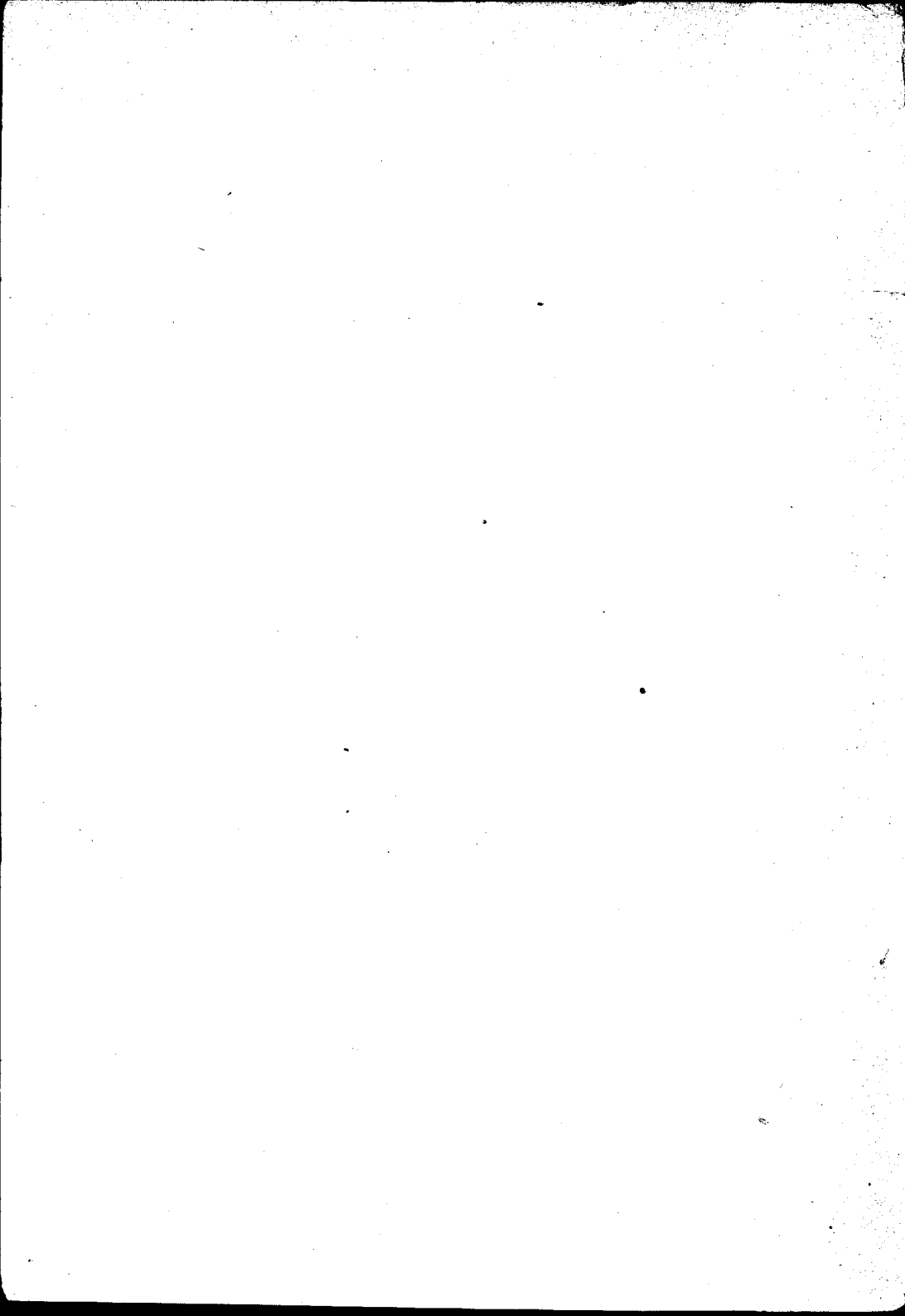


BIBLIOTECA
LANCISIANA





ULCERAZIONE CUTANEA TUBERCOLARE PERIANALE.

NOTA

del dott. **Amedeo Marianelli**, Assistente alla Clinica.

Se prendiamo ad esaminare le dermatosi che, nella grande classe delle malattie infettive croniche, vengono oggi designate con l'appellativo generico di scrofolose o di tubercolose, noi troviamo che, mentre i casi di scrofuloderma e di lupus sono abbastanza frequenti e conosciuti, quelli invece di vera e propria tubercolosi cutanea ben dimostrata sono assai scarsi; e pochissimi poi gli accuratamente osservati e studiati secondo l'odierno indirizzo scientifico. Crediamo perciò non inutile la pubblicazione di quelli che per avventura potessero cadere sott'occhio; e dal canto nostro vogliamo esporne uno, che abbiamo avuto l'agio di seguire nei mesi scorsi nella nostra Clinica: e senza perderci in vani commenti eccone in breve la storia.

Si tratta di un tal M.... R.... di anni 42, di Carrara, di professione marmista. I genitori sono morti in età avanzata, non si sa di qual malattia: egli è coniugato ed ha quattro bambini viventi e sani.

Nessuna malattia pregressa, se ne toglie l'essere sempre stato un po' tossicoloso, e l'aver emesso qualche volta dalla bocca del sangue, che proveniva, secondo il malato, dalle gengive o dal naso. Del resto non si riesce ad avere dati anamnestici più numerosi e precisi; perchè l'infermo facilmente irritabile si presta ben poco, ed elude le domande, le quali non riguardino la malattia per cui ha fatto ricorso all'Ospedale. E questa consiste in un esteso impiagamento perianale, il quale, cominciato un quattro mesi avanti con una piccola sbucciatura, ha raggiunto a poco a poco le dimensioni attuali, divenendo dolorosissimo e causa di grave molestia, massime nella defecazione: onde è che il paziente si è deciso l'11 agosto 1887 ad entrare in Clinica; ed ecco i risultati dell'esame obiettivo praticato.

Individuo di regolare statura e sviluppo scheletrico: scarse masse muscolari: la pelle si solleva a larghe pieghe flaccida e cascante: scarissimo il pannicolo adiposo sottocutaneo. Quello che colpisce a tutta prima la nostra attenzione, è la eccessiva magrezza, ed una tosse secca ed ostinata che si ripete a brevi intervalli. Lo sguardo

è vivace e sospettoso: i pomelli arrossati. Sul collo lungo e sottile si disegnano le vene sottocutanee: flaccidi e denutriti i muscoli sterno-cleido-mastoideo e trapezio.

L'esame del torace rivela l'esistenza di caverne ai due apici polmonari, massime dal lato sinistro. Nulla che interessi all'esame degli altri visceri. Febbre vespertina attorno i 38° C. inavvertita dall'infermo: profusi sudori notturni: evacuazioni piuttosto frequenti e diarroiche.

Le ricerche praticate sull'escreato tanto col processo classico d'EHRlich che con quello di ZIEHL rivelano la presenza di numerosi bacilli tubercolari.

Il 21 e 23 agosto insorgono pure delle lievi emottisi: il 24 il malato lascia volontariamente la Clinica; e due mesi più tardi muore, per tisi, al suo paese.

Questi i dati più importanti della istoria; ecco ora la descrizione della lesione perianale.

A destra ed a sinistra dell'orificio anale si ha una ulcerazione poco profonda, larga circa 4 c.m. lunga 7, a forma irregolarmente circolare e sinuosa, tale da potersi quasi paragonare a due foglie di geranio che si guardino per la loro base. I bordi ben definiti e tagliati a picco, lievemente rilevati e rosei. Sul fondo granuloso grigio-giallastro, secernente poco liquido siero-purulento, si impiantano tanti rilievi papillari di un rosso-scialbo di varia forma e grandezza. La ulcerazione non sanguina con facilità; ma è dolorosissima al menomo tocco, e cagione di gravi disturbi pel malato, il quale di essa sola si preoccupa, senza dare alcun peso alle sue cattive condizioni generali. La pelle circostante non presenta traccia di alterazione, in modo che si passa nettamente dalla pelle sana alla malata. I linfatici delle regioni vicine sono normali. Nessun indurimento alla base dell'ulcera.

Questi i risultati dell'esame obiettivo.

Orbene, in questo stato di cose era naturale che varie ipotesi si affacciassero alla mente. Si trattava forse di una di quelle forme di ulcerazioni semplici, dovuta, p. es., alla formazione di un ascesso perianale, e che poi avesse trovato la sua ragione di durata e di progresso nelle condizioni marasmatiche generali? O non piuttosto si stava forse dinanzi ad un epitelioma cutaneo, ovvero ad una forma di ulcerazione tardiva sifilitica, ad un'ulcera venerea contagiosa, ad un'ulcerazione tubercolare vera e propria?

La possibilità dell'impiegamento semplice fu posta subito fuori di discussione. Queste forme si presentano per lo più in conseguenza

di fistole anali, di cui nel caso nostro mancava ogni traccia; e poi non sogliono avere l'aspetto di ulcerazioni piatte; occupano piuttosto un lato solo del contorno anale; si congiungono facilmente con iperplasie del cellulare e della pelle circostante, o si nascondono in mezzo a pacchetti emorroidari pure ipertrofizzati, ecc.

Parimenti fu esclusa l'ulcera epiteliale. Non volendo tener conto dell'assenza di ereditarietà, e della pochezza relativa del tempo da che la lesione aveva cominciato, bastava per distoglierne il pensiero considerare, che i bordi sarebbero stati troppo frastagliati e tagliati a picco, la superficie troppo poco sanguinante, troppo grande la estensione, inqualificabile la mancanza di vegetazioni papillari, sia al centro sia alla periferia, e di ingorghi ganglionari. E poi come spiegare il fatto con la integrità della mucosa rettale? Noi sappiamo infatti che l'epitelioma primitivo del perineo e regioni adiacenti non è molto facile, mentre la ulcerazione epiteliale perianale succede facilmente al cancro primitivo del retto.

Più plausibile sarebbe stato considerare l'ulcerazione come una forma tardiva di sifilide. Ma senza contare che mancava nella storia ogni dato, e nell'infermo ogni altro segno di pregressa infezione celtica, non si aveva quell'aspetto come di vecchi pacchetti emorroidari, comune alle cosiddette sifilidi a nappo; faceva difetto il colorito caratteristico e l'infiltramento che suol verificarsi nella pelle all'intorno dei punti ulcerati, i quali per una ulcerazione sifilitica erano troppo superficiali; troppa dolorabilità esisteva; non vi era la menoma tendenza a forme cicatriziali; nè esistevano punti riparati e pigmentati.

D'altra parte, se la grande dolorabilità sia spontanea che provocata, la qualità dei bordi tagliati a picco, l'assenza di indurimento alla base, l'essersi l'impiegamento esteso a poco a poco potevano far pensare ad un'ulcera venerea contagiosa, che avesse preso un andamento fagedenico, l'idea svaniva immediatamente considerando la qualità del fondo, l'assenza di adeniti, la poca secrezione, la mancanza di qualsiasi segno di auto-inoculazione a distanza; senza voler tener conto del carattere dell'individuo e della sua condizione di padre di famiglia, qualità che non inducevano certo il sospetto di abitudini troppo contrarie a natura.

Per tutte queste considerazioni il Clinico, poste fuori di discussione le ipotesi sopra menzionate, ed avuto riguardo ai caratteri obiettivi della ulcerazione ed alle condizioni generali del soggetto, pose la diagnosi di tubercolosi cutanea (diagnosi che trovò intanto un conforto dal modo col quale si comportò l'ulcerazione sotto l'uso locale del sublimato corrosivo al $\frac{1}{2}$ $^{00}/_{00}$ e dello iodoformio); e diede

a noi l'incarico di continuare le osservazioni per darne la dimostrazione di fatto.

Portammo per conseguenza le nostre prime ricerche sul poco liquido che veniva secreto dall'ulcera, tentando su di esso i processi tanto di KOCH-EHRLICH quanto di ZIEHL per la dimostrazione del bacillo tubercolare: ma sebbene venissero più volte ed accuratamente eseguite, ottenemmo sempre un risultato del tutto negativo. Non per questo ci scoraggiammo, sapendo bene come nei pochi casi finora completamente studiati spesso non è stato possibile scoprire i bacilli nel secreto dell'ulcera; e d'altra parte conoscendo come essi in generale manchino nelle forme suppurate. Ci rivolgemmo quindi ad altre più minute indagini; e non volendo tentare le culture nei terreni nutritivi per la loro ben conosciuta difficoltà, preferimmo attenerci al criterio delle inoculazioni sugli animali; e scegliemmo la cavia, come quella che prestandosi meglio all'attecchimento del virus tubercoloso, diviene all'incontro con meno facilità spontaneamente tubercolosa. Ma prima di esporne il risultato, poichè al momento avanti di lasciar la Clinica potemmo indurre l'infermo a lasciarsi asportare due piccoli pezzettini di tessuto dalla superficie lesa, diremo del loro esame istologico.

I pezzetti furono posti immediatamente in alcool assoluto, passati quindi in celloidina; e le fette sottili praticatevi liberate da quest'ultima, alcune in bagno di alcool assoluto ed etere, altre in essenza di garofani, colorite finalmente con carminio alluminoso, picrocarminio e safranina. Trovammo anzitutto una gran difficoltà alla colorazione col picrocarminio. Del resto le alterazioni osservate possono riassumersi in brevi parole.

La ulcerazione non si approfondiva da per tutto ugualmente, ma dove si limitava alla epidermide, dove invece raggiungeva gli strati profondi del derma; i punti ulcerati erano rivestiti da globuli sanguigni e purulenti. In generale si notava una infiltrazione numerosa di piccole cellule embrionali, le quali occupavano indistintamente il derma profondo fino ai primi strati muscolari, e le papille le quali erano straordinariamente aumentate di volume e molto vascolarizzate. Parimenti per dato e fatto della infiammazione reattiva da parte della epidermide, e quindi per le modificazioni subite dalle cellule dello strato malpighiano e la presenza in esso di cellule migranti, gli zaffi interpapillari apparivano molto più sporgenti del normale, aumentati tanto in lunghezza che in larghezza: fatti che si verificano facilmente anche nelle forme di lupus vegetante, e che potrebbero far credere ad un epitelioma cutaneo a chi si basasse soltanto su

queste apparenze. Le glandule, quantunque il tessuto circostante fosse assai infiltrato, si mantenevano normali: al contrario invece i vasi sanguigni nei quali, più o meno in tutti, si osservava un notevole ispessimento delle guaine; anzi in alcuni, massime in vicinanza dell'ulcerazione, straordinario addirittura, e tale da aver prodotto la obliterazione vera e propria del lume vasale.

In conclusione si aveva infiltrazione dello strato papillare con i segni di una infiammazione di tutto il derma. Anzi in quest'ultimo v'era anche di più: qua e là in alcuni punti, per lo più vicino a follicoli piliferi od a glandule sebacee, spiccavano come tanti isolotti costituiti da piccole cellule con al centro una cellula gigante; senza però aversi quell'insieme caratteristico di cellule embrionali ed epitelioidi, che costituiscono il tubercolo tipico.

Ora noi sappiamo bene il valore da darsi alla cellula gigante, non certo patognomonico di lesione tubercolare: e però con questo semplice risultato dell'esame istologico avevamo ottenuto molto, ma non tutto. Importava ricercare nel tessuto il bacillo del KOCH; il che appunto andammo a fare seguendo i processi dell'EHRlich e dello ZIEHL; e benché in numero assai scarso, pure ci riuscì vederne qualcuno in varie sezioni.

Gli innesti praticati poi in cavia sana e robusta (tenuta sola in uno stabbio, che venne avanti accuratamente disinfettato) confermarono completamente il sospetto che si trattasse di una neoplasia tubercolare. Ripetuti vari innesti ed a varie riprese, in diverse località, servendoci del secreto dell'ulcera o di piccolissimi pezzetti di uno dei rilievi papillari già notati, gli effetti furono sempre ed in tutti i punti inoculati positivi e pronti in modo, da escludere la possibilità che la cavia avesse potuto spontaneamente divenire tubercolosa; e quello che è interessante notare, si poté man mano seguire il propagarsi della infezione per la via dei linfatici. Tantoché fino dal 10 settembre si rinvennero dei bacilli tubercolari in un ganglio linfatico sottocutaneo estirpato, cresciuto in uno dei punti di inoculazione, e già preda di degenerazione caseosa. Anzi non sarà fuor di luogo osservare, che mentre l'esame riusciva pressoché negativo per la sostanza caseosa presa nel centro della glandula, numerose si rinvenivano le forme bacillari caratteristiche nella sostanza presa vicino alle pareti. Così, estirpato il 18 ottobre l'occhio sinistro che era stato pure inoculato, e praticate delle sezioni nel nodulo cresciutovi, anche qui trovammo i bacilli del KOCH. Finalmente, sacrificata la cavia il 4 dicembre, si constatò la tubercolosi generalizzata; ed eccone il reperto necroscopico.

« Un nodulo di sostanza caseosa già ulcerato nel mezzo dell'addome, della grandezza di una nocciola: altro nodulo di uguale grandezza, caseificato quasi per intero ma libero, nel cellulare sottocutaneo posteriormente alla coscia sinistra. Alle pieghe inguino-crurali altri piccoli gangli in preda ad incipiente degenerazione caseosa. I punti di inoculazione delle coscie sono ambedue coperti da croste. Altri gangli della grossezza di un pisello al lato sinistro del collo, e tutti in degenerazione caseosa totale o parziale. Lo stesso dicasi dei gangli peribronchiali e addominali profondi. Il fegato e la milza di volume e colorito normale, ma disseminati da tante granulazioni bianco-grigiastre della grandezza di un grano di miglio o poco più. La mucosa intestinale presenta delle piccole ulcerazioni rotondeggianti, più numerose nel crasso. Gli altri visceri sani. L'esame della sostanza caseosa dei gangli mostra la presenza di numerosissimi bacilli tubercolari, specialmente se presa vicino alle pareti. L'esame batteriologico riesce del pari positivo nelle sezioni praticate del fegato e della milza, quantunque i bacilli si rinvengano in scarsa copia. »

Dopo il risultato così chiaro ed evidente di tutti gli innesti praticati sulla cavia da noi sacrificata, credemmo inutile di ricorrere, con i prodotti morbosi raccolti su d'essa, ad altre inoculazioni in serie: come pure non si credè necessario fare altre indagini, essendo per noi abbastanza provato, che si trattava di una vera e propria ulcera tubercolare.

In questa nostra comunicazione abbiamo discusso sempre di ulcera tubercolare e non di lupus o di scrofuloderma, inquantochè la sede della malattia, la forma e l'aspetto della lesione, le sensazioni soggettive che l'accompagnavano, nonchè i risultati sperimentali sempre positivi e tanto solleciti bastavano a stabilirne evidentemente la differenza.

Giunti così al termine di questa breve nota, ne piace fare alcune considerazioni.

1.° Il derma può esser preda di tubercolosi riconosciuta ed avanzata, senza che si osservi in esso la forma del tubercolo classico descritto. Nel caso nostro questo può essere in rapporto col fatto, che i pezzetti di tessuto esciso erano troppo superficiali: e chissà se, avendo avuto agio di fare le ricerche nei punti ove la cute era più profondamente necrosata, non si fossero potuti trovare anche i bacilli più numerosi di quello che non abbiamo ottenuto nelle sezioni dei piccoli pezzetti escisi.

2.° ARLOING ha sostenuto, che inoculando il tessuto del lupus o

dello scrofuloderma sopra la cavia, si aveva la tubercolosi tipica; contrariamente a quello che succede nel coniglio, nel quale invece questa si sviluppa, se si inocula lo stesso virus passato in antecedenza per l'organismo della cavia. Nei molteplici esperimenti di confronto che abbiamo avuto occasione di fare nella Clinica, noi non abbiamo potuto stabilire, che la cavia si tubercolizzi con facilità per l'innesto di frammenti di lupus o di scrofuloderma. Anzi abbiamo voluto in questa nota mettere in evidenza la tipicità, costanza, e rapidità dei risultati sperimentali positivi, come un criterio differenziale di più fra la tubercolosi cutanea vera e propria e le predette lesioni. E con questo, volendo dimostrare la differenza che corre fra queste tre forme cliniche, non intendiamo pregiudicare la questione della loro entità patologica e comunanza di etiologia.

3.° Un punto oscuro del caso da noi esposto potrebbe essere quello, del non essere riusciti a trovare nel secreto della ulcerazione alcuna forma di bacillo tubercolare, malgrado le numerose ed accurate ricerche; quando invece la inoculazione di una piccola quantità dello stesso secreto ha celermente ed in maniera così splendida determinato la infezione specifica generale. Ed invero la cosa potrebbe sembrare piuttosto strana: ma forse non è improbabile che questo fatto si colleghi alla questione delle spore del bacillo stesso. Tale argomento però è ancora ben lungi dall'essere risoluto; e per conseguenza limitiamoci per ora a raccogliere i fatti, senza troppo preoccuparci di più o meno ipotetiche spiegazioni.

Pisa, Febbraio 1888.

Estratto dal *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*
Fascicolo I — Marzo 1888

Milano - *Tipografia Bortolotti di G. Prato.*

