrina*, mediocre e normale l'*uroxantina*; normali i *cloruri*; abbondanti i *fosfati* specialmente gli alcalini e abbondantissimi i *solfati* e gli *urati*; l'*urea* dalle 33, 80 a 44, 40 per ‰ e mediocre l'*acido urico*. *Albumina* appena tracce — pigmento biliare tracce solamente 3 giorni innanzi la morte.

Così erano passate le cose fino alla sera del 18. Anzi in cotesta sera avendo trovato il P. più tranquillo del solito ne approfittammo per ripetere la palpazione dell'addome che egli sopportò benissimo, e senza mostrarsene nemmeno annoiato.

P. 96      R. 28      T. 38° 3.

Ore 10 pom. T. 37° 6 — Il malato non dà segno alcuno di speciali sofferenze.

« 11 « — — Comincia a lagnarsi di un senso di languore, e di grave sfinimento all'epigastrio, e di dolori lancinanti che dall'ipocondrio destro corrispondono alla colonna vertebrale.

« 12 ant. T. 37° 4 — Si agita pel letto passando da una posizione all'altra in cerca di posa, ma inutilmente.

« 1 « — — Domanda di evacuare l'alvo che si apre con materie configurate e normali. In questa stessa ora prova senso di freddo a cui succede ben tosto senso di caldo generale. Ha qualche colpo di tosse.

« 2 « T. 37° 9 — Vomito biliare a boccate, che si ripetono di quando in quando sino alle 6. Materie vomitate in tutto gr. 12. Comincia a gridare per i forti dolori dell'ipocon-

drio destro e posteriormente che tenta invano lenire comprimendovisi colla mano. Si agita in una smania indicibile, ma inutilmente; anzi il dolore alla colonna vertebrale cresce viepiù, e predomina sino alle 7.

- Ore 4 ant. T. 38° 8 — Evacuazione di materie figurate.  
« 5 « T. 39° — È fortemente dispnoico e tossicoloso.  
« 8 « T. 39° — Il malato è prostrato, boccheggiante, incosciente, e cosparso di sudore freddo nella faccia.  
« 8 1/2 « — — Muore.

Dire, prima della sezione, cosa fosse mai intravvenuto, dove e come, in quel breve volgere di 8 ore, non era davvero assunto così facile e presto quanto potrebbe desumersi da un epicrisi. Una prima difficoltà rimuovevasi nell'osservare che tutte le sofferenze, accusate dal malato in quell'ultimo e fatale periodo, non erano state punto diverse per sede e per qualità da quelle che avevano sin allora formato il quadro fenomenico della sua malattia. Eravamo quindi rimandati a cercare una lesione la quale, agendo in relazione e nel dominio del processo di malattia preesistente (carcinoma delle ghiandole retro-peritoneali e del fegato e strozzamento della vena cava ascendente), avesse potuto suscitarsi repentinamente e compromettere la funzione di organi essenziali alla vita.

In così fatta circoscrizione patologica noi sapevamo di aver che fare con tutti quelli accidenti a base così detta meccanica, e fra questi principalmente due ci sembravano più discutibili al caso nostro:

1.° rottura di un ascesso o focolaio di rammollimento canceroso;

2.° lesione di grossi vasi in genere, in ispecie venosi, e specialmente della vena cava ascendente.

a) La prima possibilità, che dal punto di vista anatomo-

patologico non aveva nulla che le facesse contro, incontrava non poche opposizioni di ragione clinica, di cui la principale era che, data la rottura e il consecutivo spandimento, la morte non sarebbe avvenuta che per peritonite, e per questo facevano difetto varie manifestazioni, e la stessa brevità del decorso. Mi attengo alle generali per brevità, dacchè se dovessi dire di tutti i *pro* e i *contra* argomentabili dai singoli dati soggettivi ed obiettivi, come allora dovetti pur fare per rassicurarmi in tal esclusione, mi dilungherei troppo dall'intento di accennare semplicemente la via e il punto toccato verso la diagnosi di quest' accidente.

b) Delle lesioni vasali erano ad escludersi quelle per rottura o lacerazioni ulcerative, o altrimenti, delle pareti, perchè nulla indiziava clinicamente una morte per emorragia.

Non rimaneva a considerarsi che la possibilità di una trombosi o distacco di trombo, e senz'altro della vena cava ascendente sia perchè già la credevamo strozzata e indi posta nelle migliori condizioni genetiche della trombosi, sia per i suoi rapporti con un organo essenziale alla vita, quale il cuore, il cui arresto funzionale non sarebbe stato più difficile a spiegarsi. Non mi parve nemmeno impossibile, come ho già accennato, che invece della formazione del trombo si fosse trattato di un distacco parziale di trombo già esistente nella cava; quella ipotesi, confesso, mi veniva suggerita nel domandarmi se quei maneggi palpativi praticati poche ore prima sull'addome del malato potessero esser rimasti del tutto estranei fra le cause occasionali di quella catastrofe.

Vedremo a suo tempo quanto mancasse d'esattezza a siffatto modo d'interpretazioni, e quanto giusti fossero questi ultimi dubbi.

---

NECROSCOPIA 25 ore *post mortem*. — Cadavere discretamente nutrito, specialmente negli arti inferiori, con residua rigidità cadaverica e macchie ipostatiche confluenti a tutte le parti posteriori del corpo. Scroto assai più voluminoso del normale per degenerazione carcinomatosa midollare del *testicolo destro* che pesa grammi 235. *Vene cutanee dell'addome* tutte turgide, ectasiche, singolarmente le cutanee superficiali decorrenti all'esterno dei muscoli retti e nelle regioni costo-iliache. Quelle del lato destro sono più sviluppate delle sinistre. Dissecandole vediamo a destra la gran vena tegumentaria e circumflessa iliaca nascere con un tronco comune dalla safena interna e comunicare colle cutanee ascellari: l'epigastriche esterne colle mammarie esterne, e le interne rispettivamente tra loro all'altezza dell'ombelico e all'insopra del medesimo nello spazio ombelico-xifoideo.

Aperto l'*addome*, queste vene si vedono comunicare colle vene del legamento sospensorio del fegato e altre venuzze che dal peritoneo parietale si rendevano al fegato per l'intermezzo del legamento falciforme e finalmente colle gastro-epiploiche e coll'esofagee per mezzo della coronaria stomachica sinistra.

Il *fegato* non deborda dall'arco costale, di aspetto normale, liberissimo da ogni aderenza e senza alcuna traccia di flogosi peripatica.

La *milza* ingrossata (gr. 440) spostata un po' indietro e aderente, con capsula tesa, grigio-plumbea, facilmente distaccabile. Parenchima flaccido, assai lacerabile, di color feccia di vino variegato da strie retiformi e punti biancastri (corpusc. del Malpighi).

*Peritoneo* generalmente arrossato con siero torbido (circa 150 gr.) raccolto nella doccia vertebrale destra e nell'escavazione pelvica. Appariscentissime, pel loro ingrossamento, tutte le vene delle faccie laterali del peritoneo e l'epiploiche con cui evidentemente comunicano.

*Intestini* generalmente iperemici tanto all'esterno come all'interno con intumescenza della maggior parte dei follicoli chiusi.

*Glandule mesenteriche* tutte dal più al meno ingrossate ma omogeneamente, senza tracce di degenerazione. *Mesentere* contenente ancora molto adipe.

Tolto il *fegato*, pesante gr. 2535, si trovava il lobulo dello Spigello molto e uniformemente ingrossato, di consistenza molle

e omogenea, con capsula liscia, levigata, senza indizi di flogosi, di colore lavagna-rossiccio e al taglio usciva una poltiglia densa color feccia di vino, quale di carcinoma midollare rammollito. La superficie di sezione di questo lobulo aveva una figura circolare e si delimitava distintamente dal resto del parenchima, il quale, pel lobo destro, era un po' duretto friabile e presentava il colorito del fegato variegato, mentre il lobo sinistro aveva la mollezza e la grande friabilità e il colorito giallo della degenerazione adiposa. Alla superficie di taglio vedevasi inoltre assai aumentato il calibro di tutte le vene sovra-epatiche e tutte zaffate da coaguli cilindrici, neri, duri, formatisi indubbiamente in vita. *Cistifellea* vuota. All' *ilo epatico*, e precisamente sulla biforcazione della vena porta, eravi un tumoretto del volume di una piccola noce, bianco-latteo, formato dalla degenerazione carcinomatosa di un ganglio linfatico. Cotalchè la *vena porta* veniva ad esser compressa al di dietro, dall'ingrossamento del lobulo dello Spigelio; e al davanti dal tumore dell' *ilo* anzidetto: e che questa compressione avesse avuto luogo lo attestava la dilatazione a guisa di gozzo che aveva subito il tronco della detta vena porta.

*Pancreas* sano.

Avuto rimosso così il fegato e il pancreas, veniva messa allo scoperto una *massa encefaloide retroperitoneale* per massima parte rammollita (del peso di gr. 440) giacente sulla colonna vertebrale dalla X vertebra dorsale al promontorio del sacro, ma la sua maggiore densità corrispondeva alle prime tre vertebre lombari. Questa massa carcinomatosa delle glandule linfatiche retroperitoneali comprendeva a sinistra di sotto a sè l'*aorta*, andatamente ristretta, e a destra, davanti a sè, la *vena cava ascendente* la quale per 7 centimetri, a partire dal punto reciso per estrarre il fegato, era enormemente ectasica (10 cent. di periferia) a configurazione di un grosso bucciolo cilindro-conico in basso e a fondo cieco con pareti ingrossate e internamente anfrattuose per sporgenze irregolari di un tessuto molle e ripiena di materia poltigliosa rossiccia, identica a quella trovata nel lobulo dello Spigelio; e nel rimanente e sino a circa la metà delle *iliache primitive* sepolta e strozzata sino all'impervietà da un fitto ammasso canceroso. Le *vene emulgenti* erano permeabili sino al loro sbocco nella cava e del solito calibro; sviluppatissime invece le due *vene spermatiche*. I *reni*, di grammi

190 ciascuno, erano fortemente iperemici segnatamente il sinistro. Tutte le *vene lombari e intercostali* eziandio molto sviluppate, e in modo più rimarchevole la *gran vena azigos*, ingrossata al pari di un dito mignolo d'adulto.

*Cuore* pesante pieno gr. 350, vuoto gr. 290: presentava un certo grado di dilatazione di tutte le cavità, segnatamente della sezione destra, con flaccidità delle pareti: un piccolo coagulo fibrinoso molle, nella orecchietta e nel ventricolo destro: lieve corrugamento endocardico della orecchietta sinistra; un leggero ispessimento ed opacamento dei pizzi cuspidali e dei margini aderenti delle sigmoidi aortiche.

*Polmone sinistro* (grammi 960) tenacemente adeso in totalità per antiche neomembrane. Tolto l'apice che era indurato e mammellonato per retrazione cicatriziale e portava dei piccoli noduletti cretacci dal grano di miglio a quello di canape, era tutto quanto intensamente iperemico ed edematoso con quattro nuclei carcinomatosi in via di rammollimento, del volume circa di una nocciuola, di cui uno alla base del lobo superiore e tre alla parte centrale del lobo inferiore ove prevaleva l'ipostasi e portava inoltre vari punti rosso cupo consistenti a modo d'infarti emorragici. Alla compressione fuoresciva da tutto il polmone molto siero spumeggiante sanguinolento.

Il *polmone destro* (gr. 570) adeso alla pleura soltanto pei due terzi anteriori del lobo superiore. *Pleura parietale* tappezzata dritto fuori da un essudato gialliccio gelatiniforme traslucido. Parenchima polmonare pur esso fortemente iperemico ed edematoso con 3 dei soliti nuclei carcinomatosi alquanto però anteriormente e inferiormente, uno nel lobo superiore e due nell'inferiore, ove scorgevansi anche altri piccoli nuclei di minore importanza e dei piccoli infarti emorragici.

*Cervello* gr. 1350. Vene meningee, tela e processi coroidei iperemici. Parenchima cerebrale sano.

L'esame istologico istituito su tutti i pezzi dal chiarissimo prof. MATTEI confermò trattarsi di *carcinoma encefaloide*.

---

## La storia completa della malattia del P. abbraccia un tempo di 4 anni

divisibile

CLINICAMENTE in quattro periodi rappresentati:

1.° di mesi 18 Dal semplice ingrossamento progressivo dello scroto.

2.° di mesi 30 Del cancro retroperitoneale.

3.° di mesi 6 Effetti di compressione e propagazione sui grossi vasi addominali.

Mesi 12. — Da dolori traffittori ricorrenti a grandi intervalli nel profondo del quadrante superiore destro.

Mesi 18. — Da un senso di malessere continuo e profondo dell'epigastrio. Debolezza corporea.

Mesi 1. — Dal risvegliarsi acuto e violento dei dolori traffittori nell'ipocondrio destro.

Da un improvviso e temporaneo malore rappresentato da formicolio delle estremità inferiori, senso di soffocazione epigastrica, susulto di cuore, dolentezza e confusione di capo.

Tutto ciò ripetesi tre giorni dopo.

Ventun giorni dopo. Edema rapido e temporaneo nella metà inferiore del corpo.

Tosse ed emottisi.

Mesi 5 — Comparsa del turgore delle vene superficiali dello addome.

Principio del dimagrimento e dolore, debolezza muscolare crescente.

ANATOMO-PATOLOGICAMENTE a detti periodi corrispondono le seguenti alterazioni:

*Carcinoma midollare* del testicolo destro. Sua evoluzione e principio del suo rammollimento nella metà interna.

*Carcinoma successivo* nelle glandole retroperitoneali, le quali ingrossano progressivamente massime in corrispondenza della regione epigastrica (ove la massa era più densa), si fondono in una sola massa, la quale accresce sino a ricoprire l'aorta addominale e serrasi intorno alla metà inferiore della vena cava ascendente.

*Carcinoma metastatico* nel fegato.

*Strozzamento della vena cava ascendente* prontamente compensabile, vedendosi in ciò tutti gli effetti di un perturbamento del circolo venoso centrale.

*Propagazione* in tal frattempo del carcinoma entro la vena cava dalla base dello strozzamento che trovammo alla necropsopia convertito in un cul di sacco.

Lo strozzamento fa ancora un progresso.

*Occlusione completa della vena cava* per trombosi occasionata dalla restrizione del lume e principalmente dalla proliferazione progressiva della neoplasia nell'intima del vaso.

*Carcinoma metastatico* nei polmoni. Stabilimento del *circolo suppletorio* tra le vene degli arti inferiori e le comunicanti colle vene della cava discendente, come per le vene profonde dell'addome vicariava per la cava la grande Azigos.

*Rammollimento delle masse cancerose.*

Suscettibilità al batticuore per qualsiasi sforzo corporeo.

Effetto del nuovo ordinamento circolatorio venoso e della compressione dell' aorta.

4.<sup>o</sup> di ore 8 1/2 Un vero epilogo di tutti i precedenti. (Vedi Storia.)

Trombosi delle vene sovraepatiche e del cuore; infarti, emorragia ed edema polmonare. Essendo la cava strozzata inferiormente, slargata al di sopra e riempita di materia carcinomatosa molle, crederei che una pressione esteriore, quale occorre per una palpazione profonda, potesse spostare verso il cuore quel contenuto molle, e da ciò l' intasamento delle sovraepatiche, trombosi, ec. ec.

#### PER LA DIAGNOSI (1)

DELLA LESIONE DELLE GLANDULE RETROPERITONEALI.

*Dati soggettivi e storici* — Dolorabilità spontanea, continuata nel profondo della regione epigastrica.

*Dati obiettivi* — Apprezzamento tattile, benché piuttosto oscuro, della intumescenza prevertebrale, specialmente in corrispondenza della sopraddetta regione. Sua dolentezza.

Indebolimento del battito aortico, e impercettibilità del suo moto d' espansione.

*Dati razionali* — Grande frequenza del cancro successivo nelle glandule lombari nei casi di carcinoma molle del testicolo.

DELLA OTTURAZIONE DELLA VENA CAVA ASCENDENTE.

*Dati storici* — Improvvisa e rapida edemazia della metà inferiore del corpo.

*Dati obiettivi* — La dilatazione notevole e quasi uniforme e il molto turgore delle vene superficiali dell'addome, specialmente delle vene epigastriche, con inversione della corrente venosa.

(Non so se sia possibile una diagnosi differenziale tra un' otturazione da semplice strozzamento, o per compressione, da quella per trombosi e per neoplasma. Ad altro momento di ciò).

DEL CANCRO METASTATICO.

*Del fegato* — Dolori lancinanti nel profondo dell' ipocondrio destro.

Presenza di tracce di pigmento biliare nell' orina.

Ingrossamento alla percussione, dell' area epatica.

*Dei polmoni* — Tosse ed emottisi.

Aree localizzate posteriormente di ipofonesi con sottili rantoli e sibili.

IDEM

(1) Ometto di dire circa il tumore endoscrotale, essendo troppo ovvio comprendere da quali dati e criterii potesse dedursi la diagnosi di *Carcinoma midollare primitivo del testicolo destro*.

# RICORDI ANATOMO-CLINICI

INTORNO AL

## CANCRO DELLE GLANDULE RETROPERITONEALI

---

Quando al mio quart' anno di studi in questa R. Università mi venne assegnato un malato di tumore intra-addominale palpabilissimo nel quadrante superiore sinistro, e udii diagnosticarlo dal mio illustre maestro Prof. BURRESI (\*) per un *Carcinoma delle glandule retroperitoneali* mi sorprese non trovare nei libri di Patologia medica e Diagnostica, più in voga fra gli studenti, un capitolo che trattasse con una certa diffusione clinica di questo argomento come per gli altri tumori, *exempli gratia* gli aneurismatici.

Dacchè oggi mi capita argomento simile, memore di quei bei giorni, offro quel pochissimo che per esperienza e studii sin qui appresi in proposito a coloro che, essendo al punto di studio nel quale mi trovava allora io, potessero desiderare di farsi, su di poche pagine, una prima idea clinica di questa particolare alterazione.

### I.

Per cancro delle glandule retroperitoneali o lombari, o masse cancerose del LOBSTEIN (\*), che primo le descrisse, si

---

(\*) Rendiconto della clinica medica di Siena, anno 1873-74, pag. 201, Tipografia Lazzeri, Sien.

(\*) Anat. Pat.

intende la degenerazione cancerosa di tutte o molte di quelle glandule limfatice (dei plessi limfatico lombare, ipogastrico, sacrale-medio, e iliaco) che risiedono entro l'addome, dietro il peritoneo, al di sopra ed ai lati della colonna vertebrale fra e sopra i grossi vasi e nervi. Queste glandule si trovano in relazione limfatica afferente cogli organi e pareti addominali ed estremità inferiori, ed efferente colla *cisterna Chyli* o del PECQUET, dalla quale, corrispondentemente alla seconda vertebra lombare, ha cominciamento il canale toracico che va a sboccare nella vena anonima sinistra, nell'angolo formato dalla riunione della vena giugulare comune colla succlavia.

Come per gli altri organi o tessuti così anche per le glandule limfatice il cancro può essere *primitivo*, cioè sorto là per disposizione congenita o embrionale, o diatesica; *secondario* o *successivo*, come lo disse BROCA, quando si sviluppa nelle glandule in rapporto limfatico col tumore primitivo; e finalmente *metastatico* o per *infezione* allorchè esso si ripete in gangli lontani e in nessuna comunicazione coi vasi assorbenti della regione di altri tumori.

Dei tre modi soltanto i primi due occorrono nelle glandule retroperitoneali e già vi dirò che il primo sta al secondo come l'eccezione alla regola.

Infatti il cancro primitivo, a giudizio di tutti gli osservatori d'ogni epoca, è rarissimo per le glandule in genere e per le retroperitoneali in ispecie, per quanto, di tutte le glandule intra-addominali, siano desse le preferite. A darvene esempio bastami citare il LEBERT (¹) il quale in una diligente raccolta di 500 casi di cancro delle glandule limfatice soltanto in 13 lo constatò primitivo, e fra questi due solamente appartenevano alle glandule lombari. PAGET (²) in una raccolta di 103 casi, soli 4 potè constatarli come primi-

(¹) Anatomia Patolog. Vol. I, pag. 558.

(²) POTAIN Dict. Encyclop. des Sc. Medic. T. 15, pag. 554-483.

tivi. Più fortunato fu BAMBERGER (1) che, in 10 casi di cancro retroperitoneale, in 6 potè ritenerlo come manifestazione diretta e primitiva della diatesi.

Nella casistica clinica nostrana per quel più che mi è riuscito sfogliare non ho trovato che 3 soli casi che tanto più volentieri ricordo perchè legati all'indimenticabile nome del mio venerato Maestro, di recente e troppo presto rapito al lustro della Clinica Italiana. Però di questi tre casi del CONCATO (2) solo uno (3) può essere utilizzato in siffatta statistica, essendochè negli altri due le glandule retroperitoneali fossero degenerate in uno (4) assieme alle *mesenteriche, bronchiali, e catenate*; nell'altro (5) essenzialmente alle *mesenteriche*; e infatti anche l'illustre autore le pubblicò per altre mire cliniche.

Del resto per quant' altri casi possa registrare la letteratura clinica l'asserto della rarità non teme smentita.

Fra le forme del cancro primitivo sin qui osservate nelle glandule limfatiche (l'*encefaloide*, lo *scirro*, il *cancroide*, il *sarcoma*) soltanto l'*encefaloide* è stato osservato per quelle retroperitoneali.

Tolti così i rarissimi casi cui può essere primitivo, la regola è, come già vi diceva, che vi si trapianti secondariamente.

Voi sapete del resto che il cancro secondario affetta, come il tumore primitivo, dei rapporti di natura e di sede generalmente regolari e costanti cioè a dire, *che si trova sempre nelle glandule che sono in rapporto limfatico col tumore primitivo e riproduce di regola un tessuto identico a quello che lo costituisce.*

(1) Ivi.

(2) L'*Ebdomadario* clinico di Bologna, n. 6, 15, 1, 2, 1862 — n. 20, 21, 1864.

(3) Strozzamento della vena cava ascendente da carcinoma delle glandule retroperitoneali.

(4) Carcinoma midollare acuto delle glandule limfatiche.

(5) Cancro midollare delle glandule limfatiche in argomento di sostituzione ereditaria dei neoplasmii *tubercolo e cancro*.

Da questa legge intendete che ogni cancro primitivo della metà inferiore del corpo, perchè posto in relazione linfatica colle glandule retroperitoneali, potrebbe essere il punto di partenza per la loro degenerazione. Cotale possibilità per altro varia grandemente secondo:

- a) i singoli organi;
- b) le diverse forme del cancro.

I. Gli organi, alla cui lesione primaria più facilmente suole succedere, vengono in ordine di frequenza:

- 1.° I reni;
- 2.° I testicoli;
- 3.° Vagina, utero, vescica, ovaie;
- 4.° Glandule meseraiche;
- 5.° Peritoneo;
- 6.° Pancreas, milza, stomaco;
- 7.° Fegato, ossa pelviche e dell'estremità inferiori e rispettive parti molli.

E di ciò potete trovarne una ragione, essenzialmente anatomica, *nella distribuzione dei condotti linfatici e delle glandule*. Non è tanto la maggiore distanza di percorso dei linfatici quanto piuttosto il numero dei gangli interposti, essendochè questi, come saprete, rappresentano altrettante barriere d'arresto a tuttociò che di eterogeneo, sia morfologico o soluto, abbia potuto penetrare dalle reti assorbenti, nella limfa.

II. Rispetto alle forme del cancro fra quelle che più abitualmente si osservano nei gangli — quali l'encefaloide, lo scirro, e in ordine di frequenza, l'epitelioma, il sarcoma, il colloide, l'osteoido, il papillare o villosa — la più comune ad incontrarsi nelle glandule retroperitoneali è sempre la *mi-dollare* o *encefaloide*: e fra l'eccezionali è da riporsi il *sarcoma magni-cellulare* specialmente quando il tumore primitivo risieda nel rene, sede per altro pochissimo prediletta da questa neoplasia, e ne avete un esempio nella prima delle due nostre osservazioni, e, non ha guari, nel-

l' Arch. delle Sc. Med. di Bizzozzero si leggeva il resoconto di un caso simile. Finalmente una seconda eccezione va fatta pel *cancro melanico*, per chi piacesse separarlo dall' encefaloide, stante un caso osservato dal CRUVEILHIER (\*).

La ragione di questo privilegio diffusivo del cancro epiteliale per le glandule limfatiche, a fronte di quello assai minore del cancro connettivale (sarcoma), la si vuole attribuita per alcuni al fatto che il primo, abbondando di vasi limfatici, si troverebbe in più intimo ed esteso rapporto col sistema limfatico del secondo il quale, per la prevalenza invece di vasi sanguigni, troverebbe questo maggior rapporto col sistema sanguigno pel quale appunto si farebbe strada alla diffusione: per altri invece, COHNHEIM (†) ad es., sarebbe riposta nelle diverse dimensioni dei loro elementi istologici, per cui le grandi cellule del carcinoma si arresterebbero nelle glandule, e le piccole del sarcoma passerebbero oltre facilmente e più spesso.

Qualunque sia la ragione, a mio modo di vedere ammissibili entrambe, non crediate pertanto che la successione di questo cancro nelle glandule retroperitoneali risponda alla frequenza del tumore primitivo. Di 66 casi (s. e.) di cui si compone la casistica del cancro degli organi addominali, raccolta nella classica opera d' Anatomia Patol. del CRUVEILHIER, in soli 5 è ricordata la degenerazione delle glandule prevertebrali e distribuiti come appresso:

Cancro degli organi sessuali femminili su 17 n.° 1 (‡)  
« dello stomaco . . . . . « 16 « 1 (‡)

(\*) Cancro melanico succutaneo; estirpazione di esso. Comparsa di una quantità di tumori dell' istessa natura. Deperimento. Morte. Cancro melanico in un gran numero di organi. Anat. Patol. Vol. II, pag. 466.

(†) Patol. generale Vol. I, pag. 435.

(‡) Cancro dell' utero e della vagina. Distruzione cangrenosa del collo dell' utero. Succo canceroso infiltrato nella sostanza delle pareti della vagina ai limiti della cangrena. Glandule linfatiche degl' inguini cangrenate. Vol. III, pag. 159.

(§) Magrezza scheletriforme. Cancro dello stomaco con ipertrofia considerevole di quest' organo, dell' esofago e del diaframma. Perdita di sostanza dello stomaco,

Cancro del fegato . . . . .	su 12 n.° —		
« del peritoneo e dell'epiploon . . . . .	« 6 « —		
« del retto . . . . .	« 5 « —		
« del rene . . . . .	« 4 « 1 (¹)		
« del testicolo . . . . .	« 4 « 1 (²)		
« di tutto il colon ascendente . . . . .	« 1 « —		
« melanotico succutaneo genera-			
lizzato . . . . .	« 1 « 1		
		—	—
		66	5

A questi casi posso aggiungerne altri tre, delle cui storie due debbo alla squisita e illimitata gentilezza dell'egregio Prof. Cantieri, e dell'altro ho ben presente alla memoria l'osservazione trattandosi di una femmina stata nell'anno decorso in clinica. Ed eccone la storia.

III. — CARCINOMA DEL PERITONEO  
SUCCESSIVAMENTE DELLE GLANDULE RETRO-PERITONEALI.

Donna di circa 60 anni; piccola e magrissima per costituzione, soffriva da un anno di ricorrenti dolori acutissimi a tutto il ventre, e di diarrea alternata da stipsi. Quando la vedemmo noi presentava l'addome globoso, idrope-ascite, e quà e là occupato da tumori, che si facevano ora superficiali ed ora profondi, dolenti, spostabili, bernoccoluti: dolorosissima la metà inferiore del tronco, posteriormente. Era singolare l'accesso doloroso pel suo improvviso manifestarsi e dileguarsi, e le grida acutissime cui costringeva la malata senza, per altro, quella speciale contraffazione della fisionomia tanto caratteristica nei dolori peritonitici. Al solo fare atto di

---

rimpiazzata dal pancreas, dalla milza e dal duodeno. Fistola gastro-duodenale. Indurite le glandule circostanti al tratto superiore dell'aorta addominale. Milza infiltrata di pus concreto. Vol. III, pag. 351.

(¹) Cancro del rene destro, e materia cancerosa nell'interno delle vene emulgenti e nella cava ascendente. V. II, 410.

(²) a) Sarcocele arcolare, encefaloide e tubercoloso. Materia cancerosa nell'interno e lungo la vena cava inferiore. Vol. I, pag. 147.

volerle palpeggiare l'addome, si ritraeva con movimento a scatto come se presentisse mille volte più atroci i dolori che le avremmo potuto suscitare. Senza mai febbricitare, o almeno pochissimo e rare volte, non ebbe mai vomito, manifestò sempre strano e incontentabile appetito, e per la sua infrenabile inquietudine di tutto e con tutti si rendeva ogni di più intrattabile. Pochi giorni avanti la morte si lamentò di un torpore e dolentezza all'arto inferiore sinistro, il quale diviene edematoso come pure il destro sino a rimontare l'edema alle regioni lombari. Finalmente ricusando ogni alimento, si fece afonta, si assopì e con lentissima agonia morì.

Alla necropsopia trovammo il peritoneo, l'epiploon e l'appendici epiploiche disseminate da noduli di *cancro gelatinoso*, infiltrato il fegato, la sierosa della piccola curvatura dello stomaco, e tutte le *glandule peritoneali* fuse in una massa stratificata, di color rossiccio e non rammollita avvolgente l'*aorta* e la *vena cava*.

#### IV. — CARCINOMA DELLO STOMACO SUCCESSIVAMENTE DELLE GLANDULE RETRO-PERITONEALI.

Donna di 44 anni, da un anno aveva perso l'appetito, si doleva di languore allo stomaco cui succedevano in breve veri dolori ad accessi, vomito alimentare, poi ematemesi e stipsi ostinata. Già molto pallida e magra, venne trovato obiettivamente un tumore all'epigastrio con tutti i segni rispondenti al cancro della porzione pilorica dello stomaco.

V'era inoltre un forte battito di sollevamento a sinistra della linea mediana con rumore di soffio sistolico, 5 cent. al di sotto della detta appendice.

Forte addoloramento nelle due regioni lombari e sulle prime tre apofisi spinose delle vertebre lombari. Impossibilitata a decubere sul lato destro, soffriva di accessi di deliquio, massime nella notte. Si fece edematosa nella regione lombare; si tumefecero tutte le vene superficiali dell'addome e nel più completo marasma morì.

L'urina spesso esaminata rivelò costantemente presenza di albumina e muco, abbondanza di cloruri e scarsità di *fosfati* e *solfati*.

Alla necropsopia oltre il cancro midollare della porzione pilorica dello stomaco, e la degenerazione delle glandule dell'epiploon gastro-colico, delle mesenteriche e delle ipogastriche, furono trovate le

glandule retro-peritoneali convertite in una massa estesa, dalla XI vertebra dorsale alla III lombare. Questa massa, per molta parte rammollita, estesa più a sinistra (cent. 8) che a destra (cent. 4) abbracciava l'*aorta* che ne era andantemente ristretta, e non la *vena cava* che era tutta libera e pervia. L'apice dell'apofisi spinosa della II vertebra lombare erosa dalla presenza di un ganglio limfatico canceroso.

La milza era ingrossata con degenerazione delle glandule del suo ilo e di quelle del pancreas. Il fegato conteneva varii noduli metastatici.

V. — CARCINOMA DELLE GLANDULE MESENTERICHE  
E DELLE RETROPERITONEALI IN DONNA QUARANTENNE.

Aveva 4 anni addietro sofferto per vari giorni di una intensa colica intestinale che cessava coll'evacuazione di alcuni lombricoidi. Negli ultimi 6 o 7 mesi di sua vita cessava di menstruarne previo una metrorragia occasionata, da quanto sembra, dall'espulsione di una mola. In questa stessa epoca perde l'appetito, prova del peso e gonfiezza all'epigastrio sempre più crescente e mitigantesi temporaneamente coll'emissione di feci e gas. In breve sopravvengono la diarrea, fortissimi dolori ad accessi nelle regioni costo-iliaca e lombare sinistra, pallore e generale deperimento. È allora che si accorge di un tumore nel quadrante superiore sinistro che viene trovato grosso, duro, bernoccolato, configurato a un breve cono smusso coll'apice impiantato nella colonna vertebrale altresì ingrossata e la base contro la parete addominale: e di un altro tumore alla parte interna della regione succlavia sinistra. Ambo questi tumori crescono con rapidità e insieme i dolori addomino-lombari, e la diarrea, che appare spesso mista a melena. Entrato in ultimo in scena il vomito, la febbre con freddo vespertino, e ridotta l'ammalata all'impossibilità di alimentarsi e all'estrema magrezza perde la voce, si assopisce in non breve agonia e muore.

Intanto erano comparsi gli edemi all'estremità inferiori e un visibile turgore delle vene superficiali dell'addome.

L'urina più volte esaminata sempre scarsa di *fosfati* e *solfati*.

Alla necropsopia il tumore mesenterico grosso quanto una testa di feto costituito dal carcinoma delle glandule e per molta parte rammollito, comprimeva la terza parte del duodeno su cui esisteva

una vasta ulcerazione', e lo stomaco aveva assunto tal dilatazione da giungere colla gran curvatura sino alla cresta iliaca: pure una porzione del digiuno presentava una vasta ulcerazione immedesimata nel tumore mesenterico. — Le *glandule peritoneali* fuse in una massa nodosa estesa dal diaframma (IX vertebra dorsale) al promontorio del sacro, avvolgeva completamente l'*aorta* restringendola tutta e più specialmente al disotto del tripode celiaco alla biforcazione dell'iliache primitive.

La *vena cava* che sovrastava alla massa era libera e pervia, ma di contro alle diramazioni renali, veniva spinta all'innanzi da uno dei tumori gangliari. Le vene spermatiche notevolmente dilatate come le tegumentarie addominali.

Come punto di partenza dall'ovaio potrei addurvi non pochi esempi, e fra questi due di mia osservazione: è l'uno un caso di *cancro gelatinoso dell'ovaio destro, e del retto* con effetto di stenosi di quest'ultimo, e l'altro di *ovario-sarcoma bilaterale*. Sono spiacente non aver potuto raccapezzare nessun esempio di cancro retroperitoneale da lesione primaria del fegato e dell'ossa. Nonostante ciò non mi sono creduto in dovere di escluderlo a priori pel primo, a parte la sua estrema infrequenza, in riguardo alla ragione anatomica (1) la quale ci spiega la rarità dell'accidente, non la impossibilità; pel secondo alle grandissime facilità colle quali il cancro dell'ossa si propaga alle parti molli contigue e conseguentemente, supposto il caso di una sede pelvica o femorale, messa in relazioni limfatiche colle glandule pelvico-lombari.

In conclusione voi capite quante mai volte possiamo in-

---

(1) Dei limfatici del fegato soltanto quelli della faccia concava a destra della vescichetta biliare vanno a immettersi nei gangli lombari superiori. Per gli altri, fatte eccezioni parziali dei profondi di cui alcuni si rendono ai gangli del pancreas, ed altri seguendo il corso delle vene sovraepatiche e della vena cava al duto toracico per l'intermezzo dei gangli sopradiaframmatici, e per alcuni della faccia convessa che vanno ai gangli mediastinici, tutti gli altri, e così in grande maggioranza, accedono alle glandule della piccola curvatura e delle due aperture dello stomaco, ed in quelle dell'epiploon gastro-epatico.

contrare voluminosi encefaloidi in qualunque sito dell'addome senza ripetizione in questa parte del sistema linfatico, e se vi faceste a cercarne la ragione, la trovereste espressa nel concetto biologico nel diverso grado di resistenza dei varii tessuti in uno stesso organismo, e, *caeteris paribus*, nei diversi individui.

Egli è un fatto che non può spiegarsi altrimenti come una stessa neoplasia in identica sede, in un caso rimanga isolata o si conservi cioè entro lo stadio di benignità; e nell'altro si propaghi e si generalizzi: e, a parità di decorso, quà propagazione e infezione avvengano molto per tempo, e là assai tardamente.

Non mi dilungo oltre su questo particolare perchè non è nei suaccennati casi che si possa sentire il bisogno di conoscere una secondaria localizzazione del canero, stantechè la primaria soglia campeggiare in modo così evidente ed assoluto da riunire tutto in sè stessa la sorte del malato; onde non sarebbe davvero scoperta diagnostica meno difficile e meno interessante di quella di una nuova caverna in un tifico all'ultimo stadio.

Tornate quindi all'immagine clinica dei due nostri casi, del primo specialmente, e vi avrò detto tutto.

E per questo interessà che vi ricordi di un fatto ben accertato, notato pel primo da SOEMERING, *non darsi cioè nessun rapporto necessario tra il volume dei tumori ganglionari e la estensione e la importanza delle lesioni che l'hanno provocato, e le dimensioni dei tumori che ne sono il punto di partenza*. Ad esempio di ciò il prefato autore riporta il caso di un uomo nel quale un piccolo carcinoma del testicolo aveva dato luogo nelle glandule lombari a un tumore grosso quanto una testa di feto. Di fatti consimili in oggi se ne potrebbero addurre moltissimi ma basterà aggiungere, per completare il significato degli esempi, che ciò si avvera eziandio per i tumori profondi del corpo, e quindi anche per quelli siti entro l'addome.

Senza di questa conoscenza rischiereste, fra due tumori di differente grandezza, giudicare per primitivo il retroperitoneale perchè questi sarà appunto il più voluminoso, e capitandovi un caso simile al G. (1.<sup>a</sup> osservazione) nel quale il tumore primitivo del rene per la sua piccolezza non potè mai cadere sotto le dita, vi gioverà ad evitare lo stesso errore, facendovi portare la base del vostro giudizio anzichè sull'obbiettivismo — quivi insufficiente — su altri dati o segni i quali per loro stessi non attirerebbero la vostra attenzione. Così nel G. quale importanza poteva imporre quell'insignificante e intermittente presenza d'albumina nell'orine, in quegli ultimi giorni di sua vita, e di estrema atrofia marantica? Eppure non era che dalla valutazione di quest'unico fatto considerato nelle sue relazioni cronologiche colle lesioni della nutrizione e della lesione ganglionare, che doveva saltare fuori la intiera ed esatta diagnosi del caso.

In tutti gli esempi sin qui addotti avete l'immagine della degenerazione più o meno completa delle glandule retroperitoneali, e già costituite in un tumore continuo disteso ed allungato al davanti e ai lati (specialmente del sinistro) della colonna vertebro-addominale.

Interessa conoscere ora per quali precisi stadi l'alterazione è potuta pervenire e questo punto che non è neppure l'ultima meta cui può toccare. Cotal conoscenza anatomo patologica è di fondamentale importanza clinica quando vogliamo essere in grado di diagnosticare la malattia, non solo quando essa sia così avanzata, ma sia dal suo nascere.

La degenerazione per ogni singolo ganglio comincia dai seni della sostanza corticale<sup>(1)</sup>, o nella sostanza dei follicoli<sup>(2)</sup>, BIRCH-HIRSCHFELD V. I, p. 138. Di qui i piccoli ammassi di cellule cancerose continuando a proliferare invadono a

---

(1) BOZZOLO. Sulla diffusione dei tumori cancerosi alle glandule limfatice. Gazz. clin. Torino 1874.

(2) BROCA. Tr. des Tumeurs, T. I. p. 270.

poco a poco tutta la sostanza corticale e da questa il centro in modo da far in ultimo scomparire completamente l'originario tessuto glandulare. Non è che per la resistenza della capsula se il processo può essere contenuto per un tempo relativamente lungo entro i suoi limiti; ma tosto che questa sia vinta, il che avviene di regola, la neoplasia, libera così di svolgersi perifericamente, può giungere a formare del piccolo ganglio un tumore canceroso del volume di un uovo di gallina come tale, ad es., osservò FRERICHS di un ganglio duodenale in un caso di cancro della cistifellea. Se ripensate ora alla brevissima distanza che separa l'un ganglio dall'altro nelle pleiadi retroperitoneali, intenderete come, non tosto abbiano raggiunto un certo volume, sia inevitabile un mutuo combaciamento e l'immedesimarsi delle vegetazioni dell'uno con quelle dell'altro: ed ecco quindi scomparsa di tessuto glandulare e continuità di massa cancerosa.

Nel caso del cancro primitivo vien ritenuto (BAMBERGER) che cotale degenerazione proceda quasi simultaneamente in tutte le glandule, con tendenza però sempre ad accrescere dal basso all'alto.

Nel caso però del cancro secondario le prime ad essere invase saranno quelle cui ricevono la linfa dei collettori dell'organo primitivamente affetto. Così quelle situate presso l'arteria renale e *sopra l'aorta* (a livello di dette arterie) pel corpo dell'utero, ovaio, tube, e testicolo. Quelle presso *la cava* per i reni e le capsule surrenali. Quelle *sopra l'aorta* e della *vena cava* in alto, pel mesenterio, milza e pancreas. Le pelviche per gli altri organi del bacino e così via dicendo. Ho detto le prime, perchè del resto saprete che gli stessi visceri non mancano di comunicare con altre glandule ed è per questo che l'ostacolo opposto all'ulteriore trasporto degli elementi specifici dall'otturamento delle prime glandule resta deluso.

Fatto si è che dopo un tempo più o meno lungo la degenerazione guadagna tutte le glandule, le quali fondendosi in un

solo tumore può questo raggiungere delle considerevoli dimensioni, quale ne dà esempio il caso riportato da LOBSTEIN ed osservato da G. TOCCANI, nel quale l'ammasso pesava 32 libbre e misurava 34 pollici di diametro. Il cancro retroperitoneale può invadere progressivamente i gangli, da quelli dell'ilo epatico e splenico, quelli in vicinanza dello stomaco e involgere questi stessi organi in così vasta degenerazione. Il fegato soprattutto è il più facilmente attaccato, la milza resiste meglio, e il pancreas ancora di più.

Questi tumori spostano e comprimono visceri, vasi e nervi e possono attaccare questi stessi organi e non risparmiare nemmeno i corpi delle vertebre. Taluna volta una parte della massa cancerosa può farsi strada fra il fegato e lo stomaco e far capo all'epigastrio, combinazione interessante a sapersi per la diagnostica di sede dei tumori addominali. E merita menzione da questo punto di vista il fatto così frequente (nel cancro addominale), pel primo notato dal VIRCHOW, della degenerazione delle glandule giugulari inferiori del lato sinistro come ve ne porge esempio la I.<sup>a</sup> e V.<sup>a</sup> Osservazione.

Dopo aver premesso che il cancro secondario non differisce dal primario, sarà forse inutile che vi ricordi che come altrove così anche nelle glandule retroperitoneali l'encefaloide può *rammollirsi, ulcerarsi*, infestar l'intero organismo (infezione e cachessia) e andare incontro alle degenerazioni *grassosa* (frequente) *cretacea* (rarissima) all'*apoplessie* (frequenti) e alla formazione di *cisti* sia sierose che sanguigne (rare).

Non vi dico nulla dell'etiologia perchè sarebbe ripetere quella comune al cancro in genere, o quella del cancro dei singoli organi.

## II.

La sintomatologia del cancro delle glandule retroperitoneali spetta per la massima parte, e per la parte più im-

portante e fatale, agli organi prevertebrali coi quali si trova in strettissimo rapporto di contiguità; quindi all'*aorta*, alla *vena cava inferiore*, al *gran simpatico*, ai *nervi sacro-lombari*, e più tardi, in ragione del volume del tumore e di certe speciali contingenze, d'ogni altro organo addominale e tutti in quanto possono venire meccanicamente lesi:

a) per compressione e per spostamento;

b) ed invasi, per propagazione, dallo stesso carcinoma.

Ciò che non vedrete mai figurare nel quadro sintomatologico sono i sintomi locali propri della funzione glandulare, o sintomi così detti di lesa funzione: ma una cotale assenza è una necessità dell' assenza ad ogni manifestazione esteriore delle loro funzioni allo stato normale e del loro scopo fisiologico, che sembra quello di provvedere di leucociti e di fibrina la linfa che poi si versa nel sangue venoso. È quindi nell'emorasi, e negli atti della nutrizione generale che si riflettono le conseguenze di tutte le malattie dei gangli linfatici (anemia): anche in quanto per la loro degenerazione intercettano il corso della linfa e del chilo, non è contrassegnato da apprezzabili sintomi. Non son pochi i casi registrati nella scienza d'ostruzione antica delle glandule lombari, e d'obliterazione completa del canale toracico, rinvenute per caso alla necropsopia di individui che in vita non avevano sofferto di speciali disturbi. Ciò si deve alla facilità con cui può stabilirsi un circolo suppletorio per i linfatici che partono dall'estremità inferiori del canale toracico e vanno a gettarsi più o meno in alto nello stesso canale; e per i canali più o meno numerosi che si gettano direttamente nelle vene intraddominali, quali l'emulgenti, le spermatiche, le lombari, le vene azigos, e nella stessa vena cava inferiore. Tenete poi anche conto che la ostruzione delle glandule non avviene mai tutta in una volta, e che le vene capillari possano di tanto accrescere la loro attività assorbente da supplire almanco di endosmosi delle reti linfatiche. Aggiungete a tutto questo la quasi nulla dolorabilità delle stesse glandule linfatiche

e non vi farà più caso che la loro degenerazione non si esprima localmente per altri sintomi di quelli or ora ricordati, risultanti cioè dal cambiamento del loro stato fisico.

Premesso ciò, potete intendere come in ogni caso i malati di cancro retroperitoneale, per un certo tempo più o meno lungo, non offrano alcun sintomo che richiami l'attenzione del medico ed anche del malato stesso se non fosse talora per qualche raro dolore lancinante nel profondo dell'epigastrio, e d'inquietudine agli ipocondri. Delle nostre due osservazioni soltanto la seconda ci offre esempio consimile, ed in entrambe tanto fu per un certo tempo completa la latenza che io non so chi potrebbe precisarne il cominciamento. Tanto è vero che, ove non abbiano luogo sintomi od accidenti di compressione o propagazione può il tumore retroperitoneale, sviluppandosi anche considerevolmente, non cagionare gravi disturbi, che si è dato il caso, riportato da LOBSTEIN, di un professore insegnante botanica a Strasburgo il quale affetto da questa specie di tumore, grosso da riempire il bacino, e rimontare sino all'ombelico, potè continuare le sue lezioni sino al giorno stesso della sua morte. Da questo caso potete dedurre che i fatti di compressione non sono come potrebbe suppersi *a priori* in rapporto alcuno, almeno non costante, col volume del tumore; ciò che in via negativa può confermarsi coi casi da noi osservati, nei quali tali effetti meccanici si presentarono a degenerazione tutt'altro che innanzi per volume.

1. L'*aorta* addominale (sulla quale maggiormente si addossa la catena glandulare) è quella più spesso abbracciata e sepolta in totalità dalla massa carcinomatosa. Così lo fu in tutti i casi sin qui adottati, ad eccezione di uno del CRUVEILHIER (V. III, p. 331), nel quale, come ricorderete; lo era parzialmente in alto.

L'*aorta* per conseguenza sarebbe la più esposta ad essere fortemente compressa, se la sua resistenza non vi si opponesse d'assai. Questa compressione può essere *totale*, cioè

esercitata dalla massa sovrastante sull'intero tratto aortico addominale, o *parziale* risentita cioè per un tratto limitato, e parziale anche relativamente alla limitazione della massa come nel caso del succitato autore. Gli effetti di questa compressione sono quelli propri d'una ischemia arteriosa, la quale, a seconda del grado della riduzione del lume vasale, può giungere, dalla semplice ipotermia, pallore e torpore temporanei o permanenti, alla funesta conseguenza della gangrena delle stesse estremità inferiori come ebbero ad osservare in due distinti casi PIERRE e GUBLER (POTAIN l. c. p. 405).

Non è irragionevole pensare che possa spiegare anche i suoi effetti sul cuore, a mo' di ogni altra causa che aumenti la resistenza alla propulsione del sangue: quindi una maggiore concitabilità funzionale del cuore stesso (batticuore) con remoto effetto di ipertrofia del ventricolo sinistro.

Obiettivamente avremo visibilità del battito aortico nell'interno del quadrante superiore sinistro, avvertito anche soggettivamente dal malato, scomparsa al tatto del battito come moto d'espansione, ridotto semplicemente a quello di sollevamento, il quale sarà tanto meglio apprezzabile quanto più la massa del tumore s'inalzerà perpendicolarmente all'asse longitudinale dell'arteria.

Nel caso di compressione parziale, esisterà rinforzo del battito aortico al di sopra del punto compresso. All'ascoltazione rumore di soffio sistolico lungo la linea parasternale sinistra prolungata circa alla metà del quadrante superiore sinistro, come fu trovato nel caso del PIERRE, e nella V.<sup>a</sup> Osservazione. Non conosco alcun caso di propagazione del cancro a questo vaso ma sapendo come il cancro non risparmia nessun organo o tessuto non sarà mai superfluo rammentarsi al letto del malato di una cotale possibilità.

2. La *vena cava inferiore* non così quasi costantemente come l'aorta si trova ad essere tutta circondata (Oss. III, caso del CONCATO <sup>(2)</sup>, CRUVEILHIER V. I, pag. 147) dalla

massa del tumore. Il più spesso lo è parzialmente circa la metà inferiore (Oss. II) e non è poi raro il caso di vederla tutta scoperta costeggiare la destra del tumore (Oss. IV, V, CRUVEILHIER V. II, pag. 411). E finalmente, libera anteriormente può essere spinta innanzi dal tumore di uno o più gangli situati al di dietro (Oss. V) e ciò sembrerebbe che avvenisse più facilmente nella sua metà superiore.

Nonostante questi diversi rapporti del tumore, questo vaso, atteso la sua poca resistenza tanto da parte del contenente (sottigliezza delle pareti) che del contenuto (debole tensione) soggiace assai più facilmente dell'aorta agli effetti della compressione (Oss. III, V) e dell'otturazione, e quest'ultima sia per cagione di trombosi (caso del CONCATO e altro di BOULLAUD l. c.) o di vegetazione del cancro nel suo interno (Oss. II, CRUVEILHIER V. I, p. 147 — V. II, p. 411).

È nel caso del cancro primitivo del testicolo e del rene che la cava più facilmente è soggetta ad essere involta dal tumore gangliare e ad essere invasa internamente dalla stessa neoplasia. Voi capite che gli effetti di tale accidente meccanico sono quelli proprii della *stasi venosa* nella metà inferiore del corpo, espressi obbiettivamente dal semplice turgore venoso all'edema limitato ai piedi o, come osservò direttamente CONCATO nel caso citato di strozzamento della vena cava ec. « Dalla parte sinistra cominciando dall'arco costale, dalla destra immediatamente sotto l'angolo inferiore della scapola, e discendendo verticalmente sui lombi, sulle natiche, sul sacro la cute edematosa dello spessore di 3 cent. circa; l'edema dall'indietro si estendeva sulla cute del ventre, bianco-opalina, pastosa, grossa circa 4 o 5 cent. » Insomma come vedete alla metà inferiore del tronco e a tutta la lunghezza degli arti inferiori.

Soggettivamente sono espressi da semplice senso di oppressione ai precordi e di respiro, alla dispnea la più decisa e grave.

Chi regola la manifestazione ed intensità fenomenica o

clinica di quest' accidente anatomico-meccanico non crediate che sia già il fatto compiuto della stenosi o dell'occlusione vasale, bensì il modo in ordine al tempo cui si compié, o in altre parole secondo che la causa restrinse od occluse in modo lento o rapido, continuo e progressivo o intermittente.

Per portarvi un esempio, nel caso del surriferito Autore e in quello della II Oss. la cava era in entrambi completamente otturata; là per un coagulo formatosi nel punto strozzato; quà da materia carcinomatosa al disopra dello stesso punto strozzato. Là i primi effetti dell'occlusione si manifestarono (circa due mesi avanti la morte) con lieve edemazia ai piedi e non è che circa 40 giorni dopo che l'edema è constatato nell'estensione e gravezza che di sopra vi ho descritto colle stesse parole dell'Autore, e tale si mantenne sino alla morte della paziente. Nel secondo caso invece edema si fatto s'impronta in poche ore, è temporaneo e alla sua scomparsa tien dietro quella notevole dilatazione di tutte le vene superficiali dell'addome ove il sangue scorre in direzione inversa alla normale.

Come vedete non è possibile spiegare questa diversità dell'effetto edema in ordine alla sua comparsa e durata se non col diverso tempo impiegato dalla causa a identificarsi nel risultato ultime dell'occlusione. Più precipitosa nel primo, a causa della formazione dei coaguli, mancò il tempo necessario perchè si predisponesse una circolazione collaterale: più lenta nel secondo, erano già tentate le vie collaterali perchè, all'ultimo momento dell'occlusione della cava, il disequilibrio intravenoso, sempre inevitabile, venisse più presto e agevolmente per quelle compensato.

Da questo potete già dedurre che la ragione fisiologica per cui il lentore o rapidità della causa occludente regola la comparsa, grado e durata della fenomenologia, è riposta nelle leggi della circolazione collaterale, detta anche suppletoria o vicaria.

Nei due casi or ora raffrontati avete l'immagine clinica dell'occlusione della cava non compensata nel primo, compensata a meraviglia nell'altro. Nella III e V Osservazione l'esempio della semplice compressione. Sono certo che chiunque avrà veduto un primo caso e forse anco dopo averlo sentito semplicemente a descrivere, non troverà che sia gran cosa difficile la diagnosi generica di occlusione o impervietà di questo grosso vaso venoso. Ma le difficoltà si ripresentano per chiunque voglia completare la diagnosi colla determinazione anatomo-patologica. A fatto compiuto d'occlusione voi capite che per la sintomatologia tanto vale che sia per mera costrizione o strozzamento, per un trombo, per flebite adesiva, per neoplasma, per un parassita o per compressione di un tumore intraperitoneale come ebbe ad osservare PEAN (\*) in un interessantissimo caso che volentieri ricordo perchè riportando la figura dell'individuo ognuno può vedere in quella l'atteggiamento delle vene superficiali dell'addome vicarianti per la cava, figura che risponde perfettamente a quella che ci presentava il caso della II Oss. Si trattava di un cancro del mesenterio successivo a tumore embrio-plastico del testicolo sinistro. Ma ciò che vi ha d'interessante per noi è che la dilatazione anastomotica delle vene superficiali dell'addome avveniva dei mesi prima che potesse essere apprezzato il tumore del testicolo e del mesenterio: la qual cosa vi sta a dimostrare come non sia d'uopo nemmeno di voluminosi tumori a produrre gli effetti di una forte compressione su questa vena.

Talvolta per il contatto di un solo ganglio canceroso o tubercoloso può accendersi la flebite con tutte le sue conseguenze, come per cagione di quest'ultimo osservò un caso di flebite suppurativa BAMBERGER (P. I. c. 497) CRUVEILHIER (VII p. 409) trovò tutta la vena cava e l'emulgenti ripiene di

---

(\*) Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin p 1160.

materia carcinomatosa in un caso di cancro del rene e delle capsule surrenali senza degenerazione delle glandule retroperitoneali. Ed in un caso, (V. II p. 346) nel quale la dilatazione delle vene cutaneo-addominali avrebbe potuto far pensare a fatto consimile, non si trattava che della semplice compressione delle iliache per un cistoma ovarico.

Mettete insieme tutti questi casi, fate posto ad ogni altra contingenza anatomico-clinica, considerate la difficoltà di accertare la presenza di alcuni tumori, o di determinarne la sede, e potrete scorgere senza entrare in molti dettagli, quali e quante possono essere le difficoltà di una diagnosi differenziale dei diversi modi di occlusione della cava.

La importanza e gravità scientifica dell'argomento non consentono la temerità di affrontarlo così per incidenza, onde io non posso che ripetervi che la diagnosi tutta si fonda nella conoscenza fisiopatologica dei diversi modi di occlusione in quanto diversificano nella capacità e modo di portarsi in atto. In un caso in cui l'edemazia si produce con graduata progressione a cominciare dai piedi, e procede pari passo con un certo turgore delle vene superficiali, e in un altro che l'edema non abbia luogo od appena mentre progredisca la dilatazione anastomotica delle vene addominali, non ci allontaneremo molto dal vero se penseremo che là possa essere più il caso di una costrizione dell'intero lume vasale; e quà piuttosto una depressione, come può produrla un tumore intraperitoneale, la quale più che a una riduzione del calibro, può equivalere a una deformità e quindi con effetto di minore ostacolo all'ascensione del sangue. Se invece l'edemazia è rapida o saltuaria, la supposizione che la causa occludente risieggia nello interno della vena non potrà essere meno prossima al vero.

Nè è da trascurarsi la fenomenologia soggettiva. Nel caso del *CONCATO* troverete com'essa arieggiasse quella della cardiopatia non compensata, e tenesse il più stretto

parallelismo cronologico coi disturbi periferici del circolo venoso. Nella II Oss. invece, quale differenza! essa ritrae scultoriamente l'incomposto otturare della vena per l'intromissione del cancro, le accidentali combinazioni di questo colla corrente sanguigna, l'improvvisa otturazione ora di un'emulgente ora dell'altra, ora il distacco e trasporto d'emboli nei polmoni, nel fegato, e via là.

3. Per la compressione che il tumore può esercitare sui diversi *plexi nervosi* del gran simpatico e sacrale possono aver luogo delle gravi ed ostinate nevralgie cui sole bastano a imprimere su questi malati un aspetto grave e scoraggiante. Per buona fortuna non entrano in scena così presto e spesso quanto potrebbero farlo supporre gli stretti rapporti di continguità del tumore con questi nervi, specialmente col simpatico che sovrastando all'aorta è pur dessa, come vedemmo, la preferibilmente investita dal tumore. Per solito sono negli ultimi 3 o 6 mesi di vita che esse possono intervenire, o, per dir meglio, la morte suol liberare i poveri malati a tal punto di durata di questo periodo nevralgico. Ora si tratta di nevralgia del plesso soleare, ora dell'ipogastrio come ce ne offre esempio il malato della I. Oss. ove la troverete descritta con i necessari dettagli per rispetto al modo e all'andamento degli accessi. Noto soltanto la costante prevalenza dell'addoloramento della regione lombare e costoliaca sinistra, fatto che non saprei spiegarmi che colla situazione anatomica del gran simpatico. Talora, come osservò LANCERAUX (Anat. Patol. 132) in un caso, possono aversi degli informicolamenti e crampi all'estremità inferiori, con sensazione continuata di freddo, con effettivo abbassamento di temperatura e colorazioni livide della cute delle stesse membra, una specie cioè di asfissia locale.

Per la compressione del plesso sacrale possono aversi sciatiche di estrema violenza, fin qui, che io sappia, soltanto unilaterali per i due casi stati osservati, uno dal BAMBER-

GER e l'altro da POTAIN (l. c. 495) nei quali sarebbe potuto succedere anche la paralisi se la morte non ne avesse tolto il tempo.

Un fenomeno certamente in attinenza colla morbosa eccitabilità del sistema nervoso addominale, è il decubito obbligato su di un fianco cui sono costretti questi malati, e ordinariamente, come 6 sta a 4, il lato preferito è il destro: ossia non possono giacersi sul lato sinistro. Finalmente anche la stipsi, che in grado più o meno pronunziato trovate in tali pazienti, può essere un effetto della compressione dei nervi splacnici.

4. Che il cancro possa propagarsi direttamente anche alla *colonna vertebrale* per gli stretti rapporti di contiguità che ha con essa, non vi è nulla che possa fargli contro, quantunque sin qui non abbia potuto raccogliere alcun esempio. È bene sapere per la diagnosi, che può darsi il caso che alcuno dei gangli che si trovano lungo la serie apofisaria delle vertebre lombari, può, per via dei rapporti limfatici coi retroperitoneali, essere preso da cancro e attaccare qualcuna delle apofisi, tal quale avvenne nel caso favoritomi dal Prof. CANTIERI (V.<sup>a</sup> Osservazione). Un acutissimo dolore suscitolabile nei movimenti del tronco e alla pressione, vi corrisponde e potrebbe far pensare al cancro del corpo della vertebra.

Può darsi inoltre la coincidenza del cancro retroperitoneale col cancro del corpo delle vertebre, come effetto però di ripetizione del cancro primitivo; ma non avvisati di ciò, data la combinazione che si trattasse delle vertebre lombari, nulla potrebbe apparire di più ragionevole che attribuirlo a effetto di propagazione per contiguità anatomica. Caso simile, meno la degenerazione delle glandule lombari, è stato osservato dal CRUVEILHIER (\*).

---

(\*). Cancro alveolare del testicolo con materia peritata, operazione, guarigione. Tumore encefaloide del corpo delle vertebre, compressione della midolla spinale, morte. V. I. p. 142.

5. Per compressione sulle *pelci renali* od *ureteri* possono aversi tutti i sintomi d'idronefrosi acuta o cronica, giusta l'osservazione di un caso osservato dal MORGAGNI (De Sed. et caus. ep. 34), e aversi del catarro vescicale per compressione sulla vescica o delle vene della vescica cagionata dalla degenerazione dei gangli del bacino come avvenne nel caso della V Osservazione.

6. Finalmente possono aversi molti altri accidenti clinici negli organi intraperitoneali, occasionati dalla ulteriore degenerazione dei gangli che vi si trovano in prossimità. È utile conoscerli per non trovarsi al caso di attribuire loro patogenia diversa, ed anche perchè nel caso di tumore retroperitoneale poco sviluppato, quindi sfuggibile a grossolane indagini, possono, per quel sospetto che suggerisce sempre la conoscenza del possibile mettere sulla via di diagnosticarlo.

BAMBERGER (*Pat. spec.*) riporta un caso di ostinata dispnea per la pressione che tale tumore esercitava contro il diaframma.

Lo stesso autore, ed anche BUDD (*Mal. del fegato*), osservarono degli itteri mortali per l'occlusione delle vie biliari cagionata dalla degenerazione delle glandule dell'ilo epatico.

Può aversi una notevolissima atrofia del fegato per strozzamento dell'arteria epatica presa nel mezzo di un tumore gangliare, come capitò osservare a POTAIN (*l. c.*); in questo caso il tumore aveva il volume di un grosso uovo. Lo stesso fatto può avvenir per la vena porta e conseguirne un idrope ascite di tutti i gradi, persistente, con tutti gli effetti dell'asciti meccaniche. Un avvio a questa complicità l'avete anche nella II Osservazione.

Per lo ingrossamento degenerativo dei gangli prossimi al piloro può questo orifizio essere talmente compresso da risultare, a modo istesso del cancro pilorico, la dilatazione generale dello stomaco, vomito ribelle e il marasma

più completo. Un fatto quasi consimile lo avete nell'Osservazione V: là invece del piloro è il duodemo preso in mezzo al tumore mesenterico e al retroperitoneale.

LOBSTEIN in un caso di gastralgia intensissima trovò com'essa fosse cagionata dallo stiragliamento cui subiva l'epiploon gastro-epatico, rispettivamente dei filamenti del vago, la mercè di un tumore gangliare.

E qui termino di ricordarvi i fatti più salienti anatomico-clinici del cancro delle glandule retroperitoneali non senza la speranza che dessi possano bastare a darvi una prima idea dell'attenzione che meritano in clinica questi casi dell'umana patologia.

2784



## ERRATA

## CORRIGE

(omettiamo le sviste di punteggiatura)

Pag. 10	linea 3	esacerbazione	esacerbazioni
«	«	« 10 dei dolori	del dolore
«	14	« 5-18 parotide	parotide
«	15	« 3 didietro	di dietro
«	17	« 6 imperemico	iperemico
«	18	« 32(d) soltanto di sollevamento	soltanto come moto di sollevamento
«	18-34	« 11-2 (s) linfatico (ed ogni altro in seguito)	linfatico
«	18	« 15 (s) ateroplastico	eteroplastico
«	25	« 36 gr. 12	gr. 120
«	32	« 5(d) infarti, emorragia	infarti emorragici
«	«	« 46 area	area
«	46	« 33 almanco	al difetto
«	52	« 21 ipogastrio	ipogastrico

