



DI UNA FORMA NON COMUNE

DI TUMORE DELLA CUTE

STUDIO ANATOMO-CLINICO

PEL DOTT. ROBERTO CAMPANA

Insegnante pareggiato di siflografia e dermatologia; già coadiutore di Clinica;
Socio onor. dell'Accademia Med: chir:

(Estratto dagli atti dell'Accademia Medico-Chirurgica)



NAPOLI

TIPOGRAFIA PISCOPO

Largo Avellino num. 7.

1877

Ch. prof. Galoppi

benaggio

benaggio

DI UNA FORMA NON COMUNE

DI TUMORE DELLA CUTE

STUDIO ANATOMO-CLINICO

PEL DOTT. **ROBERTO CAMPANA**

Insegnante pareggiato di sifilografia e dermatologia; già coadiutore di Clinica;
Socio onor. dell' Accademia Med. chir.

(Estratto dagli atti dell' Accademia Medico-Chirurgica)



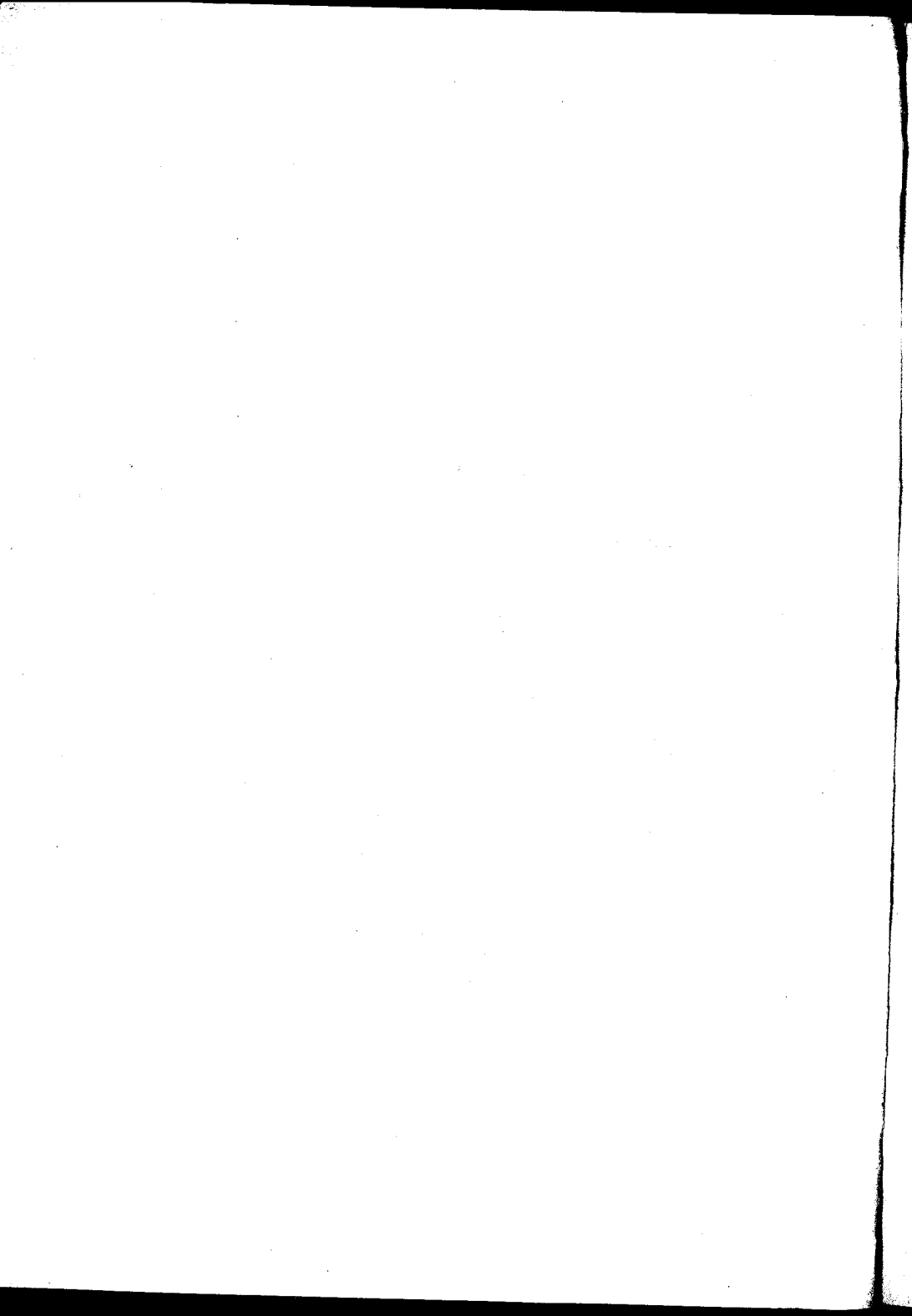
NAPOLI

TIPOGRAFIA PISCOPO

Largo Avellino num. 7.

1877

*M. S.
n. 6. h*



Salvatore di Domenico di Napoli, di anni 60, ammogliato, ma senza prole, di mestiere cambiamonete, proveniente da genitori morti in età avanzata per morbi non neoplastici—dice di aver goduto sempre buona salute; e che avendo dall'infanzia sul volto e sulla cervice delle piccole escrescenze, alcune delle quali da noi riconosciute presentemente per verruche acquisite (*perstans*), non vi ha risentito mai fastidio di sorta fino a circa tre mesi or sono o poco più.—Da questo tempo ha cominciato ad avvertire una certa molestia nella verruca esistente nella regione cervicale, per leggero stimolo che vi produceva sopra il solino, dopo che nella medesima si era andata sviluppando una piccola eminenza conica e dura. Riferisce ancora che contemporaneamente o poco di poi da che si avvide di ciò, la verruca andò crescendo prima lentamente e poi in un modo più manifesto, fino a che ha assunto il volume che vedesi tuti' ora.

L' infermo non ha riportato sul tumore alcuna percossa od altro fatto traumatico; non lo ha visto mai infiammato od escoriato.

È uomo di valida costituzione, di statura alta, sviluppo scheletrico e muscolare vantaggioso, con cute ben nutrita, regolarmente pigmentata; ma povera di pannicolo adiposo sottostante. Nulla ha nelle appendici cutanee: capelli, peli, unghia; — nulla nelle mucose accessibili e nelle glandole linfatiche: sani gli organi interni.

Il medesimo presenta sul volto due piccole prominenze papuloidi, lentiformi, a superficie granulata, di colorito un pò più oscuro della cute circostante, e di consistenza più dura di essa; non dolenti; fornite di qualche pelo lanuginoso.

Nel mezzo della regione cervicale, alquanto in basso, si vede un tumoretto pendulo, della grandezza di una piccola noce, rotondo, liscio, simmetrico; — fornito nella sua faccia anteriore, nel punto diametralmente opposto alla sede del picciuolo, di una appendice conica, lievemente flessa su di un lato. Il tumore è di un colorito rosso fosco, interrotto da strie grigiobiancastre ramificate; è molle, pastoso, elastico; poco sensibile e poco dolente alla pressione; ha le apparenze come di una pallottola di tartaro di botte chiusa in una buccia sottile, tesa e lucida. — L'appendice sovrastante è dura, cornea, grigiognerastra, scabra, insensibile, immobile sul tumoretto, al quale è adesa: gli strati superficiali di essa si continuano colla epidermide del tumore. Il picciuolo di questo è molto breve; appena misura qualche linea; ha la spessezza di un cannelo di penna di oca; — si continua colla cute normale sottostante, senza presentare nel punto d'impianto differenza alcuna di colorito o di consistenza.

Qui non enumererò le idee che mi vennero nella mente sulle possibili fasi dell'antica verruca; nè le probabili interpretazioni di quella forma di tumoretto non ordinario; solo aggiungerò che il concetto più accettabile sulla sua natura mi parve quello di una *verruca sarcomatosa ricca di vasi*.

Con questa idea lo asportai, interessando col taglio un' aia poco più larga del perimetro del picciuolo; ligai con un punto di sutura in massa i pochi vasellini beanti e medicali per suppurazione. — Dopo alquanti giorni è avvenuta la cicatrice in piena regola, senza residuo di infiltrazione, nè di pigmentazione, nè di stato angiomaso.

Volendo esaminare il tumore lo divisi in due parti eguali, con un taglio che passava per il mezzo del picciuolo e nel mezzo dell'appendice cornea. — La differente resistenza dei tessuti, abbenchè avessi adoperato un coltello a lama larga e sottilissima fece sì che, pervenuto il tagliante sull'appendice corneiforme, questa si distaccò in parte. Allora la allontanai in totalità, dopo di aver notato che gli strati più esterni di essa facevano continuazione non interrotta colla epidermide

del tumore quà e là screpolata. Immersi tutto nel liquido di Müller, da cui, dopo poche ore, estrassi di nuovo l'appendice per esaminarla sia in questo stato sia altrimenti, come dirò poi. — La massa del tumore fu tenuta per alcuni giorni in detto liquido, d'onde fu poi passata nell' alcool ordinario e nell' alcool assoluto.

Premesse queste notizie credo utile di dire qualche parola sullo stato della superficie del taglio del tumore, per quindi venire alla descrizione istologica.

In questa superficie esso appare come una massa molliccia, di color rosso vinoso fosco, su cui radendosi, si asporta una tenuissima quantità di un materiale rossiccio molle, che risulta in gran parte di corpuscoli ematici e di poche cellule fusiformi, rotonde e brani fibrillari. — Non si schiaccia facilmente colla pressione; è circondato totalmente, anche in corrispondenza del picciuolo e dell'appendice, da una capsula sottile bianchiccia, la quale manda di tanto in tanto dei sepimenti nello interno del tumore, sotto la forma di ramificazioni bianco-opaline, visibili a preferenza per gli avvallamenti che producono nel loro cammino sulla massa del tumore stesso, la quale in alcuni punti presenta un colore oscurissimo, come caffè abbrustolito. — Il picciuolo è bianco omogeneo.

L' appendice cornea presenta le seguenti modificazioni. Formata da un cono cavo, a pareti dure e spesse, è divisa, nel suo interno, in due scompartimenti, l' uno superiore l' altro inferiore. Lo spartimento inferiore, più ampio, (Fig. 1. b) è ripieno in parte di strati di materiale corneificato e di detrito biancastro untuoso. Il superiore, più piccolo, è simile al primo; — contiene minor quantità di detto materiale e due peli corti ed esili, che fuoriescono alquanto obliquamente dal suo interno.

Esame microscopico

Esaminando al microscopio quest'appendice, con tagli secondo il suo asse principale, dopo un' apposito adattamento di essa, mercè soluzione carica di gomm' arabica, fatta condensare in alcool semplice a 40, su acconcio midollo di sambuco, ho avuto i seguenti risultati. Tutta la sua massa è costituita da elementi degli strati epidermoidali, di cui i più esterni addossati strettamente tra di loro, senza nucleo, difficilmente districabili; ai quali seguono, a strati a strati, con apparenze progressivamente più distinte, cellule con nuclei poco distinti e protoplasma granuloso, poi cellule con nucleo me-

glio distinto, e, sebbene molto schiacciate nel senso trasversale ed allungate nel senso longitudinale, serbano in molti punti la figura ed i caratteri delle cellule del *reticolo malpighiano*; essendo fornite di nucleo ovale di protoplasma con appendici dentellate (Schultz), o porocanali (Schrön) — Nella parte più profonda, in quella che limita i sud-descritti due cavi, le cellule epidermiche non sono tutte riconoscibili; invece vi si vedono delle masse di apparenza fibrillare, di colorito identico alle cellule dello strato corneo più superficiale; senza traccia di apparenze nucleari allo interno, e di apparenze corpuscolari ai margini e negli interstizii; le quali masse si rigonfiano notevolmente colla soluzione di potassa caustica (1:100), e non si modificano colla soluzione di acido acetico. — Queste masse formano prima un sottile strato che fa continuazione non interrotta colle cellule suddescritte, e poi, a misura che si avvicinano al cavo, costituiscono una specie di rete irregolare, che va a finire dopo di aver formato diversi strati. Entro questo reticolo si vedono dei granuli di varia grandezza, alcuni oscuri minutissimi, altri lucidi a contorni bene apparenti, più grandi; detti elementi spariscono se trattati con potassa caustica, eccettuati pochi, che sono quelli i quali si colorano colla ematoxilina, ma che non rappresentano forme cellulari. Questo materiale è identico pei suoi caratteri microscopici al contenuto delle due cavità dell'appendice in esame, di cui questa specie di rete non ne forma che il contorno.

Esaminando la massa principale del tumore, cioè la parte molle, si notano le seguenti particolarità.

La capsula è costituita da elementi epidermoidali molto strettamente uniti, tanto dello strato corneo come dello strato reticolare; e non vi si osservano tracce di forme glandolari nè di sollevamenti papillari: solo nella parte che è vicina al picciuolo si vedono qualche residuo di glandola sebacea, nonchè le papille molto cresciute e gli zaffi interpapillari corrispondentemente aumentati. Il reticolo malpighiano si presenta colle sue cellule poligonali un pò schiacciate d'alto in basso, più grandi e più pigmentate dell'ordinario; in molti il nucleo è cresciuto di volume; presenta infiltramento torbido ed in pochissimi idrope nucleare a forma di mezzaluna. In diversi tratti si osservano delle propagini epidermoidali, che seguono, per una certa estensione, i setti provenienti dalla capsula e che dividono i lobi del tumore; propagini che hanno la lunghezza fin circa il decuplo di un zaffo interpapillare normale. In pochi tratti difettano le cellule più profonde del reticolo; e le cellule cilindroidi di esso sono molto sformate ed accorciate.

Al di sotto di detti strati il tumore fa vedere che il derma è variamente conservato: in alcuni tratti se ne vede una semplice traccia in poche masse collagene larghe e trasparenti, variamente intrecciate, con scarsi endotelii e cellule linfatiche; in altri ne persiste una sufficiente quantità; e vi si osserva che la parte corrispondente dello strato papillare è fatta da laschi fasci connettivali, i cui spazii lacunari presentano non solo elementi endoteliali aumentati, ma ancora cellule di granulazioni in mediocre quantità. A misura che si discende ad osservare gli strati più profondi, le masse collagene si trovano diminuite, e cresciuti gli elementi infrapposti, i quali, in parte, si presentano di forma oblunga, fusata. Anche più in basso questi elementi si fanno più abbondanti. Allora il tumore assume una struttura che si conserva più omogenea in quasi tutta la sua estensione; e questa struttura si riassume in poche fibre collagene presentantesi in determinati punti, masse di elementi cellulari fusiformi e rotonde, nuclei e vasi sanguigni. Le cellule rotonde, esaminate isolatamente, presentano un protoplasma poco appariscente, un nucleo molto grande ed intensamente colorabile; le fusiformi hanno una mediocre grandezza, sono fornite di nucleo ovale, piuttosto grande, e di nucleoli poco apparenti; con protoplasma granuloso in alcune, ialino in altre, finalmente pigmentato in altre. Gli elementi fusiformi hanno quasi tutti la medesima grandezza; sono addossati tra di loro e disposti, per lo più, parallelamente, formando dei fasci, che alla loro volta sono disposti in differenti direzioni. Fra questi fasci e quelli fatti da connettivo con cellule rotonde si vedono dei depositi di un pigmento finissimo, il quale in alcuni punti va a confondersi con dei corpuscoli ematici, senza formare però dei cumoli compatti e molto appariscenti; si osservano pure delle abbondanti masse di corpuscoli sanguigni, ora allogati semplicemente negl'interstizii tra una massa cellulare e l'altra (spandimenti sanguigni); ora in ispazii cavernosi forniti di endotelio come quello dei capillari; ora in vasi forniti di endotelio con parete connettivale apparente. E queste due ultime forme costituiscono la parte prevalente della massa del tumoretto. Gli elementi sanguigni contenuti nell'interno dei vasi e spazii cavernosi sono di aspetto normale; pochi di quelli degli interstizii hanno perduto il loro colorito normale e presentano all'intorno dei granuli finissimi rossobruni.

In un' esame a piccolo ingrandimento, volendo tener conto delle proporzioni in cui si trovano le parti vascolari e le masse cellulocnnettivali, troviamo che esse si equilibrano, essendo però in maggiore abbondanza le parti vascolari nei punti più oscuri, ed inversamente in

quelli più chiari. Il picciuolo è fatto da tessuto fibroso con pochi vasi venosi ed arteriosi.

Considerazioni

1.º Quale è la natura di questo tumoretto?; 2.º) come possiamo spiegarcene la evoluzione?; 3.º) i fatti istologici sono in rapporto coi fatti clinici?; 4.º) quali giudizi si possono trarre dallo studio di esso in relazione a tumori apparentemente simili?; 5.º) quali altre poche considerazioni possono consigliarci il suo studio? Queste dimande ci paiono utili a fare, studiando il piccolo tumore con una analisi un pò diffusa, consigliativi dall'aver voluto esporre la via tenuta nello esame clinico ed anatomico di esso.

I.

Quanto alla massa principale (la parte molle del tumoretto), non vi ha dubbio che si tratti di una forma sarcomatosa fusocellulare con de' vasi e lagune cavernose; le quali esistendo in una proporzione certamente non disprezzabile, fannod efinire il neoplasma quale *verruca-sarcomatosa-cavernosa*; e con questo concetto rimane anche rischiarata la genesi. L'appendice corneoide poi è fatta da una produzione cistica, la quale vuol essere considerata come epidermica; perchè al di sotto di essa (tra se e la massa molle del tumore) per quanti tagli abbia praticato, ho avuto sempre uno strato limitante di reticolo del Malpighi: e si sà che i tessuti provenienti dalla membrana blastodermica esterna, cioè gli epiteliali, non possono produrre che elementi di detta specie e non d'altra.

II.

La detta produzione cistica è costituita, secondo a me pare, da un milio. Non credo possa trattarsi di degenerazione degli strati profondi epidermoidali, di una fase molto simile a quella che si verifica nel molusco contagioso; perchè non vi trovo quei corpuscoli cornei speciali, giudicati variamente nella genesi loro da Virchow (1), Retius (2), Biz-

(1) *Patologie des Tumeurs.*

(2) *Nord: med: Ark: Bd: 11, 1870.*

zozero e Manfredi (1), Boeck (2); Lukomsky (3) e meglio da Bizzozero e Manfredi (4) e Kaposi (5); e perchè non vi ha traccia di capsula di connettivo, la quale in dette forme, in secondo tempo, non suol mancare. Nè si può parlare di ateroma; perchè, come si è detto, non si rinviene traccia di connettivo nelle pareti, le quali, in tal caso, ne dovrebbero essere provviste.

E d'altro canto il concetto di milio sta in accordo coll'abbondante corneificazione; poichè, come nota il Virchow, gli elementi in esso, talvolta, nella loro abbondanza, sono così disposti da risultarne una struttura analoga a quella di una cipolla, per sovrapposizione di differenti strati attorno un punto mediano — piazzato un pò eccentricamente. Che, poi, non solo la quasi assenza di glandole sebacee, ma la natura stessa della cisti miliare di ritenzione, dieno ragione della superficialità di questa, non è qui da dilucidare con molte parole; anche per far intendere che una volta formatosi il milio, abbiano partecipato alla corneificazione e degenerazione adiposa eziandio le cellule del reticolo del Malpighi, circostanti al milio istesso; d'onde quello aspetto fibrillare, reticolato del tessuto corneificato corrispondentemente al reticolo Malpighiano medesimo (come si vede nella struttura di ogni produzione cornea (6)); d'onde la spiega perchè non si ritrovi attorno a questo milio traccia di connettivo; essendocchè la proliferazione epidermoidale follicolare è stata quella che ha fatto barriera a quel pò di connettivo che circonda la glandola sebacea istessa, oppure lo ha compresso e fatto atrofizzare.

La idea, poi, emessa per la detta produzione avente le apparenze di un corno cutaneo, corrisponderebbe a quella che si ha di uno dei due modi di genesi dei corni medesimi, ammessi da autori (Foester (7), Berg (8)); val dire alla forma di origine glandolare, mentre un'altra sarebbe di origine papillare.

(1) Giornale delle malattie veneree e della pelle 1875.

(2) Vierteljahresschrift für Derm. und Syph. 1875 — Erstes Heft.

(3) Virchow's Archiv. Vol. 65, Heft: 11-1865.

(4) Sul mollusco contagioso. Studio anatomico-clinico di G. Bizzozero e N. Manfredi (con una tavola)

(5) Ueber das sogenannte » Molluscum contagiosum » Von Prof. Dott. Kap osi 1877.

(6) Foester—Atlas.

(7) Anatomia Patologica Trad. del Prof. del Monte.

(8) Fälle Hauthörner. Von R. Bergh-Archiv. für Dermatologie und Syphilis - V. Jahrg.: Zweites Heft.

Soltanto aggiungo che quantunque sia utile il comprendere sotto un sol gruppo differenti affezioni, che hanno attributi comuni, per la intelligenza scientifica di esse, pure a me non pare che si debba considerare un'appendice cornea cistica, o da milio (Virchow) o da ateroma che sia (Virchow, Foester, Berg), come un vero cornetto; perchè non ne riproduce che semplicemente la stratificazione degli elementi esterni e la natura di essi; mentre poi nella tessitura interna se ne differisce affatto; avendosi nell'uno sempre identici elementi, nell'altra una cavità cistica; — differenza, che, fino ad un certo punto, non esiste tra un corno di bruto ed un papilloma corneificato, nel quale la parte papillare rappresenta una minima frazione. Quindi noi, seguendo piuttosto la opinione di Pick (3), che tace della forma nascente da cisti e parla solo di quella che nasce da papilloma, sia che questo provenga liberamente dagli integumenti comuni, o nasca, come più di frequente, dallo interno di qualche glandola sebacea; aggiungiamo che nei casi, come quello descritto da noi, si debba parlare piuttosto di appendice corneoide che di altro.

III.

Essendosi svolta nella verruca, dopo un decorrere senza variazioni molto protratto, la fase da noi descritta, — possiamo solo dallo intervento di altre condizioni spiegare tre fatti di certo interesse nell'ultimo periodo di essa, e che, forse, altrimenti non sarebbero ben chiariti: il rapido crescere; la sua forma sferica; il suo colorito.

Sappiamo che nella cute possono nascere delle verruche colorate o non, aventi i caratteri che gli antichi attribuivano alle myrmecie; cioè che sono abitualmente sede di dolore, di punture, pulsazioni, bruciore ed anche rossore e calore; e, se sono estese, di secrezioni speciali; e si sa pure che al momento in cui crescono, presentano una proliferazione cellulare e nucleare molto estesa, che assume in seguito i caratteri comuni agli altri sarcomi.

Questo quanto a genesi in generale di alcuni tumori da verruche; quanto al loro colorito noi dobbiamo premettere alcuni ricordi sulle differenti pigmentazioni, per venir poi alla spiegazione di quello che troviamo nel caso nostro. Abbiamo quattro specie di pigmentazione.

1.° Pigmentazione semplice del reticolo malpighiano, senza modificazione notevole del derma;

2.° Pigmentazione del derma senza cangiamenti importanti nel reticolo del Malpighi e del resto dell'epidermide;

3.^a Pigmentazione del reticolo nei nei, verruche, indurazioni, iperplasie, senz'altro nel rimanente:

4.^o Pigmentazione del reticolo con pigmentazione simultanea del derma, il quale può essere inoltre tumefatto sotto la forma di neo, verruca, indurazione.

Nel melanoma si hanno pigmentazioni della 2.^a e 4.^a categoria, nei fibromi della 3.^a; ed in questi ultimi, arrivati a metaplasie, si verificano sarcomi e carcinomi incolori; mentre le forme melanotiche istesse producono questi medesimi tumori quale che sia stato, del resto, il colore del reticolo.

Abbiamo in ultimo che tutti i sarcomi, anche i bianchi ed i neri hanno dei vasi. Ciò che fu revocato in dubbio a proposito della melanosì, che si considerò come semplice deposito inorganico. Ma astrazione fatta della melanosì della epidermide, che parte molto soventi da verruche sanguigne e nei, tutte le melanosì hanno dei vasi, qualcuna di esse anzi ne ha un gran numero e molto grandi. Essi formano dei reticoli molto serrati, specialmente nella superficie. Ma possono avvenire delle emorragie nello interno di tali tumori e questi infarti possono divenire punto di partenza di nuove produzioni pigmentarie, che si fanno ben distinguere dal pigmento autoctono. In certi casi la distizione è difficile; e si comprende facilmente perchè qualche osservatore fa provenire tutti i pigmenti dai globuli del sangue. Il VIRCHOW dice: Io ho discussa questa questione, dimostrando che nel fungo teleangectode dei globuli di sangue penetrano nelle cellule e si trasformano ulteriormente in pigmento. Ma in questi sarcomi si trova, oltre del pigmento rinserrato dalle cellule, ancora un pigmento analogo libero, che proviene direttamente dalla metamorfosi dello stravasato interstiziale. Possono essere entrambi, e gialli, rossi, bruni, o bruno-scuro, e in questo caso possono essere confusi con pigmento autoctono. Io non posso dire se quest'ultimo si trovi in un rapporto qualunque colla ematina; ma in tutti i casi esso non procede da stravasato; e se non si perdono di vista le relazioni sue col pigmento normale dell'epidermide, della corioide, dell'aracnoide, si sarà sicuramente più inclinato ad ammettere che esso deva la sua origine ad un'attività metabolica delle cellule medesime. In ogni modo vi ha, dunque, sempre una certa differenza tra i tumori *melanotici* propriamente detti ed i tumori di *colorazione emorragica*; soltanto non bisogna obliare che questi due stati possono coesistere nel medesimo tumore.

Accennate le suddette idee generali, intendiamo facilmente le particolarità della storia clinica ed anatomica del caso in esame.

Nel medesimo, oltre della tendenza, in un dato periodo di questa specie di myrmecie, ad assumere una fase ed una evoluzione più distintamente sarcomatosa, specialmente se vi abbiano operate delle cagioni irritanti, che nel caso speciale, e per la sede del tumore e per la preesistenza dell'incipiente cornetto, non son potute mancare; certamente la vascolarità ha influito sulla rapida crescita e sul colorito; al quale contribuiva la maggiore pigmentazione del reticolo malpighiano e delle cellule sarcomatose; e questa vascolarità istessa influiva anche sulla forma del tumore, per la mobilità ed elasticità propria di un materiale liquido, come è il sangue in circolazione. Senza dubbio il pigmento che vedesi nelle cellule sarcomatose e negli interstizii è di origine ematica. Probabilmente le enunciate cagioni sono state quelle che hanno aiutato pure lo sviluppo del milio più verso l'esterno, impedendone la pressione eccentrica del contenuto, e la conseguente tensione periferica della capsula del tumore la crescita in dentro; — mentre poi la grande vascolarità del tessuto ha contribuito, fino ad un certo punto, alla moltiplicazione delle cellule epiteliali, di cui le più centrali, e che sono pure le più lontane dalla parte vascolare, hanno subito facilmente, per questa lontananza, la degenerazione grassa.

IV.

Al paragone con tumori simili, questo tumoretto presenta a considerare diversi fatti e dal lato clinico e dall'anatomico. Clinicamente, lo studio di questa forma ha un certo interesse; inquantochè essa non deve essere confusa con un'incipiente melanosarcoma idiopatico della pelle (1) il cui sviluppo assume, per l'ordinario, dei caratteri importanti e quasi speciali. Sebbene sia raro che questo melanosarcoma, giunto ad una certa grandezza, non abbia dato altre localizzazioni, che, nello inizio, si rivelano sotto lo aspetto di macchie; in ogni modo il colorito rosso-fosco di un tumore della cute, che in parte impallidisce sotto la pressione, come è nel caso in esame, non vuol essere confuso con quello grigio-plumbeo inalterabile affatto dei melano sarcomi puri; i quali, se sieno secondarii, non hanno una sede determinata di primo sviluppo; ma, se sieno primitivi, prendono origine nel dorso delle mani e dei piedi, non si presentano così pedunculati, molli e danno luogo presto a gravi sofferenze dolorifiche, immezzo

(1) Kaposi — Archiv für Dermatologie und Syphilis — 1872.

le quali non tardano molto a verificarsi le metastasi ed, in breve, la morte.

Questo tumoretto non potrebbe essere preso per un'angioma cavernoso, il quale abbia subito, in secondo tempo, una fase sarcomatosa; poichè, oltre che lo stato cavernoso dovrebbe essere in prevalenza, trattandosi di un tumore nello inizio, e si dovrebbe trovare qualche tratto con semplice angioma, come esistono dei punti ove si trova il solo sarcoma; poi detta fase non potrebbe essere ammessa nè per le notizie anamnestiche, nè perchè autori consentano a riconoscerla: che anzi il Ranvier (1) dice trattarsi, nei casi citati da Müller, per angiomi cavernosi maligni, certamente di sarcomi e di carcinomi con vasi dilatati, e non di angiomi divenuti sarcomatosi e carcinomatosi.

Nè potrebbe essere ritenuto per un fibroma molluscoide semplice, avendosi nel caso in esame una struttura sarcomatosa; nè per una cosiddetta elefantiasi *circoscritta telangettode*, in cui il tessuto connettivo cresce in vegetazioni a forma di otri o dentritica, colle quali l'aumento, la dilatazione e la neoformazione di vasi sanguigni corrono di egual passo; e vi si incontrano ancora, quà e là, cumoli di adipe fra gli zalli del tessuto connettivo che portano i vasi sanguigni — potendo in questi casi il tumore assumere la forma di un mollusco e di un lipoma. — Poichè oltre che nell'esempio in esame se ne differenzerebbe per la struttura fusicellulare di grossi tratti; se ne distinguerebbe pure, perchè non vi si trova ancora traccia di adipe, che in dette forme persiste; e per la non lunga durata dell'ultima fase del tumoretto; la quale, altrimenti, ancorchè fosse ignorata da noi, non avrebbe consentito la permanenza senza alterazione del tumore in un punto così esposto ai traumi. — È possibile che la fase intermedia tra la verruca ed il fibro-sarcoma, sia stata di un periodo che diremmo con Rokitansky di un tumore sanguigno cavernoso, (2) che si sia trattato transitoriamente cioè di quel che Virchow (3) e Kaposi, chiamano elefantiasi telangettode circoscritta, per non creare una categoria speciale di quei tumoretti che risultano di una struttura identica a quella di arti con elefantiasi congenita telangettode; ma in questo momento il tumore in esame ha forme sarcomatose — le quali non ammettono

(1) Ranvier et Cornil — Manuel d'Histologie pathologique — Virchow a questo proposito dice: « noi non abbiamo dolorosamente che troppe poche ricerche sulla » trasformazione si soventi alligata dalla telangettasia in fungo » (Tumours v. 2 p. 228)

(2) Lehrb: des path Anat.

(3) Path. des tumeurs. V. 1 — 315 e seg.

più la possibilità di iscriverlo in quelle categorie di transizione tra neoplasma ed ipertrofia; come ha opinato Kaposi, (1) quando ha annoverato nel capitolo elefantiasi la forma teleangectode di essa.

V.

Vogliamo ora rischiarare alcuni altri fatti istologici notati nel tumore. Che cosa rappresenta l'idrope parziale nucleare, notato negli elementi dello strato del Malpighi? (Fig. 5.^a); che quello sviluppo a zaffi degli elementi del reticolo medesimo, nei punti in cui la capsula dà dei sepimenti nella massa del tumore?. È risaputo che l'idrope nucleare non rappresenta altro che la partecipazione degli elementi a dei processi irritativi; sieno essi un superficialissimo catarro, o forme infiammatorie gravi; quindi quest'idrope non ha valore determinato alcuno, oltre della significazione, che detti elementi abbiano presa parte ad un processo irritativo. Invece potrebbe averne per la sua disposizione speciale; inquantochè fa vedere che quivi l'idrope non comincia dal nucleolo, ma dalla parte più periferica del nucleo; fatto che noi potremo meglio dimostrare in proposito di un'altra comunicazione sulla sclerosi iniziale sifilitica, che ci proponiamo di fare. E tutto questo per accennare alla opinione che la idropisia nasca sempre dal nucleolo non è assoluta; anzi, nei casi fin' ora da me osservati, non mi è parsa di facile dimostrazione.

Lo sviluppo degli zaffi epidermoidali può trovarsi, come si sa, in ogni processo neformativo o flogistico, specialmente se una lieve trazione ne facilita, a preferenza, lo allungamento; come accade nel condiloma acuminato, ove sono le propagini epiteliali e connettivali che s'innalzano, mentre poi l'estremità inferiore degli zaffi epiteliali è tenuta fissa dai rapporti di adesioni colle parti sottostanti. E tale sviluppo contemporaneo a quello dell'appendice corneide, serve a dimostrare le relazioni di funzionalità dei diversi tessuti sotto date condizioni patologiche.

VI.

Esaminando le opinioni dei diversi autori che si sono occupati di dette forme, troviamo di particolare che Lebert (2) descrive la forma cli-

(1) Handb. des Sp. Path. und Therap. des Hautkrankheiten; Zweiter theil. Erlangen 1870 pag. 113 e seg.

(2) Anatomia Patologica — Parte speciale.

nica e macroscopica delle verruche sarcomatose. Il Foerster (1) descrive solo la forma macroscopica, senza accennare specialmente alla istologia dei sarcomi della cute e delle verruche sarcomatose. — Weber (2) considera i sarcomi della cute come verruche molli congenite (neo maligno), la cui struttura corrisponde a quella di un tessuto di granulazione, al quale non di rado si congiunge un forte sviluppo pigmentare; mentre per le altre forme non si esprime, rimettendosi alla trattazione generale dei tumori, che ne fa il Lüke. — Il quale (3) intanto, accettando le idee di Virchow, dice che sulla cute si hanno sarcomi melanotici e verruche sarcomatose (sarcomi papillari), le quali risiedono nella pelle con largo impianto e si elevano alla superficie in forma piatta. » Queste seconde si trovano fatte di piccole cellule e di sostanza intercellulare molle, finamente granulosa. Le cellule possono essere rotonde e fusiformi, contengono nuclei ovali con nucleoli lucidi; i vasi sanguigni sono talora notevolmente sviluppati. Lüke soggiunge che pel Virchow questo tessuto delle verruche debba essere considerato come una specie di tessuto di granulazione persistente. Del Virchow (4) istesso ne abbiamo accennato già le opinioni al Cap. III. — Il Köbner (5), descrivendo due casi di sarcomi fusicellulari della cute, ricorda la rarità di queste forme e le poche conoscenze precise al riguardo. — Di questi due casi uno proveniva da metaplasia di un neo ipertrofico. — Kaposi (6) avendo parlato già delle verruche nel capitolo delle ipertrofie della cute, enumera, nel capitolo sarcoma, solo la forma pigmentaria, come tipo clinico. — E di questa forma, di cui non è qui luogo di trattare, hanno già parlato molti autori. — Billroth, infine, (7) dice che i sarcomi fusicellulari sieno più frequenti delle altre forme nella cute e non si estende punto a dire della loro differente vascolarità. Opinione contraddetta molto recentemente da Birch Hirschfeld (8), notomista patologo, che enumera, per la cute, i sarcomi a cellule rotonde e pigmentate, e, come forma rara, i sarcomi fusicellulari. Il mio maestro Tanturri, il cui lavoro veniva pubblicato quando io aveva letto e consegnato questo mio scritto all' Accademia, per cui son dolente di non potermene maggiormente valere per dilucidare le cose da me dette —

(1) Traité d' anat. path. —

(2) Enciclopedia chirurgica di Pitha e Billroth V. II, p. II; S. V.

(3) Ivi. Dottrina dei tumori vol. II, P. 1. sez. IV.

(4) Geschwist.

(5) Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1870.

(6) Id. ib. 1872.

(7) Patologia generale chirurgica — Traduzione del Prof. Antonelli.

(8) Lehrbuch des pathologische Anatomie 1877 pag. 441.

in ultimo, si esprime nel modo che riporto nella breve nota qui sotto segnata (1).

Dalle citate opinioni si vede che quantunque le verruche sarcomatose si presentino non di rado; pure le loro apparenze e struttura non sono sempre tipicamente le stesse, e non sempre spiegabili al medesimo modo: e, qualunque si sia la opinione che si voglia abbracciare per la spiega di queste modalità, il caso in esame pare debba avere una certa importanza pel suo complesso morfologico, per il suo modo di svolgersi, per la sua struttura angiosarcomatosa fusicellulare, per l'appendice che lo accompagna, per i pochi esempj che la

(1) Riportiamo la descrizione anatomica, poichè la forma clinica è in gran parte quella delle altre specie di sarcomi idiopatici della cute, salvo le modalità dipendenti dallo stato angiomatico; eppoi la forma concisa colla quale è esposta esigerebbe che si riportasse il lavoro come è; pel che preghiamo i lettori di cercarlo nel *MORGAGNI*, Anno XIX — Dispensa VII, 1877 — Dunque trascriviamo una delle tre descrizioni microscopiche, la quale in gran parte compendia, diremmo, le altre.

» Nel terzo nodo, di aspetto verrucoide, calloso, si trova lo strato esterno della
» cute enormemente ingrandito, ha le apparenze del callo, e risulta da cellule allun-
» gate dove non si trovano nuclei, e sembra che formino fasci fibrosi. Nello strato
» malpighiano si osserva una ipertrofia in alcune parti, in altre atrofia; in generale
» nello stroma è cancellata ogni traccia delle papille e, relativamente, degli zaffi epi-
» teliali; tuttavia i confini nel corion sono conservati chiaramente e le cellule epi-
» liali sono nucleate e disposte in palizzata, benchè alquanto alterate nella loro si-
» tuazione. Le glandole sebacee, i canali ed i gomitol sudoripari, i follicoli dei peli
» mancano completamente. Nello stroma del corion, nello strato superiore vi è for-
» mazione di cellule rotonde con nuclei, cellule fusate con prolungamenti sottilissimi,
» che si riuniscono tra di loro, vi è un tessuto fibrillare tenuissimo e leggermente
» granuloso. Vi sono ancora cumoli di pigmento giallo-verdastro, granuli sparsi dello
» stesso colore. È evidente che parecchie cellule penetrano nel tessuto unitivo e sono
» divise da una rete finissima. *In prosieguo nello strato vascolare, tra le cellule fusate*
» *appariscono fibre di tessuto unitivo, cellule rotonde od irregolari con o senza nuclei.*
» Nella totalità dello strato vascolare e reticolare vi sono spazj rotondi di grandezza
» diversa, piccoli, grandi e romboidali, pieni di globuli sanguigni, compatti, privi di
» pigmento, le pareti dei vasi che corrispondono a questi spazj presentano tumefa-
» zioni endoteliali e numerose cellule, rotonde e nuclei nell'avventizia. Fra di essi
» corrono fasci di tessuto unitivo gonfiati e penetrati da numerose cellule, nucleate,
» rotonde e fusate e nuclei. Vi sono cumoli di pigmento, altri in cumoli come cel-
» lule piene di granuli pigmentari giallo-verde. Anche nello strato vascolare le alte-
» razioni sono intense per numero e per la loro confluenza ed incominciano dallo
» stroma sottopiteliale: nei capillari che sono nello strato superiore, nel tessuto
» spettante allo strato papillare, vi è aumento dei nuclei della membrana ed interno
» ad essi vi sono cellule rotonde nucleate.

» La costituzione del tessuto corrisponde ad un sarcoma parvicellulare angioma-
» toso con pigmentazione ».

letteratura possiede di osservazioni positive, che determinino il modo di svolgersi di essi; se cioè da semplice verruca o da angioma, e la natura del tumore che ne è seguito; se, cioè, sarcomatosa o carcinomatosa.

Questo studio è stato compiuto nello Istituto di Anatomia Patologica diretto dal Comm. Prof. SCHRÖY, e debbo a lui ed al Prof. ARMANNI le più sentite azioni di grazie per la gentilezza con cui hanno posto a mia disposizione il bisognevole, in questa come in ogni altra circostanza.

39120

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Figura 1.^a

Grandezza naturale

SEZIONE DEL TUMORETTO

- a) Parte angio-sarcomatosa.
- bb') Parte cornea, coi due cavi, di cui uno (b') che dà uscita a due peli.

Figura 2.^a

Ingr. obb. 4, ocul. III.

TAGLIO DELLA PARTE CORTICALE DEL TUMORE

- a) Strato corneo.
- b) Strato del Malpighi.
- c) Corion papillare con vasi dilatati e mediocre infiltramento granulomatoso (struttura fibromatosa lasca).
- d) Strato profondo con cellule prevalentemente fusiformi, ammassate in basso (struttura sarcomatosa).

Figura 3.^a

Ingr. obb. 4, ocul. III.

Struttura angio-cavernosa del tumore in punti periferici, ove persiste tuttavia tessuto connettivo in fasci, con abbondanti elementi di granulazione.

- a) Parenchima fibro-granulomatoso.
- b) Vasi e lagune.

Figura 4.^a

Ingr. obb. 7, ocul. III.

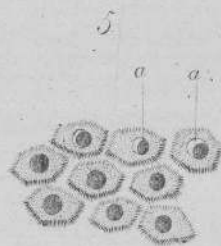
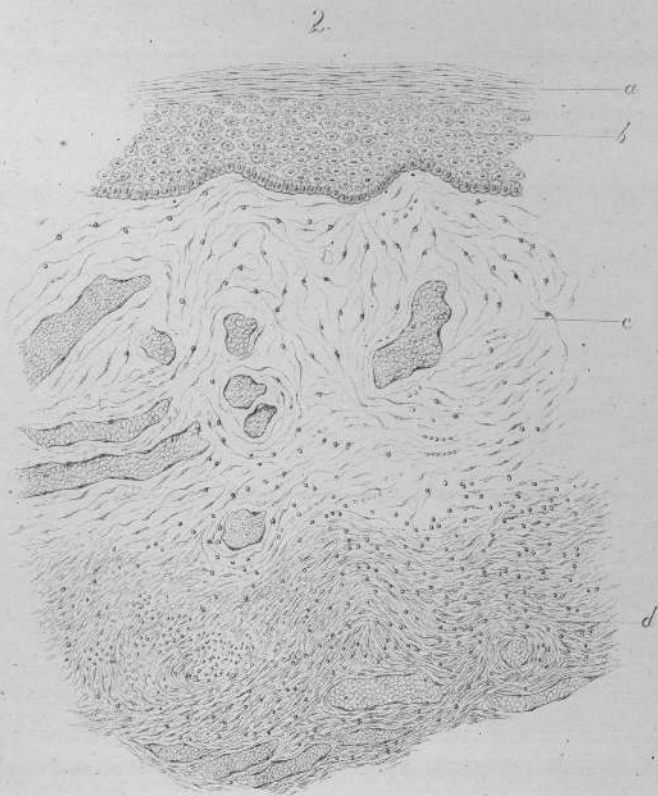
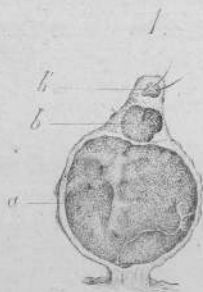
Struttura angio-cavernosa-sarcomatosa.

- aa) Fasci di cellule sarcomatose fusiformi circondanti i vasi e le lagune vascolari.
- bb) Lagune vascolari e vasi.

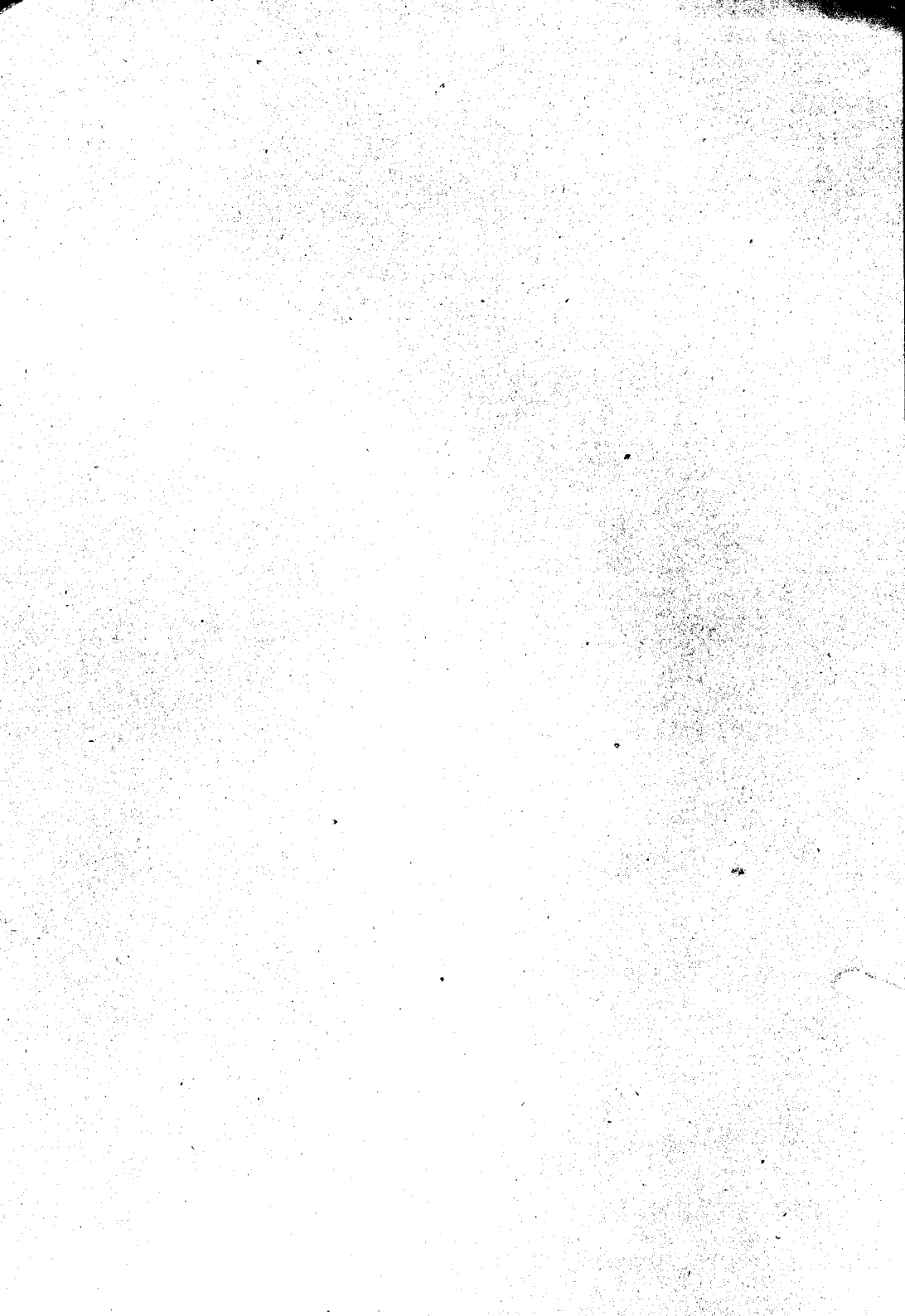
Figura 5.^a

Ingr. obb. 8, ocul. III.

Elementi del reticolo di Malpighi i cui nuclei, in alcuni (a,a), con idrope semilunare.







ALTRE PUBBLICAZIONI DELLO STESSO AUTORE

- Del collodion nella epididimite blenorragica (Morgagni 1869).
Di una osteoperiostite gommosa della parete orbitaria inferiore e suo metodo curativo (1871). Con tavola.
Delle linfadenopatie sifilitiche (1872).
Endoscopia binoculare (1874).
Prurigo e lupus (1875). Con tavola.
Polemiche scientifica nel giornale delle *Malattie venerée e della pelle sulle ADE-
NOPATIE* (1875).
Di alcuni nei Materni (1876). Con tavole 12.
L'abrasoio nelle dermopatie (1876).
Due storie cliniche di sifilidermi di aspetto non ordinario (1877).
Esposizione ed annotazioni delle idee del Tarnowsky. Sulla *irritazione e sifilide* (1877).