



1911

Laringologia

2-3 - Luglio 1921

Clinica Oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma
diretta dal prof. G. FERRERI

IPERTROFIA PAPILLARE DIFFUSA

DI TUTTO IL TRATTO INFERIORE DELLA MUCOSA NASALE

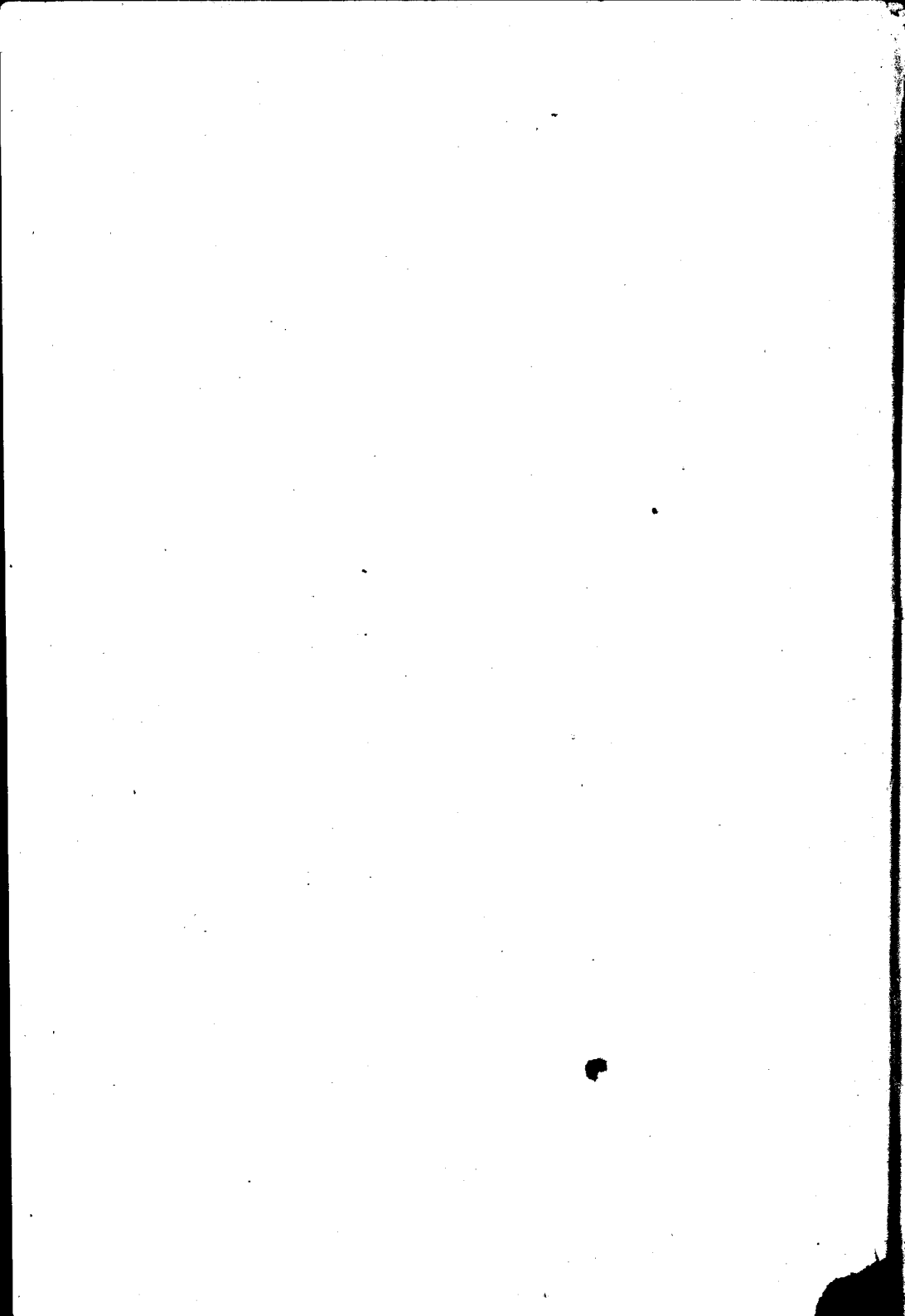
Prof. GUGLIELMO BILANCIONI



NAPOLI

INDUSTRIE GRAFICHE ITALIA MERIDIONALE
Via Portamedina alla Pignasecca, 44

1921



Clinica Oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma
diretta dal prof. G. FERRERI

IPERTROFIA PAPILLARE DIFFUSA

DI TUTTO IL TRATTO INFERIORE DELLA MUCOSA NASALE

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI



NAPOLI
INDUSTRIE GRAFICHE ITALIA MERIDIONALE
Via Portamedina alla Pignasecca, 44
1921

Quando noi parliamo di rinite ipertrofica intendiamo propriamente, nella consueta nomenclatura convenzionale, l'ipertrofia localizzata, in prevalenza almeno, al turbinato inferiore e qualche volta a quello medio.

Col C i t e l l i si distinguono dall'alto microscopico tre tipi di ipertrofia, quella *diffusa*, che interessa *in toto* il turbinato inferiore, quella *papillare*, quella *polipoides*; ma si sottintende che la mucosa del pavimento nasale, del meato inferiore e medio, del setto rimane presso che normale oppure partecipa in modo incospicuo al processo.

È anche risaputo come la sede prediletta delle neoformazioni papillari sia in primo luogo l'estremità posteriore o *coda* dei turbinati inferiori, che assume così aspetto moriforme ben rilevabile col faringoscopio di H a y s; e quindi la *testa* degli stessi turbinati.

Molto rara — lo nota in modo esplicito il G r ü n w a l d nel suo atlante — è l'evenienza che la semplice forma di rinite ipertrofica s'estenda dal rivestimento del turbinato inferiore a quello del meato omonimo e del pavimento del naso, per risalire su ampio tratto su quello del setto, sino ad un punto corrispondente in altezza all'inserzione del turbinato inferiore.

Di recente ebbi occasione di osservare un caso tipico di tal genere, che merita una breve illustrazione.

Storia clinica. Pan. Silvia, di anni 19, da Roma, nubile, si presenta nel febbraio 1921 all'ambulatorio della clinica perchè sofferente dei comuni disturbi della stenosi nasale da rinite ipertrofica bilaterale. Accenna pure a facile lacrimazione e all'arrossarsi delle congiuntive.

All'esame obiettivo, alla rinoscopia anteriore, si nota subito un aspetto caratteristico della mucosa nasale; vi è una ipertrofia cospicua dei turbinati inferiori a forma papillare, ma essa non si limita al rivestimento del cornetto, ma si diffonde al meato inferiore, al pavimento, per risalire poi per circa due centimetri sul setto. In tal guisa tutta la fossa nasale è fortemente ostruita e occupata da una massa papillare di cui, mediante uno specillo, è agevole riconoscere l'inserzione dei singoli elementi proliferativi, che hanno consistenza abbastanza solida e non sanguinano al contatto.

Nulla di notevole a carico dello stato generale: esiste una blefarite bilaterale.

Non vi può essere dubbio sulla natura dell'affezione; si propone la turbinotomia inferiore bilaterale, che viene eseguita senza alcun incidente. Nell'intervento si è asportata, per un certo tratto, anche la mucosa ipertrofica che ricopre il pavimento e il setto nasale; dei vari frammenti si procede all'esame istologico.

Fissazione in alcool, inclusione in paraffina; colorazione con ematossilina ed eosina, e col metodo di Van Gieson.

Le sezioni ottenute dalla mucosa del turbinato di sinistra già a piccolo ingrandimento risultano essere formate da diversi lobuli di tessuto mixomatode, tutti contornati da alto epitelio cilindrico vibratile.

Nel tessuto fondamentale si hanno, egualmente spaziate, numerose aperture di vasi sanguigni e rare glandole mucipare. Si nota qualche zona di infiltrazione cellulare, specie nei lobuli minori. Negli spazi fra lobuli adiacenti si trova sangue effuso, nel quale si osservano diversi elementi cellulari sfaldati o si vedgono alte cellule dell'epitelio vibratile.

In complesso si ha il quadro istologico della comune rinite ipertrofica, a tipo papillare: quella che per alcuni autori va col nome improprio di *microangiomi diffusi verrucosi della mucosa di Schneider* (Barbier, Tesi di Lione 1888-89).

Le sezioni ottenute dalla mucosa che riveste il pavimento e il setto appaiono più colorate al centro e verso la base d'impianto, meno colorate alla periferia, verso il bordo libero della produzione. La più intensa colorazione è dovuta alla presenza di molti acini glandolari (gl.

mucipare) con i relativi dottolini escretori, così da offrire l'aspetto di un tessuto adenomatode (v. fig. 1); in alcuni tratti le glandole sono raccolte, ordinate e addossate le une alle altre, quasi a formare dei racemi.

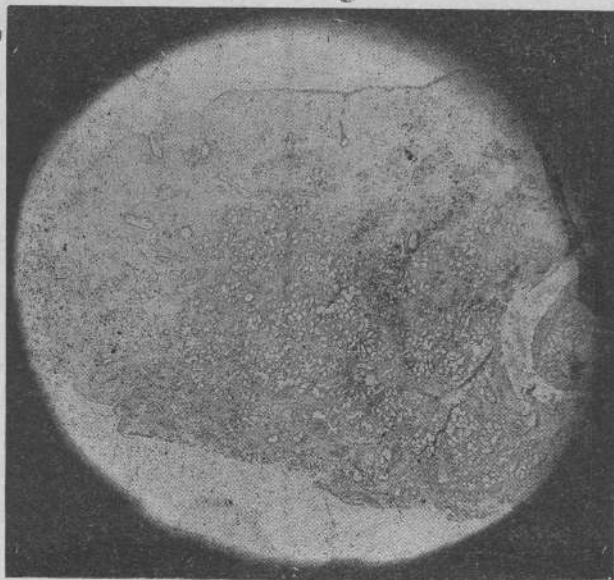


Fig. 1—Aspetto d'insieme di un lobulo della mucosa ipertrofica in corrispondenza del pavimento di una fossa nasale: cospicuo il numero delle glandole mucipare (Microfotografia, oc. 3, obb. 4).

La produzione è contornata da uno strato continuo di epitelio cilindrico vibratile, più o meno alto, il quale limita i diversi lobuli che all'esame diretto davano alla produzione aspetto papillomatoso. L'epitelio si mantiene così alto anche nelle invaginature della superficie, che formano delle cripte e dei solchi divisorii fra i lobuli singoli. Fra il rivestimento epiteliale e il tessuto adenomatode si trova tessuto arcolare mixomatode e del connettivo giovane, con aperture vasali e qualche accenno a infiltrazione parvicellulare.

*
* *

Mentre i processi flogistici cronici ipertrofici o iperplastici della pituitaria presentano manifestazioni più accentuate in corrispondenza della parete esterna delle fosse nasali — e però l'esame di questa è il più importante dal lato semiologico — il

setto al contrario è più facilmente colpito da lesioni specifiche, tubercolari, luetiche e scleromatose.

La mucosa del setto diviene solo di rado sede di alterazioni flogistiche e croniche; si è anche dubitato che taluni ispessimenti osservati in tale regione fossero da considerarsi quale espressione di una localizzazione del catarro cronico del naso o di un suo esito e si pensò a un errore d'interpretazione nel quale altri sarebbe incorso confondendo le lesioni prodotte dal rinoscleroma con la tumefazione flogistica banale del setto.

Quanto è certo, ad ogni modo, si è la rarità di questa estensione del processo ipertrofico e la scarsità dei documenti relativi nella nostra letteratura.

Ferreri nell'*Indirizzo pratico alla diagnosi e cura delle malattie nasali* (p. 105) riferisce il caso di una pronunciatissima ipertrofia circoscritta alla mucosa di rivestimento del setto. Moure, nel suo libro su *Le coryza atrophique et hypertrophique* (p. 169), afferma che le diverse alterazioni flogistiche che vennero riscontrate sul turbinato inferiore possono pure risiedere sulla parete interna delle fosse nasali; sebbene, in tal caso, la regione ispessita assuma un diverso aspetto in confronto delle altre.

Come abbiamo rilevato dall'esame istologico del nostro caso, la ipertrofia della mucosa che riveste il pavimento e il setto presenta qualcosa di particolare.

Fatto caratteristico si è che *in questa forma di ipertrofia diffusa della mucosa nasale hanno molta parte nel processo le glandole proprie di quella*. Questo fatto era stato già notato, nel suo caso, da Clerc.

È noto come la mucosa nasale presenti una quantità considerevole di glandole: Sappey ne calcolò 30-50 per cm²; ma è strano che nella costituzione delle neoformazioni intranasali—siano di origine infiammatorie o veri tumori—l'elemento glandolare abbia parte molto secondaria, rispetto a quella assunta dagli altri elementi costituenti la mucosa nasale.

Su 150 casi di tumefazione flogistica cronica della stessa, studiati da Della Vedova e Clerc, se nella massima parte esistevano glandole in abbondanza, in un caso solo il tessuto glandolare assumeva sviluppo abnorme. In quelle comuni

forme di tumefazione cronica della mucosa nasale l'elemento costitutivo preponderante è rappresentato da tessuto connettivo e vascolare, sanguigno e linfatico.

Clerc descrisse poi un caso in cui acquistavano particolare importanza—oltre l'aumento quantitativo dei tubi glandolari—i processi d'ipertrofia interessanti i singoli elementi costitutivi della glandola, accompagnati da segni di attività funzionale esaltata delle cellule mucipare. Le note infiammatorie erano poco o punto manifeste. L'epitelio di rivestimento era intatto e provvisto di un'esile membrana basilare; lo stroma, immediatamente sottoposto, presentava scarsa infiltrazione di cellule rotonde mononucleate, in prevalenza eosinofile; negli strati più profondi si osservavano il tessuto cavernoso e la rete venosa ridotti a modesti proporzioni.

L'assenza di fatti d'imbibizione sierosa della mucosa—presso che costante nelle diverse forme di rinite cronica—ha concorso in tal caso (nota ancora Clerc) a conferirle un particolare carattere di aumentata consistenza, tale da rendere più complessa la diagnosi clinica dell'affezione e da far sospettare, a un primo esame, un infiltrato tubercolare.

*
* *

Merita infine qualche considerazione un sintoma presentato dalla nostra inferma; e cioè la facile lacrimazione a cui andava soggetta. Questo fatto si spiega richiamando alla mente la struttura anatomica del canale naso-lacrimale e quanto abbiamo osservato alla rinoscopia anteriore: il meato inferiore era invero occupato dalle masse papillari della mucosa ipertrofica, le quali dovevano occludere lo sbocco del canale nasale (1).

Basta appena accennare allo stato delle nostre conoscenze circa il comportarsi delle così dette valvole di detto canale. Il reflusso di sangue da punti lagrimali dopo il tamponamento delle fosse del naso per epistassi mostra come quelle siano

(1) E. Aubaret—*Appareil lacrymal* (Dictionnaire de physiologie, di Ch. Richet, t. IX, Paris, Alcan, 1913, 741-768).

A. Bert—*Les valvules lacrymales sont-elles suffisantes?* (Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris, janvier 1901).

spesso insufficienti. Non di rado all'orificio inferiore del canale nasale, invece di una continente *valvola di Bianchi* — detta anche di *Hasner* o di *Cruveilhier* — si ha un pertugio largo e beante; e *Aubaret* aspirando con un tubo a T applicato in sua corrispondenza vide che in 66 casi era insufficiente, di fronte a 22 che erano sufficienti.

È bene tener presenti questi dati, che spiegano molti fenomeni riguardanti la patologia del naso, delle vie lacrimali e della congiuntiva.

BIBLIOGRAFIA.

- G. Bilancioni. — Etmoiditi produttive (Atti della Clinica otorinol. dell'Un. di Roma, 1914).
- S. Citelli. — Sulla presenza di corpi ialini nella mucosa iperplastica del turbinato inferiore e sul loro significato (Arch. ital. di otol. XII, 1901-2, 312).
- Sulla presenza di ghiandole mucose pluricellulari nella mucosa del cornetto inferiore iperplasico (Giorn. della R. Accad. Med. di Torino, 1902).
- Zur pathologischen Anatomie der hypertrophischen unteren Nasenmuschel (Arch. für Laryng., XIII, 1902, II. 1).
- L. Clerc. — Iperptrofia ghiandolare diffusa della mucosa nasale (Boll. delle mal. dell'orecchio ecc., 1918, 141).
- Della Vedova et Clerc. — Contribution à l'histopathologie des rhinites hypertrophiques (Revue hebdomadaire de laryng., 1908, n. 41).
- Kubo. — Ueber die Entstehung der sog. lappigen Hypertrophien der Nasenmuscheln (Arch. für Laryng., XIX, H. 2).
- Schoenemann. — Zur Pathologie und Therapie der chronisch hypertrophischer Rhinitis (Korrespondenzblatt f. Schweiz. Aerzte, 1917, n. 18).
- A. Malan. — Iperptrofia ghiandolare — Adenomi — Adenocarcinomi del naso (Arch. ital. di otol., XXVI, 1915, 69).
- T. Teppati. — Contributo all'istopatologia della rinite ipertrofica (Atti della Clinica otorinol. della R. Univ. di Roma, Roma 1903).
- A. Trifiletti. — Un caso di anomalia dei cornetti inferiori nasali (Arch. ital. di laring. IX, 1889, 117).

