



OMAGGIO

CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
DIRETTA DAL PROF. R. CAMPANA.

UN CASO DI COSIDDETTO SARCOMA PRIMITIVO

IDIOPATICO TELEANGECTASICO DELLA CUTE

PEL

DoTT. MARIANO CARRUCCIO

PROFESSORE PAREGGIATO DI DERMOSIFILOPATIA

NELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA



Estratto dal Bullettino della R. Accademia Medica di Roma
Anno XXV - 1898-99 - Fasc. VII.



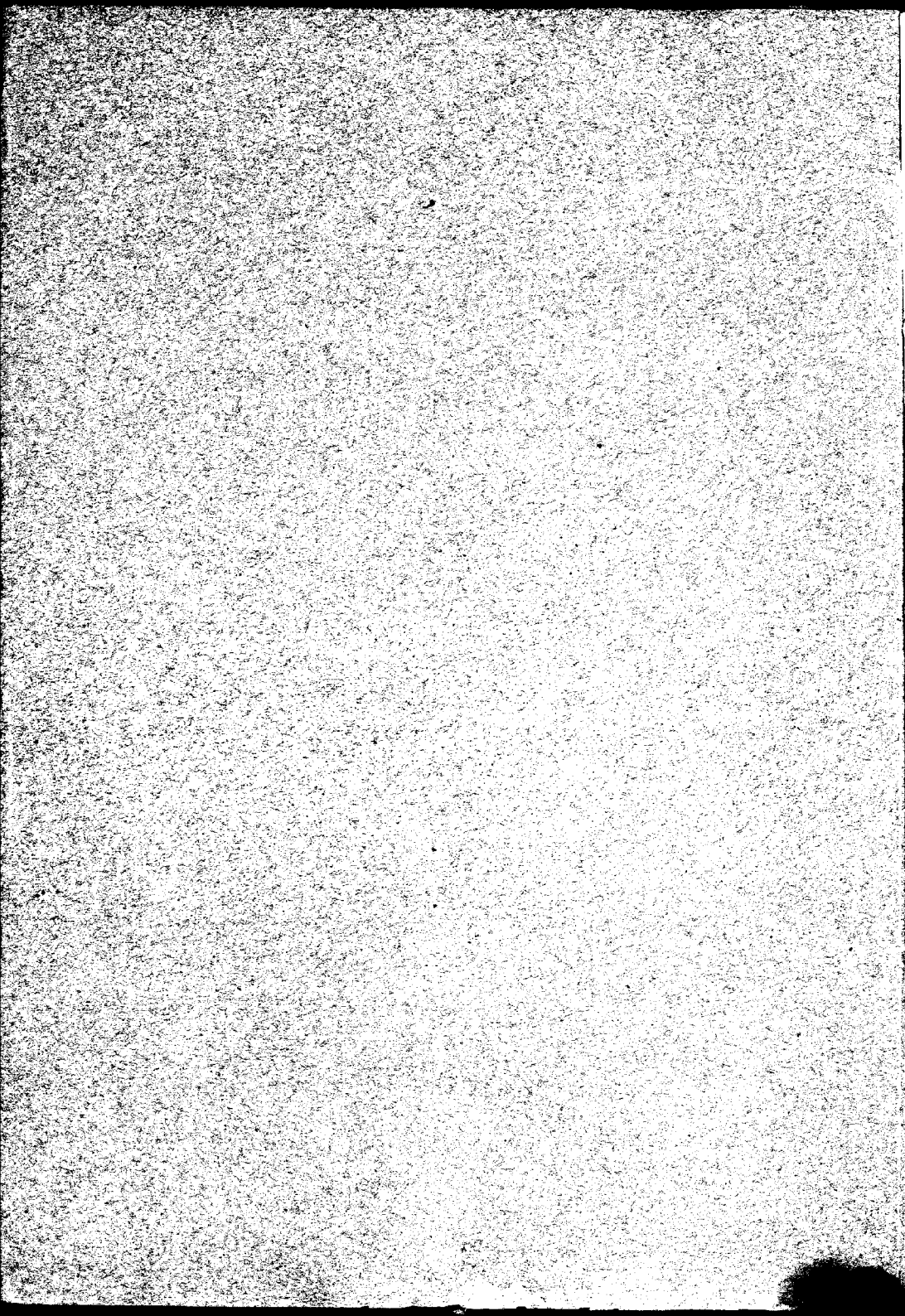
ROMA

TIPOGRAFIA FRATELLI CENTENARI

Via degli Avignonesi, 30-31

Telefono 2312

1899





CLINICA DERMOSIFOLOPATICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
DIRETTA DAL PROF. R. CAMPANA.

UN CASO DI COSIDDETTO SARCOMA PRIMITIVO

IDIOPATICO TELEANGECTASICO DELLA CUTE

PEL

DOTT. MARIANO CARRUCCIO

PROFESSORE PAREGGIATO DI DERMOSIFOLOPATIA

NELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Estratto dal Bollettino della R. Accademia Medica di Roma
Anno XXV - 1898-99 - Fasc. VII.



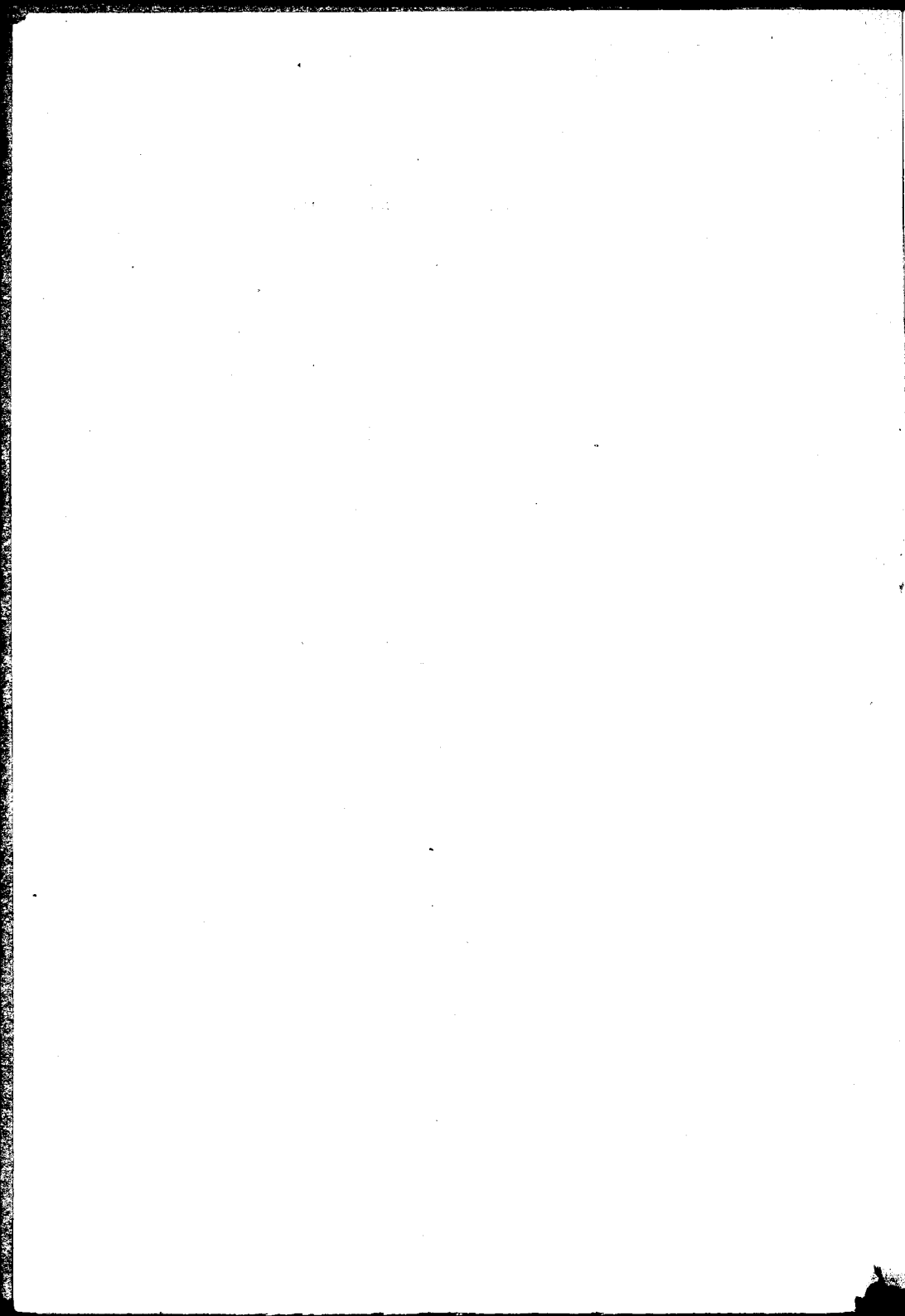
ROMA

TIPOGRAFIA FRATELLI CENTENARI

Via degli Avignonesi, 30-31

Telefono 23 12

1899



UN CASO DI COSIDDETTO SARCOMA PRIMITIVO IDIOPATICO TELEANGECTASICO DELLA CUTE

PEL

DOTT. MARIANO CARRUCCIO

(Docente privato, con effetti legali)

CON UNA TAVOLA

L'osservazione che segue ne pare di un particolare interesse, pel beneficio ottenutosi colla cura praticata e per la forma essa stessa con cui si è presentata, clinicamente ed istologicamente.

La cura, per mezzo delle iniezioni ipodermiche di *liquore arsenicale del Fowler* alla Köbner, ha prodotto i soliti risultati favorevoli, che non erano però da aspettarsi facilmente in un caso così grave.

Inoltre nella istologia di uno dei tumoretti asportati, la forma pressochè di una emorragia interstiziale, che è il reperto principale del medesimo, ci allontana dal concetto di vedere sempre in questa manifestazione istologica una vera manifestazione angiomatosa.

Ed a chi, notando questa affermazione, non potesse vedere nella medesima un rapporto colla gravità del male, colla reciprocità di queste manifestazioni infiltrative emorragiche, facciamo riflettere quel che avviene nella porpora emorragica. Il fenomeno emorragico, per sè stesso così grave, si ripete per una condizione finora ignota nella porpora medesima: nel male da noi descritto non sarebbe del tutto ignota, poichè vi sono descrizioni istologiche di autopsie (1) in casi di detti sarcomi, con alterazioni del sistema nervoso; e nel nostro vi sarebbero manifestazioni edematoidi da alterata innervazione, negli arti inferiori, assai caratteristiche.

(1) R. CAMPANA. - *Dermatosi neuropatiche*.

Premesso questo, passiamo a descrivere la osservazione clinica ed istologica, per poi ritornare a ragionare dei fatti osservati e della idea enunciata.

C. S. . . . , di anni 57, nativo di Siena, impiegato, si presenta all'ambulatorio della Clinica il 24 giugno 1898.

Narra che la madre morì all'età di 39 anni per malattia che il C. qualifica idropisia; il padre morì all'età di 72 anni e da molti anni conduceva vita non regolata, inquantochè era dedito al vino, ai liquori e pare avesse contratto una infezione sifilitica.

L'infermo narra che prima di lui nacquero altri sei figli, morti anche, prima della di lui nascita, tutti, poco dopo nati; egli esclude però che la madre abbia avuto aborti.

All'età di quattro anni rammenta di aver avuto il vaiuolo piuttosto grave; del resto ha goduto sempre buona salute. Fino a circa dieci anni fa è stato forte bevitore di vino (3-4 litri al giorno, normalmente due) e di liquori.

Ha abusato molto di tabacco, fumando fino a 15-16 sigari Cavour al giorno, e masticando tabacco, ha abusato di venere. Fino all'età di 18 anni ha vissuto in Siena, conducendo vita abbastanza comoda: a questa età si fece soldato di cavalleria; dopo due anni sott'ufficiale, ed in tale condizione prestò servizio per 14 anni, prendendo parte alle campagne per l'indipendenza, ed a quella contro il brigantaggio nelle Puglie; nella campagna del 1866, fu decorato con medaglia al valor militare. Durante questo periodo di tempo il C. narra di aver sopportato non poche fatiche e di essere stato per molto tempo esposto alle intemperie ed ai disagi della vita del campo, però non ebbe mai a soffrire nè malattie nè traumatismi di qualche entità.

A 22 anni contrasse per la prima volta una blennorragia, che guarì in poco più di un mese; due anni dopo la contrasse di nuovo con fenomeni più gravi e con una più lunga durata. Vari anni dopo contrasse delle ulcere, delle quali non sa dare caratteri precisi; afferma però che non furono seguite da manifestazioni di infezione sifilitica.

Nel 1875, senza causa apprezzabile, gli si manifestò forte turgore alle palpebre dell'occhio O. S., accompagnato da abbondante suppurazione; dopo circa dieci giorni dall'inizio della malattia fu preso da violentissimo dolore all'occhio ammalato e visitato, gli fu detto che la *cornea era scoppiata* con fuoriuscita di abbondante pus: tale suppurazione si protrasse per 18 mesi: consecutivamente fu operato di asportazione di uno stafiloma, ma in quest'occhio non rimase più nemmeno la percezione di luce e tenebre.

Nel 1885 cominciò a notare la comparsa di un tumoretto in corrispondenza della superficie esterna della coscia sinistra al terzo superiore; detto tumoretto, di forma rotondeggiante, abbastanza rilevato e di colorito pavonazzo, crebbe lentamente e poco dopo ne comparve un'altro un po' al disotto, che però si manifestò più con l'aspetto di una macchia bruniccia; un terzo, più somigliante al primo, apparve sulla superficie interna della coscia, un quarto all'avambraccio destro e così, pian piano, l'eruzione estendendosi specialmente agli arti inferiori, ai piedi ed alle mani, è giunta allo stato presente. Dice l'infermo che da due mesi a questa parte, essa ha avuto il maggiore e più rapido sviluppo, specialmente nelle parti alte del tronco, al collo ed alla faccia, e che prima che i tumoretti apparissero col loro caratteristico colorito ed aspetto alla superficie, egli palpando li sentiva come noccioli duri, della grandezza di quelli delle ciliegie, al disotto della cute.

Stato presente. — Individuo di robusta costituzione organica; sviluppo scheletrico regolare, statura m. 1,68; sistema muscolare ben sviluppato; pannicolo adiposo piuttosto abbondante, cute spessa, di colorito roseo al tronco ed agli arti, rosso più accentuato al volto; mucose visibili rosee.

La cute si presenta tempestate da una eruzione prevalentemente nodulare, accompagnata da macchie e da tuberi e da tumefazioni diffuse.

I noduli si presentano per lo più isolati, alcuni riuniti in piccoli gruppi, hanno forma quasi esattamente rotonda, colorito rosso-fosco o rosso-vivo, sono rilevati alcuni millimetri, con margine ben netto sul tessuto circostante di consistenza alquanto più dura della cute normale, dimensioni varie da una lente a un cece.

I tuberi hanno forma rotondeggiante, sono rilevati parecchi millimetri sulla cute normale, tanto da presentare un margine netto ben rilevato, hanno superficie pianeggiante, liscia; si presentano alcuni isolati, altri riuniti in larghi gruppi di varia figura, hanno colorito roseo o rosso non molto accentuato e consistenza molto dura: le dimensioni variano da una moneta di un centesimo a quella di circa un soldo.

Alcuni tuberi, come anche alcuni noduli, sono ricoperti da squamelle bianchicce molto aderenti.

Le macchie hanno colorito rosso-fosco alcune, altre rosso-livido, ed hanno varie gradazioni: hanno forma irregolare, dimensioni varie, ma non superiori a quella di una moneta da due centesimi: si presentano appena rilevate sulla superficie cutanea, ma colla palpazione

si sente che esse corrispondono per lo più ad un indurimento nodulare di tutti gli strati cutanei e la cute non si presenta mobile nei suoi diversi strati, ma solo sul tessuto sottocutaneo.

L'eruzione è più abbondante al volto, al collo, agli arti superiori ed agli inferiori.

La cute del volto si presenta in tutta la sua estensione alquanto tumida, e presenta una fitta ed assai appariscente rete di capillari ectasici. Colla palpazione oltre al turgore si notano parecchi tumoretti duri, nel derma, piuttosto profondi, che non appariscono alla superficie.

È tempestata poi da noduli di varia grandezza, da una lente a quasi una moneta da un soldo: tali noduli ed alcuni tubercoli si notano più abbondanti al disopra delle arcate cigliari, alla glabella, alle palpebre superiori ed inferiori, poi agli orecchi, di cui il destro presenta il padiglione notevolmente ispessito, il sinistro invece, il lobulo. Nelle regioni sottomascellari, tanto di destra che di sinistra, si notano due ammassi di grossi noduli di colorito rosso-fosco ed assai rilevati.

Dall'angolo interno dell'O. S., che presenta un panno corneale di antica data, si vede fuoriuscire attraverso le palpebre, una vegetazione carnosa, somigliante ad un piccolo papilloma pedunculato, di colorito rosso-fosco, e della grandezza di circa una avellana: frequentemente da questo tumoretto si ha gemizio di sangue, che fuoriesce a gocce: 15 o 20 gocce.

Il collo, nella regione cervicale specialmente, è anch'esso tempestato dai noduli cogli stessi caratteri dei già descritti; in corrispondenza della parte mediana dello sterno-cleido-mastoideo di destra si nota un ammasso di noduli, grossi quanto un cece, di colore rosso-vivo; altri sparsi si notano a sinistra e allo jugolo.

Le regioni alte del petto e delle spalle sono quasi immuni, se se ne eccettuano alcuni pochi, due o tre appena, accennati sulla cute, ed alcuni altri che si rilevano colla palpazione.

Le mammelle sono notevolmente sviluppate e attorno all'areola di quella di destra si notano due o tre noduli piuttosto piccoli.

Sull'addome, anch'esso molto sviluppato e proeminente, si notano assai pochi noduli, poco rilevati, di colorito rosso o rosso-livido. Posteriormente sul dorso, se ne notano due piccoli gruppi ai lombi, molto rilevati, di colore rosso-fosco. Il braccio destro ci presenta noduli sparsi e a gruppi al terzo medio ed in corrispondenza della regione laterale interna e laterale esterna.

L'avambraccio destro presenta un gruppo di noduli molto rilevato, della grandezza di circa un soldo, di color rosso-vinoso, ricoperto da

squammelle epidermoidali bianchicce: questo gruppo è di antica data, essendo stato uno dei primi a manifestarsi; ha sede al terzo medio, nella regione laterale esterna; altri più piccoli e sparsi se ne trovano nel resto della cute dell'avambraccio e qualcuno se ne palpa profondamente. Il braccio sinistro, oltre vari noduli sparsi, presenta due gruppi abbastanza rilevanti al terzo medio, in vicinanza del solco bicipitale. Un tubero, della grandezza di circa un uovo di piccione, assai rilevato al centro e pianeggiante alla periferia, lo riscontriamo in corrispondenza della parte centrale della piegatura del braccio. Vari altri tuberi, molto rilevati e grossi quanto un centesimo, troviamo sparsi sulla cute dell'avambraccio sinistro fino al polso, cute che, a differenza delle altre parti finora descritte, ci si presenta tesa, tumida, quasi non sollevabile in pliche.

La mano destra non presenta alterazioni molto rilevanti. La cute del dorso ha una colorazione più scura del normale; in alcuni tratti si presenta alquanto tumida, mentre in altri presenta un leggiero grado di atrofia, in modo da formare delle pliche molto sottili. Noduli, se ne riscontrano solamente uno, sotto forma di un ispessimento diffuso e profondo, in corrispondenza della superficie interna della falange del dito indice: la cute che lo ricopre conserva il colorito normale: altri due noduli, della grandezza di circa due piselli, rilevati e di colorito rosso, si notano nella superficie interna della falange del dito mignolo.

La mano sinistra ci presenta anch'essa la colorazione brunastra della cute del dorso; inoltre un notevole ispessimento, sia in corrispondenza di alcuni noduli e tuberi che vi si trovano sparsi, di cui uno al centro del dorso, grande come una moneta da due centesimi, sia nel resto della superficie del dorso.

Il dito indice ci si presenta ingrossato e tempestato di grossi noduli rilevati e di colorito rosso-fosco; nella superficie interna interdigitale formano una larga placca che è poco mobile sui tessuti profondi; il margine ungueale è uniformemente rilevato, duro e di colore rosso-fosco. Le altre dita non presentano traccia di eruzione.

Il pube, nella parte mediana, ci presenta vari noduli di grandezza variabile da un cece a quasi una moneta da due soldi; i più piccoli superficiali, rilevati, di colorito rosso o roseo; la placca più grande, molto rilevata, dura, profondamente aderente, di colorito rosso-fosco.

La cute dell'arto inferiore destro si presenta uniformemente tumida ed arrossita, ma in modo più marcato alla gamba che non alla coscia.

L'eruzione su quest'arto si presenta quasi esclusivamente formata da grossi tuberi, di colorito rosso-fosco, grandi circa come una moneta

da due centesimi, sparsi sulla coscia e sulla gamba, e riuniti in un gruppo semicircolare, attorno al malleolo esterno e al calcagno, dove si presentano ricoperti da strati corneoidi piuttosto spessi e duri, in modo da prendere un aspetto moriforme.

Sull'alluce, sul secondo e terzo dito del piede destro, si notano alcuni noduli col solito aspetto.

La cute dell'arto sinistro presenta presso a poco lo stesso aspetto di quella del destro, però è meno tumida ed arrossita. Nella coscia al terzo medio, superficie anteriore, si notano due gruppi di noduli rosso-foschi, grandi circa una moneta da un soldo. Alcuni altri noduli sparsi ma piccoli, si notano nella gamba: attorno al malleolo si ha, presso a poco, la stessa eruzione che si riscontra a destra, ma i tubercoli e i noduli che la compongono sono in minor numero e più piccoli, nè si ha la produzione cornea notata a destra. Alcuni noduli si hanno sul secondo e quarto dito.

Mucose visibili normali.

Glandole linfatiche, agli inguini, di forma e grandezza normali: non apprezzabili nelle altre regioni.

Le misure prese il 10 luglio degli arti inferiori, diedero le seguenti dimensioni:

Arto destro: Coscia: terzo superiore, cm. 61
terzo medio, cm. 56
terzo inferiore, cm. 50.

Ginocchio: cm. 46.

Gamba: terzo superiore, cm. 44
terzo medio, cm. 46
terzo inferiore, cm. 36

Regione sopramalleolare, cm. 34.

Circonferenza del calcagno e dorso del piede, cm. 40.

Circonferenza del piede, regione metatarsea, cm. 30.

Arto sinistro: Coscia: terzo superiore, cm. 60.
terzo medio, cm. 56.
terzo inferiore, cm. 48.

Ginocchio: cm. 44 $\frac{1}{2}$.

Gamba: terzo superiore, cm. 42.
terzo medio, cm. 45.
terzo inferiore, cm. 32.

Regione sopramalleolare, cm. 33.

Circonferenza del calcagno e dorso del piede, cm. 38.

Circonferenza del piede, regione metatarsea, cm. 27.

La sensibilità tattile, misurata col compasso di Weber, ci dà i se-

guent risultati:

Faccia: eruzione (noduli e macchie), percepisce due punte alla distanza di cm. 3 a $3\frac{1}{2}$: pelle sana, cm. 2 a $2\frac{1}{2}$.

Dietro l'angolo della mandibola destra, dove sono parecchi noduli assai rilevati, percepisce le due punte alla distanza di cm. $7\frac{1}{2}$, nella regione omolaterale sinistra, alla distanza di cm. 3,7.

Al braccio destro, al terzo superiore, regione interna sui noduli, cm. 6,1, nella pelle sana, cm. $3\frac{1}{2}$.

Alla coscia destra, terzo superiore, regione laterale esterna sui noduli, cm. 7, sulla pelle sana, cm. 4.

Sensibilità termica alquanto diminuita sui tratti con eruzione.

Sensibilità dolorifica ancora più diminuita sugli stessi tratti: intensamente diminuita sui tubercoli che si riscontrano in vicinanza dei malleoli esterni.

Il 27 giugno fu iniziata la cura con le iniezioni di liquore arsenicale del Fowler, cominciando da $\frac{2}{10}$ di cc. Contemporaneamente fu fatto fare il bagno fresco quotidiano.

Fu prescritto regime speciale alimentare, facendo fare uso di latte, uova, carne, erbaggi cotti; e furono proibiti il vino, i farinacei, i legumi e gli eccitanti.

Dal 27 giugno al 19 luglio fu fatta una iniezione al giorno di liquore arsenicale, in seguito un giorno sì ed uno no: dose massima del liquore iniettato, un cc.

Verso la metà del mese di luglio si poté notare che il gonfiore nelle diverse parti del corpo, ma più specialmente alle cosce ed alle gambe, andava diminuendo, e contemporaneamente le macchie esistenti nel corpo, e nella faccia avevano assunto un colore meno acceso e si erano appianate.

L'infermo confermava il suo notevole miglioramento, affermando di sentirsi assai migliorato nelle forze e nella facilità dei movimenti, ed inoltre notava la marcata differenza negli indumenti, scarpe, pantaloni, ecc., che erano divenuti più comodi a indossare.

Il 12 luglio, il tumoretto, che fuoriesciva attraverso le palpebre dell'O. S. e che presentava un largo impianto sulla congiuntiva, all'angolo interno dell'occhio stesso, e una specie di strozzamento in corrispondenza della rima palpebrale, viene legato con filo di seta al sublimato.

Rinnovata la legatura il giorno dopo, il tumoretto, grosso come un buon cece, si stacca, rimanendo attaccato al filo di seta; dall'impianto si ha scarsa emorragia, che vien frenata con leggera compressione.

Il 14 luglio si nota già la formazione di un nuovo tumoretto che

ha raggiunto circa la metà della grandezza di quello asportato.

Il giorno 18 luglio il detto tumoretto avendo raggiunto le dimensioni di quello preesistente, e mantenendosi tale da circa due giorni, viene nuovamente allacciato con filo di seta al sublimato.

Il 20 si asporta il tumoretto riprodottosi e si ha leggero gemizio di sangue.

Nei giorni successivi non si nota tendenza a formazione di nuovo tumoretto nel punto ove sono stati asportati i due precedenti.

Dieci giorni dopo la mucosa congiuntivale, che anche dopo l'asportazione del secondo tumoretto, si manteneva tumida ed alquanto arrossita, si è detumefatta ed ha acquistato colorito normale.

L'infermo asserisce che nella notte è del tutto scomparso il turgore delle palpebre, turgore che specialmente al mattino, allo svegliarsi, rendeva all'infermo difficile l'aprire gli occhi.

Il 2 agosto, cioè dopo un mese e nove giorni di cura, colle iniezioni ipodermiche di liquore di Fowler, si misurano di nuovo gli arti inferiori e si hanno le seguenti dimensioni assai differenti da quelle avutesi nella prima misurazione, come faremo notare regione per regione.

Arto destro: Coscia: terzo superiore, cm. 57; differenza, cm. 4.

terzo medio, cm. 52; diff., cm. 4.

terzo inferiore, cm. 42; diff., cm. 8.

Ginocchio: cm. 39; diff., cm. 7.

Gamba: terzo superiore, cm. 41; diff., cm. 3.

terzo medio, cm. 43; diff., cm. 3.

terzo inferiore, cm. 31; diff., cm. 5.

Regione sopramalleolare, cm. 31; diff., cm. 3.

Circonferenza del calcagno e dorso del piede, cm. 35.5 differenza, cm. $4\frac{1}{2}$.

Circonferenza del piede, regione metatarsale, cm. 27.5; differenza, cm. 2.5.

Arto sinistro: Coscia: terzo superiore, cm. 58.5; diff., cm. $1\frac{1}{4}$.

terzo medio, cm. 52; diff., cm. 4.

terzo inferiore, cm. 42; diff., cm. 6.

Ginocchio: cm. 38.5; diff., cm. 6.

Gamba: terzo superiore, cm. 40; diff., cm. 2.

terzo medio, cm. 41; diff., cm. 4.

terzo inferiore, cm. 31; diff., cm. 1.

Regione sopramalleolare, cm. 29; diff., cm. 4.

Circonferenza del calcagno e dorso del piede, cm. 36; differenza, cm. 2.

Circonferenza del piede, regione metatarsea, cm. 27; differenza, cm. 2.

Il 20 marzo 1899, alla 130^a iniezione ipodermica di liquore arsenicale del Fowler, si misurano nuovamente gli arti inferiori e si hanno le seguenti dimensioni:

Arto destro: Coscia: terzo superiore, cm. 55; diff., cm. 2.

terzo medio, cm. 50; diff., cm. 2.

terzo inferiore, cm. 2; diff., cm. 0.

Ginocchio: cm. 39; diff., cm. 0.

Gamba: terzo sup. 39; diff., cm. 2.

terzo medio, cm. 40; diff., cm. 3.

terzo inferiore, cm. 30; diff., cm. 1.

Regione sopramalleolare, cm. 28; diff., 3.

Circonferenza del calcagno e dorso del piede, cm. 34 $\frac{1}{2}$; differenza, cm. 1.

Circonferenza del piede; regione metatarsea, cm. 25; differenza, cm. 2 $\frac{1}{8}$.

Arto sinistro: Coscia: terzo superiore, cm. 55 $\frac{1}{4}$; diff., cm. 3.

terzo medio, cm. 47; diff., cm. 4.

terzo inferiore, cm. 40; diff., cm. 2.

Ginocchio: cm. 40; diff., cm. 0.

Gamba: terzo superiore, cm. 40; diff., cm. 1.

terzo medio, cm. 31; diff., cm. 0.

terzo inferiore, cm. 28; diff., cm. 1.

Regione sopramalleolare, cm. 27; diff., cm. 2.

Circonferenza del calcagno e dorso del piede, cm. 33; differenza, cm. 3.

Circonferenza del piede, regione metatarsea, cm. 24 $\frac{1}{2}$; differenza, cm. 2 $\frac{1}{8}$.

Il tumoretto asportato per la prima volta, dall'angolo interno dell'O. S. e che si presentava ricoperto dalla mucosa congiuntivale, viene in parte trattato con la soluzione 1 % di acido osmico, ed in parte indurito nella serie graduale degli alcool; incluso quindi in celloidina e sezionato: le sezioni del materiale non trattato coll'acido osmico, vennero colorate con diverse colorazioni, cioè picrocarminio, ematossilina, ematossilina ed eosina, bleu di Löffler.

Esaminato un preparato a piccolo ingrandimento si osserva un tessuto quasi uniformemente formato da uno stroma connettivale e da numerosi vasi sanguigni, con pareti esilissime endo-

teliali, con dilatazioni più o meno grandi di forma alveolare, od ampollare, in modo da dare l'apparenza di un tessuto erettile.

Alla periferia presenta ben distinto lo stato epiteliale superficiale, con cellule alquanto schiacciate e con nucleo distinto, al disotto di cui lo strato mucoso è appena accennato, e uno strato connettivo ben distinto lo segue; al disotto di questi strati si osservano numerose lacune ripiene di sangue e vasi sanguigni; attorno a questi vasi, alle lacune ed ai vasi dello strato connettivale suddescritto, si nota una raccolta di elementi simili a leucociti, in vario grado di conservazione, ed insieme a qualche eritrocito.

Esaminando a piccolo ingrandimento un preparato colorato col bleu di Löffler, si nota, alla periferia, per un buon tratto, distaccato l'epitelio e tra questo ed il restante tessuto, colorato in bleu, una massa di aspetto omogeneo che non si è colorata, ma conserva una tinta giallastra; tale massa qua e là interrotta da linee colorate in bleu, presenta una maggior larghezza in un punto della periferia e si va gradatamente perdendo lungo il margine epiteliale. Come noteremo più precisamente poi, a forte ingrandimento si vede che la massa non colorata risulta formata da cellule rosse del sangue, che in un preparato colorato con ematossilina ed eosina si vedono conservare bene la loro forma.

↳ Osservando i preparati (prep. n. 1, 2) a forte ingrandimento (ocul. 3, obb. 6 Reichert) si nota quanto segue:

Lo strato epidermoidale mostrasi formato dai soliti elementi epiteliali, alquanto alterati; uno più superficiale, quasi corneificato, costituito da cellule assai schiacciate, quasi lamellari, senza nucleo, evidentemente rese così dal disseccamento del tumoretto rimasto sempre allo scòperto e dallo stiramento meccanico; ed uno strato formato da quattro o cinque serie di cellule grandi di forma poligonale o fusata, con nucleo e nucleolo ben evidenti. In alcuni tratti questo strato si osserva più spesso, con altre 3-4 serie di cellule poligonali piuttosto grandi, con nucleo ben distinto e con due e anche tre nucleoli. Questa parte inferiore dello strato epiteliale, in alcuni tratti è aderente al derma sottostante, e in alcuni tratti è staccata, in modo da formare quasi un rilievo ripieno da una massa sanguigna, la quale è circondata da

una discreta raccolta di elementi leucocitoidi.

Nel derma poi i fasci del connettivo più o meno compatto, sono circondati da maggiore o minore infiltrazione di elementi leucocitoidi; gli spazi delimitati dai fasci connettivali, di forma rotondeggiante, più o meno regolare sono ripieni da emazie e dove maggiore è la massa sanguigna, quivi più abbondante, attorno allo stroma connettivale, si mostra la raccolta leucocitica.

Oltre alle masse sanguigne, circondate da connettivo, si notano numerosi vasi capillari, circondati da emazie.

Dove predomina la raccolta leucocitica, qui si vedono numerosi elementi in via di regresso, formati da frammenti di nuclei leucocitarii; e in questi punti anche le emazie han perduto il loro aspetto e non rimane che una colorazione giallastra di emoglobina effusa e lo stroma trasparente emocristallinico di gran parte dei corpuscoli, cioè degli eritrociti.

Dove si trovano in abbondanza gli elementi leucocitici, il tessuto prende apparenza di un giovane tessuto embrionario. In qualche tratto del tumoretto verso il centro, si vedono delle cellule fusiformi asseriate, come quelle della mediana muscolare di qualche vaso. In molti tratti si vede anche la disposizione a tessuto fibroso del cellulare, come nella normale sclerotica.

Oltre delle alterazioni suddescritte, noi, in tratti di cute asportati nell'infermo ed in altro infermo, abbiamo potuto fare delle osservazioni che in parte riferiremo.

Nelle sezioni di cute, scelte a bella posta per ricercare il fenomeno della colorazione e dell'alterazione vasale della medesima, nell'infermità che stiamo studiando, abbiamo notato quanto segue.

In sezioni conservate prima in soluzione di bicromato di potassa e poi in alcool nelle serie solite per indurimenti gradualì, si è constatato che, dove il processo era di più recente data, esso riproduceva quello che è stato rilevato dal Kaposi, dal De Amicis, Armanni, Campana, a proposito degli elementi nuovi, che si trovano nella cute ammalata e che io riepilogo.

Le alterazioni avanzate sono nel derma ed ipoderma. Tanto nella parte papillare del derma, come nella parte più profonda, o reticolare del derma medesimo, si osservano in prevalenza cellule rotonde simili a leucociti. Queste cellule, in qualche piccolo

tratto, hanno nascosto l'impalcatura connettivale, della quale se ne vedono, qua e là, dei residui sotto forma di fascetti sottili e distesi che limitano i singoli accumuli cellulari. Esse cellule seguono la direzione dei nervi e vasi dei gomitoli sudoripari principalmente.

In mezzo a questi ammassi di cellule si rinvengono delle raccolte di materiale colorato, di pigmento, in alcuni tratti sotto forma di massa amorfa, in altri di accumuli di granuli giallorossastri splendenti. In molte arteriole o piccole vene l'esterna e l'avventizia sono ispessite. I follicoli sebacei presentano infiltrazione perifollicolare fatta degli stessi elementi sopra descritti.

Le ghiandole sudoripare presentano aumento delle volute dei gomitoli, allontanamento dei singoli tuboli per un mediocre infiltramento cellulare, cioè per la presenza di dette cellule simili a leucociti tra uno spazio linfatico dermico e l'altro.

Ma se si esaminavano delle sezioni di lesioni antiche, quelle in cui era manifesto il fenomeno dell'atrofia, in esse si vedevano delle altre alterazioni, di cui il prof. Campana aveva fatto fare un accenno nel lavoro del dott. Zerbini.

Esso lavoro, naturalmente fu condotto su di un limitato materiale, certo non paragonabile a quello di cui abbiamo potuto disporre noi, avendo avuto a disposizione, non più un solo brano di cute, ma quasi tutta la cute di un cadavere, che si presentava appunto in questo periodo della evoluzione sarcomatosa.

Intanto il fenomeno, che era evidente nella struttura della cute di questi tratti, era appunto quello che descriveremo ora. Tanto nelle sezioni di cute, con eruzione molto notevole, come in quelle in cui il rilievo papuloide e la tinta brunastra erano molto meno accentuati, trattate colla doppia colorazione della ematossilina e della eosina, si osservano le stesse alterazioni quasi senza differenza nel loro grado di intensità.

Negli stati epidermoidali superficiali (corneo, lucido, granuloso), ad eccezione di qualche corpuscolo granuloso, sotto forma di una parte di un leucocito, contenente o no granuli pigmentarii, e che si può considerare come residuo di rare cellule di emigrazione, non si hanno altre alterazioni degne di nota.

Tra le cellule dello strato mucoso, o del Malpighi, specialmente nello strato inferiore, o cilindroide del corpo mucoso medesimo, si vede qualche piccolo ammasso di pigmento, di aspetto granuloso, di forma irregolare e che appare infrapposto tra una cellula e l'altra, senza che queste nell'interno del loro protoplasma abbiano maggiore pigmento dell'ordinario.

Nel derma, poi, papillare e negli strati sottostanti, esistono le maggiori alterazioni; e cioè si notano, negli strati più superficiali, molte cellule rotonde e fusiformi, rappresentate, nella colorazione che prendono, quasi esclusivamente dal nucleo; zolle di materiale nerastro, formate da pigmento, a masse più o meno grandi, riunite di rado caratteristicamente, più, in modo irregolare; di queste masse molte disposte in forma allungata come strie, qua e là interrotte da cellule che vi sono sopra, o sovrapposte esse alle cellule endoteliali, che conservano la forma propria, più o meno poligonale, e l'aspetto quasi di laminette, poligonali o quadrangolari, che si adattano nell'interno di una lacuna linfatica, e su questo elemento endoteliale, od una tinta uniforme emoglobinica, od una spolveratura di granuletti (figura 3-a) giallo-arancio, od una massa che si sovrappone uniformemente all'endotelio e lo nasconde in parte. E questa massa, in parte è rappresentata da ematina già ben formata, la quale è riconoscibile per la reazione al ferrocianuro potassico, che dà luogo alla colorazione di quelle masse in un bel bleu.

Venendo a guardare verso gli strati inferiori del derma, gli accumuli di pigmento si fanno molto più abbondanti. Tali accumuli in alcuni tratti, come si è detto, generalmente nelle parti più superficiali del derma, appaiono come zone allungate tra i fasci connettivali, in altri invece, più profondamente, come ammassi formati da zolle granulose, di varia grandezza e di colorito giallo-brunastro più o meno intenso; vicino si osservano le cellule endoteliali normali, che non hanno nè assorbito parte alcuna del pigmento, nè, ne sono state ricoperte: si osservano anche cellule leucocitiche, isolate in mezzo al pigmento.

Oltrechè in mezzo alle cellule ed ai fasci connettivali, si osserva il pigmento anche attorno ai vasi sanguigni, ed in alcuni punti si vedono piccoli ammassi rotondeggianti formati da granuli pigmentarii, in mezzo a cui si riconosce il nucleo delle cel-

lule endoteliali, come se questi granuli di pigmento avessero formato delle incrostazioni sovrapposte al protoplasma cellulare. In qualche punto piuttosto profondo, del derma attorno, o molto presso ad un vaso sanguigno (fig. 2), come si vede in *v* della figura I, dove in *pp* si riconosce il relativo pigmento descritto, si osservano cellule rosse del sangue, in vario grado alterate, o semplicemente con lo stroma scolorato.

Guardando in vicinanza di un vaso, si vedono attorno al medesimo degli eritrociti conservati, inframezzati da qualche leucocito. In vicinanza di questi poi, dei tratti ove l'eritrocito ha perduto la sostanza colorante ed appare nel suo stroma trasparente bianco, con accanto, od in mezzo, una suffusione uniforme emoglobinica, con qualche tratto in cui comincia a formarsi l'accumulo dei granuli e delle masse pigmentarie più su descritte.

Da quando De Amicis ed Armanni affermarono, con maggiore particolarità di osservazione, che le alterazioni di massa e di colorazione in questi tumori, non si dovessero ad una materia pigmentaria completamente elaborata, ma a sangue effuso e raccolto in lacune, o maglie connettivali, in vario grado di alterazione, puro e semplice effetto della propria fuoriuscita dai vasi sanguigni, fu resa possibile la ipotesi, che non tanto le neoformazioni vasali, quanto le alterazioni delle pareti di questi vasi e del sangue, vi contribuissero a dare gran parte del fenomeno, senza grande concorrenza degli elementi istologici, o degli organi cromatofari dell'organismo.

Così fu che un altro osservatore (Campana) mettendo in concatenazione questo fatto, con fatti clinici sulla distribuzione simmetrica, nei quattro arti, dell'eruzione, degli stati di ipertrofia e di atrofia neuropatiche, che si trovano porre in questi infermi, colla osservazione istologica di alcuni nervi degli infermi potuti seguire sin sul tavolo anatomico, veniva alla conclusione che non solo vi erano alterazioni prevalentemente vascolari, in questa forma di tumore cutaneo; ma che gran parte di esse e dei fenomeni che l'accompagnavano, si dovessero mettere in relazione colle alterazioni del sistema nervoso, or ora ricordate ed a quelle proprie delle pareti vasali, dipendenti da questa alterata innervazione.

Sulla parte anatomica del sistema nervoso, noi non abbiamo potuto avere nostre osservazioni, però queste stesse del prof. Campana, messe in raffronto con altre successive, meritano di essere richiamate nuovamente all'attenzione del lettore.

Infatti il prof. Campana nel 1894, ed ora in una osservazione che pubblicherà di questi giorni, descriveva quelle forme di cordoncini, e, meglio, di ispessimenti cordoniformi e nodulari terminali, che si trovavano nella cute del suo infermo con neurosarcoma.

Il prof. Campana, descrivendo queste neoformazioni nervose, in questa forma di tumore, diceva così; "molte delle sottili ed ultime terminazioni cutanee hanno perduta la forma normale, vi si vedono dei ramuscoli secondarii terminali essere più spessi dei rami principali, e, in molti tratti, più sottili di quel che dovrebbero essere; per cui questi ramoscelli nervosi appaiono bitorzoluti ed irregolari, paragonabili a vecchi tronchi di alberi", soggiunge: "che di queste alterazioni, se ne potevano trovare dovunque nella cute delle gambe dell' infermo".

Alterazioni simili così le descrive nella elefantiasi fibromatode il prof. De Vincentiis nel 1896: e (1) "trovava un gran numero di formazioni rotondeggianti, per lo più discoidi, soprattutto se grandi e globose".

La dissezione anatomica del caso del prof. De Vincentiis, fu fatta dal dott. Gianturco.

Col metodo dello strappamento e della dilacerazione, così il prof. Campana come il dott. Rizzo (2) (Genova) avevano potuto seguire delle ramificazioni nervose periferiche sin dentro quegli aggregati connettivali e granulomatosi, che costituivano dei tumoretti isolati.

Così pure il prof. De Vincentiis, "con lo stesso metodo di strappamento, mediante le pinze riuscì a separare il cordone macerato all'acido acetico in falde parallele alla sua lunghezza ed alcune di queste, senz'altro artificio, chiari in glicerina e ne assoggettò altre ancora alla dilacerazione con aghi tingendole

(1) *Elephantiasis neuromatodes*. - Giornale dell'Associazione napoletana, 1896.

(2) *Polielinico*, 1897.

o non sullo stesso porta-oggetti. Da questi preparativi è messa in evidenza la struttura dei cordoni che sono costituiti da fibre di Remack e da fibre midollari, le une e le altre decorrenti parallelamente alla lunghezza del cordone. Le fibre midollari in qualcuno di siffatti preparati sono così abbondanti che distano appena della loro spessezza l'una dall'altra; ma in raffronto le amidollari prevalgono assai di numero sulle altre, tenuto conto della immensa diversità di spessore reciproco, della relativa distanza fra una fibra midollare e l'altra e della mancanza negli strati periferici del cordone „.

La nostra osservazione, presentata oggi, essendo una sola osservazione clinica, perchè la istologica si riferisce soltanto ad un tratto di comune tegumento; non ci dà diritto a dire che noi portiamo un nuovo contributo anatomico, per l'ammissione dei detti rapporti. Ma è una osservazione di più che si ha, nella quale esistono disturbi trofici della cute, compagni a tumori e che ci fa vedere che questi tumori, i più rapidi a svilupparsi, rappresentano più un fenomeno emorragico, anzichè un vero fenomeno neoplastico maligno.

E quando si arriva a trovare, in una manifestazione, più un fenomeno emorragico, che una neoplasia, benchè la manifestazione locale circoscritta ne desse le apparenze, ne nasce spontanea la idea che questa emorragia interstiziale possa essere influenzata dal sistema nervoso.

Se, poi, escano corpuscoli bianchi coi rossi, e in alcuni tratti se ne accumulino più dei bianchi che dei rossi, o si accumulino cellule simili a leucociti, questa è la parte ancora oscura di questo studio; perchè è parte oscura in tutta la patologia delle emorragie per diapedesi, e nelle linforragie, non sapendosi dire fin ora perchè debbano uscire più corpuscoli bianchi che rossi, salvo il caso di quei processi, che la chimica e la batteriologia ha resi sperimentali; come è della fuoriuscita dei corpuscoli rossi e bianchi, nella pustola maligna, in una flogiosi settica suppurativa od emorragica.

Essa però contribuisce a riformare il concetto delle relazioni tra i fenomeni cutanei descritti ed i turbamenti nervosi, così pure ad accrescere la casistica dei buoni risultati della cura ipodermica arsenicale alla Kœbner in questo morbo, anche

a grado avanzato.

Finalmente facciamo notare, a proposito dei raffronti da noi fatti nelle premesse del presente lavoro, che, nel corrente anno, abbiamo avuto in clinica un infermo di porpora emorragica, il quale nella fase di miglioramento della malattia ha presentato una alterazione delle glandole linfatiche sottoascellari, sotto la forma di un grossissimo linfoma; che pel suo apparire, quasi all'improvviso, il suo persistere senza sintomi flogistici ci diede l'idea di quei linfosarcomi, o linfomi maligni (Billroth), di cui si attende dalla patologia una dilucidazione.

Si noti che si manifestò sul finire dei fenomeni emorragici; si noti che fenomeni emorragici e neoplastici noi vediamo nella forma di cosiddetto sarcoma idiopatico della cute, da noi descritto. Il detto infermo fu perduto di vista.



3452

BIBLIOGRAFIA

- KAPOSÍ. - *Multiple Sarkom der Haut*, 1868.
- HEBRA-KAPOSÍ. - *Handbuch der Haut krankheiten*. - II Th., 1870-72.
- KAPOSÍ. - *Interpretazione da dare al Sarcoma primitivo idiopatico della cute e sua nomenclatura*. - Atti dell' XI Congresso medico internazionale, 1894.
- KÖBNER. - *Zur Kenntniss des allgemeinen Sarcomatose und der Haut Sarcome im Besonderen*. - Archiv. für Dermatol. und Syphilis, 1869.
- IDEM. - *Heilung eines Falles allgemeiner von Hautsarcom mit Arseninjections*. - Berliner Kl. Vochen, 1876.
- TANTURRI. - Il Morgagni, 1877.
- DE AMICIS. - *Studio clinico ed anatomo-patologico su dodici nuove osservazioni di Dermo-poli-melano-sarcoma idiopatico*. - Napoli, 1882.
- IDEM. - Atti dell' XI Congresso medico internazionale, 1894.
- IDEM. - R. Accademia medico-chirurgica di Napoli. - Maggio, 1897.
- CAMPANA. - *Alcune dermatosi neuropatiche*. - Studi clinici ed anatomici. - Genova, 1885.
- IDEM. - *Ueber einige neuropathische Dermatosen Vierteljahr. für Dermatologie und Syphilis*. - Wien 1888.
- HARDAWAY. - *A case of Sarcoma cutis*. - Journ. of Cutan. and Diseases, 1884.
- DE LUCA. - *Angiosarcoma multiplo della pelle di origine nevropatica*. - Catania, 1888.
- JAJA. - *L' influenza nervosa nella genesi del Sarcoma cutaneo*. - Giornale italiano delle Malattie veneree e della pelle, 1888.
- REALE. - XI Congresso medico internazionale, 1894.
- HALLOPEAU. - Annales de Dermat. et de Syph., 1889.
- KALINDERO. - Annales de Dermat. et de Syph., 1889.
- FORDYGE. - Journ. of Cutan. and. Genito urin. Diseases, 1891.

COHN. - *A Case of Multiple Sarcoma.* - Journ. of Cutan. and Genito-urin. Diseases, 1892.

JACKSON. - *Report of a Case of Multiple Idiopathic Pigmented Sarcoma (Kaposi Type).* - New-York, 1897.

ZERBINI. - *I fenomeni trofici nel cosiddetto Sarcoma primitivo pigmentario della cute.* - Clinica Dermosifilopatica di Roma. Anno XVI, 1898.

DIABELLA. - *Multiple Sarkom der Haut.* Wien. Klin. Wochenschr., n. 22, 1897.

SCHWIMMER. - Congresso internazionale di Dermatologia e Sifilografia. - Londra, 1896.

FILETI. - *Contributo alla casistica della Sarcomatosi cutanea primitiva.* - Giornale italiano delle Malattie veneree e della pelle, 1895.

KAZANSKI. - *Sarcome cut. pigment. mult. idiopath.* - Wratsch, 1895.

KAPOSI. - Società viennese di Dermatologia. - Marzo, 1896.

MALHERBE. - *Sarcomatose cutanée.* - Ann. de Derm. et Syph, 1897.

WENDE. - *A Case of multiple idiopathic pigmented Sarcoma.* - Journal of Cutan. and Genito-urin. Diseases, 1898.

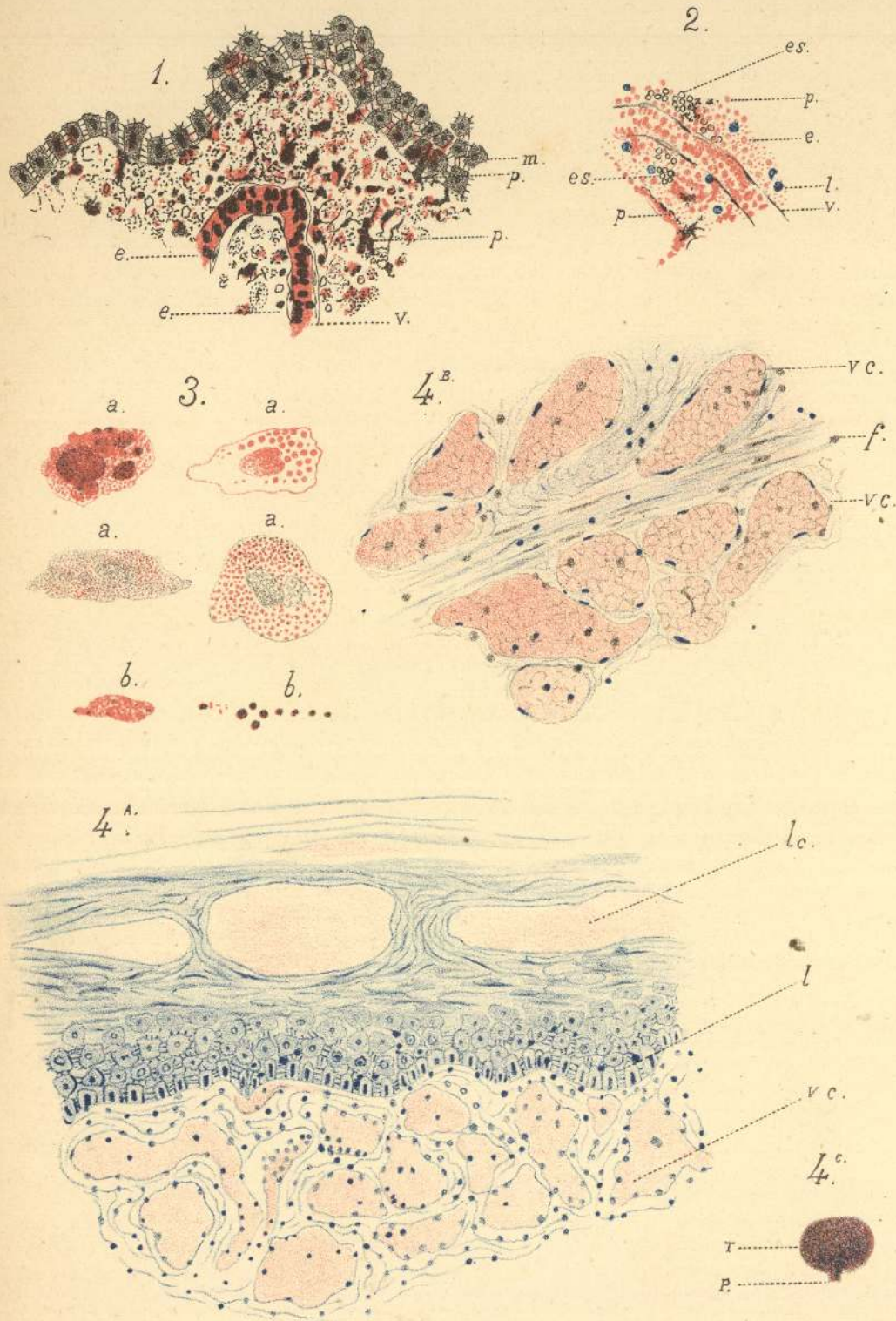
TANDLER. - *Beitrag zur Kenntniss der Sarcomatosis cutis.* - Archiv. f. Derm. u. Syph., 1897.

GRAVAGNA. - *Sulla Sarcomatosi cutanea idiopatica.* - Giornale italiano delle Malattie veneree e della pelle, 1897-98.

STRAVINO. - *Sarcomatosi cutanea primitiva emorragica con ispeciale riguardo alla etiologia.* - Giornale italiano delle Malattie veneree e della pelle, 1898.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

- Fig. 1. — Un tratto di cute con tumore di antica data: fase atrofica:
v, vaso capillare papillare.
e, eritrociti.
p, pigmento.
m, strato delle cellule cigliate del Malpighi con lacune plasmatiche cosparse di pigmento (*p'*), più abbondante anche nelle cellule.
- Fig. 2. — Sezione di un trattolino di tumore vicino ad un vaso in cui si vedono eritrociti fuori dei vasi (*e*) ancora conservati e non trasformati in pigmento (*p*) ed eritrociti scolorati (*e.s.*) *l*, leucociti.
- Fig. 3. — *a*, *a*, cellule simili a leucociti, ma assai deformi con pigmento ematico.
b, *b*, pigmento ematico libero.
- Fig. 4. — *A.* - Sezione del tumoretto oculare.
l, *c*, lacune cavernose epidermiche, con sangue.
l, leucociti.
v, *c*, vasi cavernosi del derma; che chiameremo anche lacune cavernose.
 Ingr. 250 d.
- B.* - Sezione dermica di detto tumoretto.
v, *c*, vasi cavernosi.
f, fibre connettivali infracavernose, residuali del tessuto congiuntivale.
 Ingr. 300 d.
- C.* - Tumoretto oculare:
t, grandezza e forma naturale.
p, picciolo d'impianto nella congiuntiva.



Carruccio. prep. e dis.

E. Battisti lit. Roma.





