



ISTITUTO "CARLO FORLANINI",
CLINICA FISIOLÓGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
DIRETTORE: PROF. E. MORELLI

S. CONFORTO

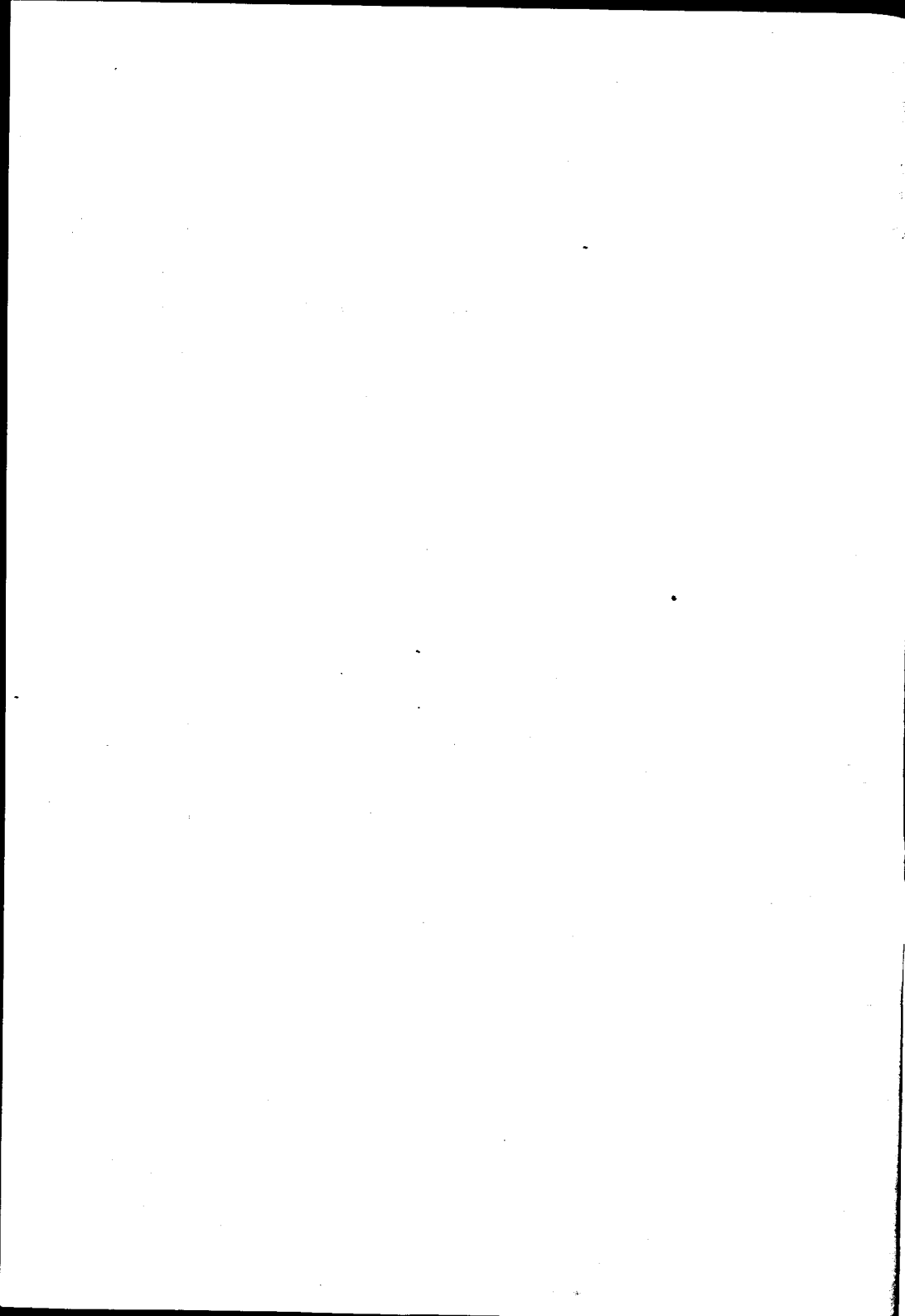
CANCRO PRIMITIVO DEL POLMONE CON META-
STASI MULTIPLE E TBC. POLMONARE ASSOCIATA

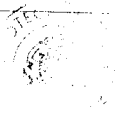
Estratto da ANNALI DELL'ISTITUTO "CARLO FORLANINI"
Anno III, N. 5-6, Pag. 477-487



ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 19

1939-XVII





CANCRO PRIMITIVO DEL POLMONE CON METASTASI MULTIPLE E T. B. C. POLMONARE ASSOCIATA

Dott. S. CONFORTO
Assistente

Con il perfezionamento dei mezzi diagnostici vanno moltiplicandosi le osservazioni di tumore primitivo del polmone, e, di conseguenza, le ricerche anatomo-istologiche e lo studio dei fattori etiopatogenetici. Ciò malgrado, molte questioni nei riguardi di questo argomento restano tuttora insolute.

Non è stato ancora raggiunto l'accordo sulla frequenza attuale del cancro del polmone, perchè, sebbene molte statistiche recenti sia italiane che straniere, basate più che sui dati clinici sui reperti autopsici, diano percentuali elevatissime a confronto di quelle antiche, tanto da far mettere la localizzazione polmonare dei tumori maligni al terzo posto dopo quella dello stomaco e quella dell'utero, da alcuni si sostiene che tale aumento sia solo apparente e dovuto alla migliore capacità diagnostica, all'aumento dell'età media della vita — che è l'età del cancro — verificatosi negli ultimi decenni, e al fatto che più numerosi sono oggi i malati che chiedono ricovero in ospedale.

Altrettanto incerte e discusse sono le cause del cancro del polmone: tutti i fattori presi in considerazione — iponutrizione, inalazione di polvere dalle strade incatramate, gas da scappamento delle automobili, pneumococchi, processi infiammatori dell'apparato respiratorio che provocano una metaplasia dell'epitelio della mucosa e delle ghiandole dei bronchi — si sono rivelati di per sé insufficienti. Nei riguardi della tubercolosi, mentre non si parla più di antagonismo tra cancro e t. b. c., tuttavia a confronto della enorme diffusione di quest'ultima e della relativa frequenza del primo, sono scarsi i casi in cui i due processi morbosi si trovano associati. Talvolta è il cancro che favorisce lo sviluppo della t. b. c.; ma più spesso il cancro si sviluppa su un polmone già colpito da un processo tubercolare sia evolutivo ulcero caseoso — eventualità rara — che torpido fibroso, condizione questa più frequente e l'unica anzi, secondo il SERGENT, da prendersi in considerazione. La difficoltà di stabilire tra le due affezioni quale in ordine di tempo sia stata la prima dipende in parte dal fatto che la sintomatologia dell'una può dominare per tutta la durata della malattia e impedisce di rilevare i segni dell'altra. Così nel decorso di una t. b. c. polmonare ulcero caseosa, la comparsa di un cancro può, se non attraverso le metastasi, non dare alcun segno di sé in vita e anche al tavolo anatomico — qualora non si ricorra all'esame istologico — non rendersi reperibile, specialmente nei casi in cui un polmone appare diffusamente colpito da un processo ulcerativo. Al contrario possono sfuggire i sintomi di riattivazione di una vecchia lesione tubercolare latente

fino a non praticare la ricerca dei bacilli nell'espettorato, quando il tumore si è imposto sin dall'inizio con una sindrome netta e clamorosa.

Circa i rapporti di ciproca influenzabilità, il SERGENT, che ha avuto modo di osservare cinque casi in cui il cancro era associato ad una tubercolosi torpida fibrosa, ritiene che la t. b. c. possa essere riattivata dal processo neoplastico in quanto questa induce nell'organismo una diminuzione delle proprietà difensive e quindi uno stato di anergia, oppure in quanto estendendosi localmente ingloba antichi focolai tubercolari e mette in libertà i bacilli in essi murati vivi.

Altra questione che ha suscitato tutta una serie di ricerche è la istogenesi del cancro primitivo del polmone, questione strettamente connessa con quella della natura del rivestimento degli alveoli polmonari nell'adulto. La maggior parte degli AA. moderni sono concordi nel riconoscere che l'origine più frequente del cancro è dall'epitelio bronchiale di rivestimento sia superficiale che basale e dall'epitelio delle ghiandole bronchiali: circa l'origine dall'epitelio degli alveoli polmonari (si può parlare di epitelio alveolare o si tratta soltanto di tessuto mesenchimale?) i pareri sono ancora divisi tra coloro che la negano in modo assoluto e coloro che l'ammettono solo in alcuni casi. Recentemente il FABRIS in un lavoro su «l'epitelione primitivo del polmone», dopo aver esaminato una serie numerosa di casi e aver vagliato alla luce della sua esperienza le varie e molteplici teorie, arriva all'affermazione «che il blastema epiteliale polmonare, come è unico di origine, così è indifferentemente dotato di molteplici capacità trasformativa. Queste capacità si realizzano però in pratica solo a carico degli adenocitri dei grandi bronchi e degli alveoloci.... L'epitelio del rivestimento bronchiale invece o resta indifferente, o il più spesso si sperde già per il fatto flogistico, sicché quando insorge il tumore, è scomparso». Anche in altri AA. ed anche per altri neoplasmi si ritrova questa tendenza a riconoscere una unica cellula staminale e a far dipendere il tipo cellulare del carcinoma dalla qualità e dal grado di differenziazione più che dal livello di origine nel tratto respiratorio.

La molteplicità delle teorie e il fatto che non sia stato ancora raggiunto l'accordo rivelano la difficoltà estrema di una esatta interpretazione dei reperti microscopici che variano da caso a caso e perfino da campo a campo di uno stesso caso. Infatti una delle caratteristiche del cancro primitivo del polmone qualunque sia la sua origine, bronchiale o alveolare, è il grande polimorfismo dei suoi elementi. Accanto a piccole cellule, cilindriche o cubiche o fusate, si trovano cellule voluminose cilindriche, lunghe a ciglia vibratili, o eccessivamente polimorfe: disposte in cordoni cavi o in gruppi solidi o in formazioni pseudo-ghiandolari. Dall'associazione dei diversi elementi, dal prevalere degli uni sugli altri, dalla più o meno approssimativa somiglianza citologica fra essi e l'epitelio normale della regione sono derivate le varie classificazioni.

Fatte queste rapide necessarie premesse, passo a descrivere un caso di cancro primitivo del polmone con metastasi multiple nel surrene, fegato, pancreas, milza, che mi sembra particolarmente interessante per il decorso clinico del tutto atipico e complesso, per la concomitanza di una tubercolosi micronodulare risvegliata e riattivata senza dubbio dal processo neoplastico, e per le difficoltà occorse anche al tavolo anatomico per stabilire l'ordine cronologico di successione delle molteplici alterazioni osservate.

Si tratta di un uomo di 36 anni, il quale, forte fumatore e sofferente da vari anni di scarsa tosse mattutina con espettorato, avvertendo da due mesi circa aumento della tosse, modica astenia e deperimento, si reca in un dispensario antitubercolare e si sot-

topone ad esame radiografico del torace. Riscontratagli lesione polmonare, viene inviato all'Istituto C. Forlanini (23 dicembre 1936).

L'anamnesi familiare è del tutto negativa e negativa è quella personale. Riferisce di non aver sofferto mai di alcuna malattia ad eccezione di una difterite laringea all'età di 6 anni. Ha prestato servizio militare. Da 9 anni è coniugato con una donna da cui ha avuto due figli che stanno bene. Il p. è occupato in un'officina come tornitore meccanico: lavoro piuttosto gravoso e intenso, tanto che ad esso egli attribuisce la sintomatologia del resto molto modesta presentata.

E. O. — Soggetto normotipo in buone condizioni di nutrizione e sanguificazione. A carico del capo, collo, arti, nulla da segnalare. L'esame dei singoli apparati — ad eccezione dell'apparato respiratorio — è negativo.

Torace di regolare conformazione, con espansibilità respiratoria normale e simmetrica. F. V. T. regolarmente trasmesso.

Emitorace D. — Ipofonesi lieve nella regione apicale e ottusità marcata nella sottoclaveare. Suono chiaro sul restante dell'ambito.

Sulle zone ipofonetiche il murmure vescicolare è notevolmente ridotto. Non si apprezzano fenomeni umidi.

Emitorace S. — nulla di patologico.

Esame radiografico (Radiogramma n. 1). — Nulla allo scheletro.

Emit. D. — nel terzo sup. si osserva un'area circolare del diametro di circa cm. 5 a contorni irregolari e sfumati, di opacità pressochè uniforme. *Emit. S.*: in corrispondenza dell'ombra della X costa all'esterno si osserva una piccola opacità calcarea del diametro di mm. 4. Diaframma regolare. Mediastino in sede.

Trachea leggermente deviata a destra.

Espettorato scarso, mucoso. — negativa la ricerca diretta del b. di Koch, negativi gli esami per le fibre elastiche, per flora batterica associata, e per i miceti.

R. W. — negativa, anche dopo riattivazione.

Pressione arteriosa (Riva Rocci). — Mx 120 Mn 88.

Velocità di sedimentazione. — 1° h. 4 2° H. 20.

Esame del sangue. — Hb. 0,79 Gl. R. 4.400.000; V. Gl. 0,9; Gl. B. 70.800.

Formula leucocitaria. — Neutrofili 54 %, Eosinofili 2 %, Linfociti 28 %, Monociti 16 %.

Intradermo-reazione alla Casoni. — negativa.

Esame delle urine. — normale.

Entrato in ospedale il 23 dicembre 1936, nei primi mesi di degenza il p. aumenta di peso, non ha febbre nè tosse, si sente perfettamente bene. Persiste negativo l'esame dell'espettorato per il b. di Koch anche alla prova biologica e culturale.

Nel marzo 1937 il p. comincia ad accusare disturbi gastrici, anoressia invincibile, frequente nausea, vomito sia a digiuno che dopo i pasti. L'alvo si mantiene regolare. Il peso subisce un arresto.

L'esame clinico non mette in rilievo che una dolenza dell'epigastrio e ipocondrio D. e soprattutto un intenso pallore con lieve subittero della cute e mucose.

Un secondo esame radiografico (Rad. n. 2) dimostra una velatura non uniforme della fossa sottoclaveare D. che sembra aver origine dal contorno supero esterno dell'opacità già segnalata, al centro della quale si distingue appena un'area circolare più chiara del diametro di circa cm. 1 1/2. Nella regione parailare D. si nota un'area di opacità piuttosto elevata, a contorni non netti di forma pressochè a mandorla.

Il 12 aprile 1937 compare un brusco aumento della temperatura fino a 39°, un aggravamento della fenomenologia gastrica, cefalea intensa, epistassi e sintomi di una rinfaringite acuta. L'espettorato scarsissimo è mucopurulento, denso, verlaastro, inodoro; tutti gli esami in esso persistono negativi.

Sul torace, in corrispondenza della zona ipofonetica già notata in sottoclaveare D. ma che si va estendendo, si ascolta qualche incostante rantolo sottocrepitante.

L'esame del sangue dà 13500 gl. b. col 90 % di granulociti neutrofili.

Un terzo esame radiografico (Rad. n. 3) mostra che la velatura in sottoclaveare D. si è addensata in una striscia larga cm. 2, che dal margine supero esterno dell'opacità descritta si dirige verso la parete, sfumando d'intensità, mentre l'opacità dell'area stessa tende a non essere più uniforme: il contorno interno va estendendosi medialmente.

La febbre ha assunto frattanto una curva continuo remittente.

Il 20 aprile, a scopo diagnostico ed eventualmente terapeutico si tenta di istituire un Pnx. D. Con la solita tecnica si punge sull'ascellare anteriore al 4° spazio: si ha aspirazione spontanea di cc. 400 d'aria. Nel giorno successivo si pratica la seconda introduzione, e la terza introduzione due giorni più tardi, cioè il 23 aprile.

In questa giornata insorgono violenti dolori addominali a tipo di colica, che sembrano irradiarsi dalla regione epatica, si accentuano i conati di vomito; ed è durante questi che, nella notte, il p. perde improvvisamente la coscienza e dopo poche scosse convulsive resta emiplegico e afasico.

Superata la fase irritativa, l'e. o. dimostra: paralisi totale della motilità della metà destra del corpo, con paralisi del facciale inferiore omolaterale, diminuzione della sensibilità dello stesso lato, afasia motoria completa e afasia sensoriale parziale.

Il successivo decorso fino all'obitus, avvenuto il 28 agosto, si riassume brevemente.

Le condizioni generali vanno man mano peggiorando. Ciò che soprattutto colpisce è lo stato di profonda cachessia che si accentua rapidamente. Mentre l'appetito appare conservato, persistono tendenza al vomito, periodi di diarrea che si alternano con periodi di stipsi, dolori addominali non ben definiti né per la localizzazione né per l'intensità. La febbre si fa subcontinua ma è modesta non superando mai 38°. Non c'è tosse e l'aspettorato è sempre scarsissimo: ma la prova biologica e culturale per la ricerca del b. di Koch è diventata positiva. La sindrome cerebrale si mantiene immutata sia nei riguardi della paralisi motoria che nei riguardi dell'afasia.

All'esame del torace si osserva ottusità a risonanza timpanica su tutto l'ambito anteriore di D. con silenzio respiratorio: in sottoclaveare e regione ascellare D. persiste, ma scarsissimo e incostante, il reperto di qualche rantolo sottocrepitante e cigolii e gemiti. Il Pnx., parziale, si complica con un versamento emorragico: si praticano due o tre pneumotoracentesi, ma poi la difficoltà estrema di raggiungere il cavo pleurico tra le aderenze che si estendono e lo restringono, consiglia l'abbandono di qualsiasi intervento di cui è palese l'inefficacia (Rad. n. 4). L'azotemia è 0,62 %...

Il quadro terminale è così dominato dal gravissimo stato cachettico e dalla sindrome addominale di violenta diarrea alternata a stipsi.

Il paziente muore il 28 agosto e alla necropsopia n. 146/37 (settore dr. Costantini) si ritrova:

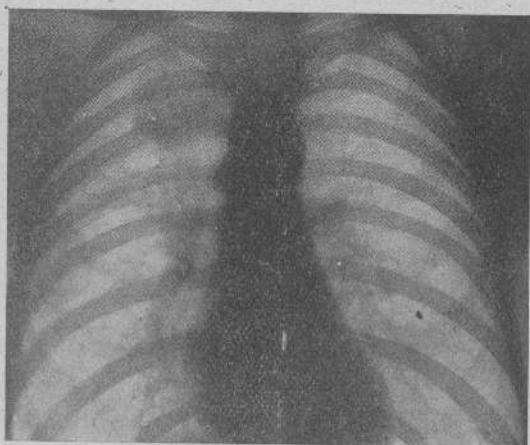
Costituzione scheletrica regolare, nutrizione assai scadente, cute pallida con scarssissimo pannicolo adiposo. Muscolatura ipotrofica. Vasta escara da decubito nella regione sacrale.

Nulla a carico dei tegumenti della scatola cranica. La dura madre è tesa ma non presenta particolari alterazioni. Leptomeningi iperemiche edematose. Tutta la sostanza encefalica è edematosa: presenta in particolare in corrispondenza della zona Rolandica S. un infossamento dove la consistenza è molto diminuita e si nota fluttuazione. Si nota che l'arteria silviana di S. è occlusa ed ha assunto l'aspetto di un cordoncino biancastro e così i suoi rami di biforcazione. Al taglio in sezione orizzontale si nota una vasta zona di encefalo-malacia che interessa tutto il pavimento del ventricolo laterale S. e la sostanza cerebrale del centro semiovale, parte dei nuclei e la capsula interna ed esterna di S. La zona encefalomalacica è costituita da una poltiglia fluida di colore grigio giallastro. Nell'emisfero D. niente di notevole.

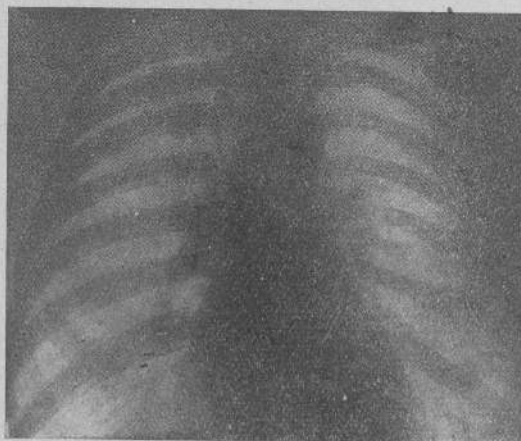
Il cuore presenta solo una mollezza maggiore del miocardio che è di colorito un poco più pallido. Il ventricolo D. è alquanto dilatato. Nel polmone S. che è libero da aderenze si nota solo un modesto grado di antracosi diffusa e zone di enfisema marginale. Nella

parte superiore del lobo inferiore esiste un nodo calcificato, probabile esito di un focolaio primario calcificato.

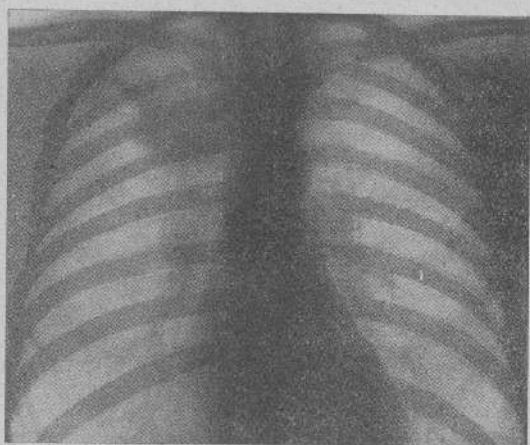
Il polmone D. è molto aderente all'apice e fino a tutto il lobo medio. Spremendo dai bronchi fuoriesce della sostanza farinosa con odore fetido. Al taglio si trova una massa necrotica che occupa quasi tutto il lobo inferiore e che particolarmente verso la scissura



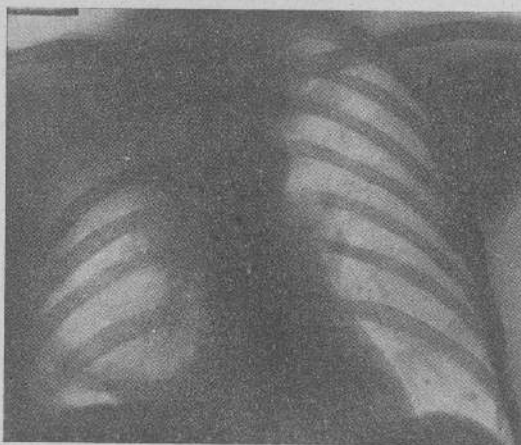
Rad. N. 1.



Rad. N. 2.



Rad. N. 3.



Rad. N. 4.

lascia vedere un già vasto processo di escavazione. Nel lobo medio esiste uno stato di epatizzazione grigia diffusa.

Le linfoghiandole dell'ilo polmonare sono molto ingrossate, succose e di aspetto encefaloide.

Nell'addome gli organi sono in sede, nè esiste versamento. Lo stomaco ha mucosa liscia; nell'intestino e nelle vie biliari non si ritrova nessuna lesione particolare. Nel fegato di volume e forma normali di riscontra nella parte laterale D. della faccia diaframmatica un nodo della grandezza di una noce ben circoscritto, di consistenza elastica, grigio, madreperlaceo al taglio. Nel pancreas, nella regione della testa, esiste pure un nodulo

della grandezza di un pisello con gli stessi caratteri di quello epatico. Lo stesso reperto si riscontra sulla faccia inferiore della milza.

I reni non presentano nessuna particolare alterazione, salvo una piccolezza notevole di quello di S.

Ambedue le ghiandole surrenali sono trasformate in due voluminose masse neoplastiche irregolari, dure, biancastre e simili anche esse a quelle epatiche.

Nessuna lesione a carico degli organi genitourinari.

Nel polmone l'esame istologico ha dimostrato nelle zone corrispondenti alla parte₁ non disfatta della massa del lobo superiore D. l'esistenza di un tessuto formato di grossi fasci connettivali intersecantisi tra di loro in modo da formare una rete a larghe maglie che sono occupate nell'interno da elementi cellulari di vario tipo (vedi fig. 1). In questi

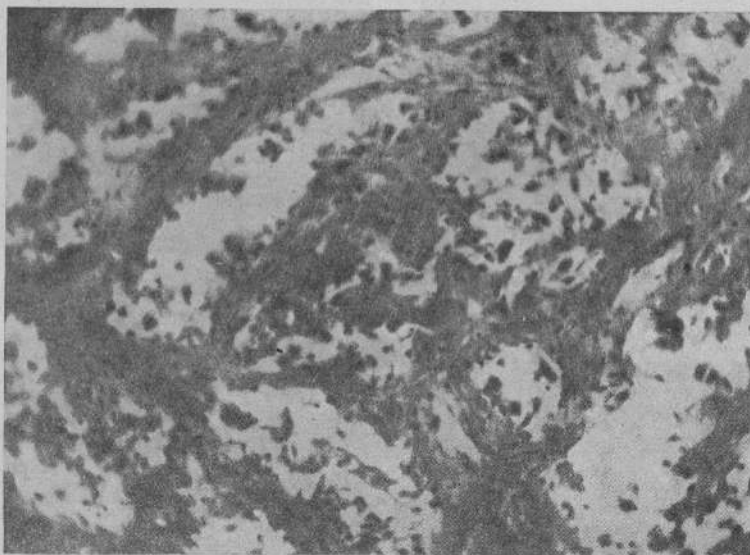


Fig. 1. - Polmone: lobo superiore D. Ingr. 30.
Zona di passaggio tra la parte caseosa e la parte tumorale.

per la maggior parte si può riconoscere una struttura irregolarmente cilindrica, però alcune cellule sono nettamente poligonali, altre ovoidali; nell'insieme tutte hanno un ricco contenuto cromatico. Si riscontrano elementi in via di divisione o plurinucleati. È pur riconoscibile in alcuni campi microscopici la tendenza degli elementi cellulari a forma cilindrica a porsi in aggruppamenti ad alveolo o a rosetta. Man mano che ci si spinge verso le zone centrali tutti questi elementi dimostrano un progressivo processo di disfacimento, talchè proprio al centro della massa non si può riconoscere più la loro struttura. Anche i fasci connettivali dell'impalcatura si dimostrano qui spezzati nella loro continuità. Spiccata è anche l'infiltrazione di elementi leucocitari nelle maglie della neoformazione. Perifericamente, nel tessuto polmonare finitimo alla struttura ora descritta sono bene evidenti vaste zone di broncopolmonite e inoltre appaiono dei focolai non molto grandi, non circoscritti, con aspetto nettamente caseoso e circondati da cellule giganti o da elementi epitelioidi. In alcune parti si giunge anche quasi al contatto di questi focolai tubercolari in via evidente di evoluzione caseosa con il tessuto neoplastico integro o alterato. (Vedi fig. 2).

Nelle linfoghiandole ilari esaminate esiste manifesta la contemporanea presenza di elementi neoplastici del tipo suddescritto e di noduli tubercolari.

Nelle metastasi a carico dei vari organi e particolarmente in quelle surrenali si ripete la struttura neoplastica della forma polmonare, però mancando quivi i fenomeni di necrosi, si può dire che le singole cellule siano ancor meglio riconoscibili e anzi in talune

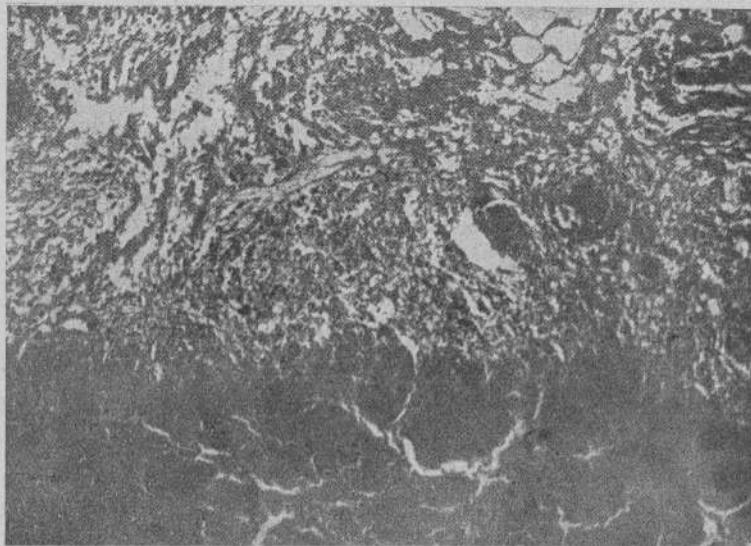


Fig. 2. - Polmone: lobo superiore D. Ingr. 120.
Struttura caratteristica della zona cancerigna.

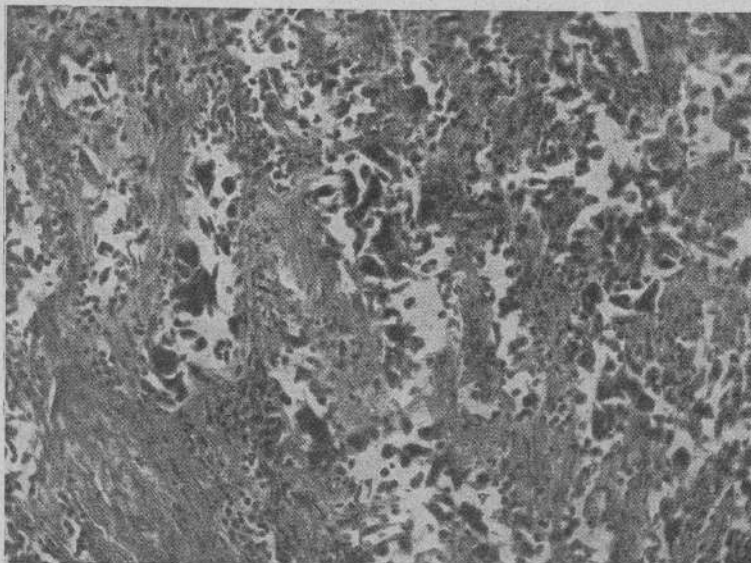


Fig. 3. - Surrene D. Ingr. 120. - Metastasi.

si rileva una tendenza più spiccata alla proliferazione talchè è più facile che nella massa principale il riscontro di elementi grossi, mostruosi, con anomala e ricca quantità di cromatina in via di rapida suddivisione. (Vedi fig. 3).

Mentre in base all'esame macroscopico non era stato possibile precisare la successione cronologica dei singoli processi riscontrati nel polmone e nel surrene, il reperto istologico ci permise di formulare la seguente diagnosi anatomica:

Carcinoma primitivo del lobo superiore del polmone D. con necrosi della porzione centrale. Metastasi multiple nel fegato milza pancreas e in ambedue le ghiandole surrenali e nelle linfoghiandole dell'ilo polmonare. Complesso primario tubercolare del polmone S. Tubercolosi polmonare bilaterale nodulare diffusa con riesacerbazione dei focolai a D. Vasta zona di rammolimento giallo dell'emisfero cerebrale S.

Quanto fosse difficile stabilire la diagnosi nel primo periodo della malattia, quando il p. si presentò alla nostra osservazione, si può ben comprendere considerando che mancava qualsiasi segno clinico, che l'anamnesi era pressoché muta e che tutti gli esami di laboratorio erano negativi: la discussione poteva svolgersi quindi soltanto sulla base del reperto radiografico. Quest'ultimo giustificava il sospetto di infiltrato precoce tipo A.R., di cisti da echinococco, di ascesso e di tumore del polmone. In favore della prima ipotesi avevamo la immagine radiografica controlaterale di un complesso primario calcificato e la sindrome di astenia, deperimento, tosse; ma la costante negatività dello espettorato anche alla prova biologica e culturale e una più attenta osservazione del radiogramma in cui l'ombra appariva troppo densa e compatta e troppo regolare ci permettevano di escludere la reinfezione tubercolare. Per analogo ragionamento venne a cadere anche la ipotesi di cisti da echinococco, la quale, se può manifestarsi clinicamente soltanto al momento di una complicanza e rappresentare perciò all'inizio un casuale reperto radiografico, dà, per lo più, positive le note reazioni sierologiche e una eosinofilia discreta nel sangue, inoltre del radiogramma appare come un'ombra rotondeggiante e, se pur non sempre densa e compatta, a margini però netti.

Restavano allora a contendersi il campo l'ascesso e il tumore. Confesso che se in un primo momento si pensò al tumore come alla più probabile delle affezioni e per la sintomatologia e per i caratteri e la sede dell'immagine radiografica, la diagnosi di ascesso polmonare, sebbene di questo mancassero i segni patognomonici, in un certo senso s'impose quando alla leucocitosi neutrofila preesistente si aggiunse la sindrome acuta febbrile sopra descritta. L'esame radiografico (vedi Rad. n. 2, n. 3) convalidava questa diagnosi. Inoltre ammettendo la esistenza di un processo colliquativo nel polmone, si rendeva comprensibile il momento etiologico e il meccanismo patogenetico della sindrome cerebrale. Questa infatti, rappresentata dall'associazione di emiplegia destra ed afasia tipo Broca (combinazione cioè di afasia sensoriale e motoria) che è propria delle lesioni del territorio irrorato dall'arteria cerebrale media, poteva venir spiegata con l'occlusione embolica del tronco arterioso prima del distacco delle arterie perforanti; e che l'embolo, un frustolo necrotico, fosse partito dal polmone in sfacelo, eventualmente mobilitato dal brusco collasso del parenchima polmonare sotto l'azione del pnx, era l'ipotesi più verosimile.

Ad ogni modo nessun dato di certezza avevamo in favore dell'una o dell'altra ipotesi.

Nè il decorso successivo presentò alcun elemento chiarificatore ai fini della diagnosi. La sintomatologia polmonare si mantenne troppo scarsa per un processo suppurativo così esteso come risultava dall'esame radiografico. D'altra parte la sindrome addominale, per le gravissime condizioni del malato e per il complesso dei fenomeni patologici sovrapposti gli uni agli altri e reciprocamente influenzantisi non permetteva certo di essere scissa con nettezza nelle sue due componenti (crisi dolorifiche e disturbi dell'alvo) e

di essere quindi interpretata nel suo meccanismo patogenetico come lo fu poi al tavolo anatomico (invasione neoplastica totale delle ghiandole surrenali).

È quindi soltanto con l'esame anatomico e più con l'esame istologico che si può ricostruire la successione cronologica e la concatenazione logica dei molteplici vari sintomi: il nodulo neoplastico primitivo del polmone iniziato e restato silente per qualche tempo, ad un certo momento si rende manifesto attraverso una sintomatologia acuta dovuta probabilmente, oltre che al processo di necrobiosi e di colliquazione, così frequente in alcuni tumori specie polmonari, a quei focolai di broncopolmonite che si osservano attorno e nelle vicinanze della invasione neoplastica. Si riattiva frattanto la tubercolosi latente, non si può dire con certezza se per lo stato di anergia determinato dalla profonda alterazione di tutto l'organismo o se direttamente dalla progressiva diffusione tumorale nel parenchima polmonare e nelle linfoghiandole ilari fino ai noduli tubercolari calcificati (visibili nel radiogramma già al primo esame): e si manifesta con la comparsa di bacilli nell'espettorato. Il tumore d'altra parte continua la sua evoluzione, non tanto localmente dove predomina il disfacimento necrobiotico che è la causa diretta dell'episodio cerebrale — l'occlusione della silviana di S. osservata all'autopsia è senza dubbio di origine embolica, — quanto con la diffusione per via metastatica nel fegato, nella milza, nel pancreas e nei surreni.

Ricostruita così la successione cronologica dei sintomi, due considerazioni ancora meritano di essere fatte. L'una riguarda l'associazione di cancro-tubercolosi e l'azione che il primo ha senza dubbio esercitato sulla seconda non solo riattivando ma anche trasformando rapidamente in caseosi noduli fibrosi che avrebbero altrimenti avuto il destino di qualsiasi forma di t. b. c. miliare cronica discreta. L'altra riguarda la difficoltà di interpretare, al tavolo anatomico, la sede del tumore primitivo. Infatti la totale invasione da parte del tessuto neoplastico delle surrenali che sono trasformate in due enormi masse dure irregolari, biancastre nelle quali non si riconosce più la forma e la struttura propria dell'organo, mentre i noduli tumorali riscontrati nel fegato, nella milza e nel pancreas conservano piccole dimensioni e limiti netti, faceva sorgere il sospetto che si trattava di tumore primitivo del surrene con metastasi negli altri organi addominali. L'esame istologico che dimostra la presenza nel tessuto neoplastico surrenale di elementi mostruosi ricchi di cromatina in mitosi atipica disordinata, e che questi stessi elementi, per quanto meno netti e disposti ad alveolo e a rosetta, rivela nel polmone di D. verso la regione ilare non alterata dal processo di necrosi, permette di interpretare come primitiva la sede polmonare del cancro e come metastatica la localizzazione surrenale, convalidando così l'osservazione clinica della primitiva sintomatologia polmonare e della successiva, tardiva sindrome addominale.

RIASSUNTO.

Viene riferito un caso di tumore primitivo del polmone il cui particolare interesse è rappresentato:

1° dalla sintomatologia complessa e multiforme, in prevalenza determinata dalle localizzazioni metastatiche del cancro stesso e da una complicità cerebrale;

2° dall'associazione morbosa con tubercolosi polmonare;

3° dalle difficoltà, occorre anche al tavolo anatomico, a stabilire la successione cronologica di comparsa delle molteplici alterazioni osservate.

RÉSUMÉ.

Exposé d'un cas de tumeur primitive du poulmon dont les caractéristiques son données :

1^o par una symptomatologie complexe et multiple, due plutôt aux localisations métastatiques qu'à la tumeur primitive, particulièrement par une localisation cérébrale ;

2^o par la présence simultanée d'une tuberculose pulmonaire ;

3^o par la difficulté, même sur la table d'autopsie, d'établir la succession chronologique de l'apparition des multiples lésions observées dans ce cas.

ZUSAMMENFASSUNG.

Es wird über den Fall eines primitiven Lungentumors berichtet, dessen besonderes Interesse aus Folgendem bestand :

1^o aus der komplizierten und vielfältigen Symptomatologie ausgelöst durch die metastatischen Lokalisationen des Karzinoms selbst sowie durch eine cerebrale Komplikation ;

2^o aus der Vergesellschaftung des Karzinoms mit Lungentuberkulose ;

3^o aus den Schwierigkeiten am Sektionstisch die chronologische Reihenfolge der vielseitigen beobachteten Veränderungen festzustellen.

SUMMARY.

Reference to a case of primary tumor of the lung.

Special interest is created by (1) the complex symptomatology presented particularly by the metastases of the cancer and by a cerebral complication, (2) the association of lung tuberculosis, (3) the difficulties — also from the pathological point of view — to establish chronologically the sequence of the various morbid changes.

RESUMEN.

Es referido un caso de tumor primitivo de pulmon, cuyo interés particular es representado :

1^o por la sintomatología compleja y multiforme, determinada prevalentemente por las localizaciones metastáticas del mismo cáncer y de una complicación cerebral ;

2^o por la asociación morbosa con la tuberculosis pulmonar ;

3^o por las dificultades halladas, incluso en la mesa anatómica, para establecer la sucesión cronológica de la aparición de las multiples alteraciones observadas.

BIBLIOGRAFIA

- ALESSANDRI. — Trattato italiano di chirurgia, 1933.
- AMEUILLE-FAUVET. — Noncancerous pulmonary condensations in cancer of lungs. « Bull. et Mém. Soc. Méd. de Hôp. de Paris », n. 53, 24 maggio 1937.
- BÈGOUIN. — Trattato di Patologia speciale chirurgica, VI^a ed.
- CABOT. — Adeno-carcinoma of lung with metastases to liver, adrenals, retroperitoneal nodes, brain, kidney and vertebrae - case 23, 47, 2. « New England J. Med. », 217, 25 novembre 1937.
- CACCIAMALI. — Tumore primitivo del polmone con metastasi al cervello e al rachide « Pathol. », anno XXVII^e, 529, 1936.
- CECONI-MICHEL. — Trattato di medicina interna, II^o ed.
- DUBÉ. — Cancer du poumon « Union méd. du Canada » gennaio 1938.
- FABRIS A. — L'epitelioma primitivo del polmone — nota I^a: Anat. Patol. « Tumori » anno XXIII, gennaio-febbraio 1937 — nota II^a: Istogenesi « Tumori » anno XXIV, serie II^a vol. XII.
- FRANÇOIS MOIROUT et CAPUS. — Volumineux cancer des capsules surrenales secondaire à un cancer du poumon. « Marseille Médical » maggio 1937.
- JACOX-BAKER. — Primary apical cancer producing symptomatology of superior pulmonary sulcus tumor; case. « Radiology » 29 novembre 1937.
- SCORPATI. — Reperti anatomo-patologici ed istologici su due casi di associazione di cancro e tubercolosi polmonare « Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini », XXXIII, n. 5, settembre-ottobre 1934.
- SERGEANT. — Traité de pathologie medicale ed de thérapeutique appliqué.
- SERGEANT-RACINE-FOURESTIER. — Cancer et tuberculose pulmonaires associés « Presse méd. » anno XLV n. 79, 2 ottobre 1937.
- SERGEANT. — Réactivation des foyers tuberculeux latents et bacilles de Koch « de sortie » « Accad. de méd » 31 maggio 1932.
- SERGEANT-GASPAR et T. FU. TSUY. — Suppuration putride du poumon et réveil de Tbc. pulmonaire. « Arch. Méd. Chir. de l'App. Resp. », Tome VIII-1933.
- VERGA-BOTTERI. — Il carcinoma primitivo del polmone, Ed. Cappelli 1931.

59081

~~SECRET~~

