

190

Dott. GIUSEPPE RUSCICA

Assistente ordinario degli Ospedali Riuniti  
e dell'Istituto di Patologia Speciale Chirurgica della R. Università di Roma

# DISCUSSIONI IN CONGRESSI

E

# ACCADEMIE SCIENTIFICHE

Anni 1928 - 29 - 30 - 31



80

B

61

ROMA  
SOCIETÀ TIPOGRAFICA A. MANZIO  
Via A. Valenzianni, 16

1932

Dott. GIUSEPPE RUSCICA  
Assistente ordinario degli Ospedali Riuniti  
e dell'Istituto di Patologia Speciale Chirurgica della R. Università di Roma

# DISCUSSIONI IN CONGRESSI

E

## ACADEMIE SCIENTIFICHE

Anni 1928 - 29 - 30 - 31



ROMA  
SOCIETÀ TIPOGRAFICA A. MANCIO  
Via A. Valenziani, 16  
1932



**Discussione su la comunicazione  
del Chiarissimo Prof. De Gaetano**

**Simpatectomia e distensione nervosa  
nella cura delle ulceri perforanti dei piedi**

Estratto dagli "Atti della Società Italiana di Chirurgia",  
XXXV Congresso - Roma, 12-15 ottobre 1928 - pag. cxxxiv.

---



---

**De Gaetano.** — *Simpatectomia e distensione nervosa nella cura delle ulcere perforanti dei piedi.*

**Ruscica G.** — In merito alla relazione del chiarissimo professore DE GAETANO, mi sia permesso condividere perfettamente le sue idee circa la preferenza che si deve dare al metodo dello stiramento dello sciatico nel trattamento delle ulcere perforanti dei piedi.

Ricordo di avere osservato al servizio del prof. PEREZ, nel 1922, un caso di ulcera perforante dell'alluce sinistro in un falegname di 32 anni, esente da tare costituzionali speciali. La lesione si era iniziata, se mal non ricordo, in conseguenza delle fatiche di trincea nell'ultima guerra.

Il processo distrofico aveva interessato non solo i tessuti molli ma anche lo scheletro dell'alluce in questione.

Qualsiasi trattamento locale aveva avuto risultati assolutamente negativi. Alcune applicazioni locali di diatermia e raggi Roentgen, praticate da altri sanitari, avevano aggravato le condizioni, nel senso che il processo ulcerativo aveva guadagnato in estensione e profondità. Per tanto si era resa necessaria la disarticolazione dell'alluce: nella stessa seduta fu praticato lo stiramento dello sciatico. Ne seguì una guarigione temporanea di cinque o sei mesi. La lesione recidivò componendendo, ora, la testa del sesamoide corrispondente. Si credette opportuno procedere ad un secondo stiramento dello sciatico, che infatti fu fatto. La cicatrizzazione dell'ulcera fu definitiva. Il paziente, dopo circa sei anni di attivo lavoro non ha risentito alcun disturbo funzionale dell'arto in esame.

Il caso acquista un'importanza notevole, non solo perchè la lesione interessava precipuamente lo scheletro (l'esame istologico di alcuni frammenti di osso, ci metteva di fronte ad una forma di osteite fibrosa metaplastica, morbo di RECKLINGHAUSEN) ma anche perchè, trattandosi di un falegname costretto dalle esigenze del mestiere a stare in piedi molte ore del giorno, la guarigione che si mantiene fino a dopo 6 anni dall'intervento, mette maggiormente in rilievo tutta la bontà del trattamento terapeutico con lo stiramento dello sciatico. Io credo che si debba far sempre affidamento ad esso e che non bisogna abbandonarlo subito di fronte ad un primo insuccesso, tutte le volte che ci si trovi dinanzi a lesioni nella cui genesi entra nella massima parte l'alterato trofismo, e specialmente in quei casi in cui, come quello da me ricordato, le lesioni distrofiche abbiano interessato in modo più o meno copiueo anche lo scheletro della parte. Potrei ricordare un altro caso di ulcera perforante della pianta del piede in un portiere di 67 anni, trattato con lo stesso metodo, con risultati favorevoli. Anche in questo caso sono stati eseguiti due interventi, a distanza di circa 10 mesi l'uno dall'altro. I risultati migliori si ottennero dopo il secondo stiramento dello sciatico. Ma non posso produrre un giudizio definitivo in proposito, trattandosi di una cicatrizzazione che data da poco tempo, sei o sette mesi, dal secondo intervento.

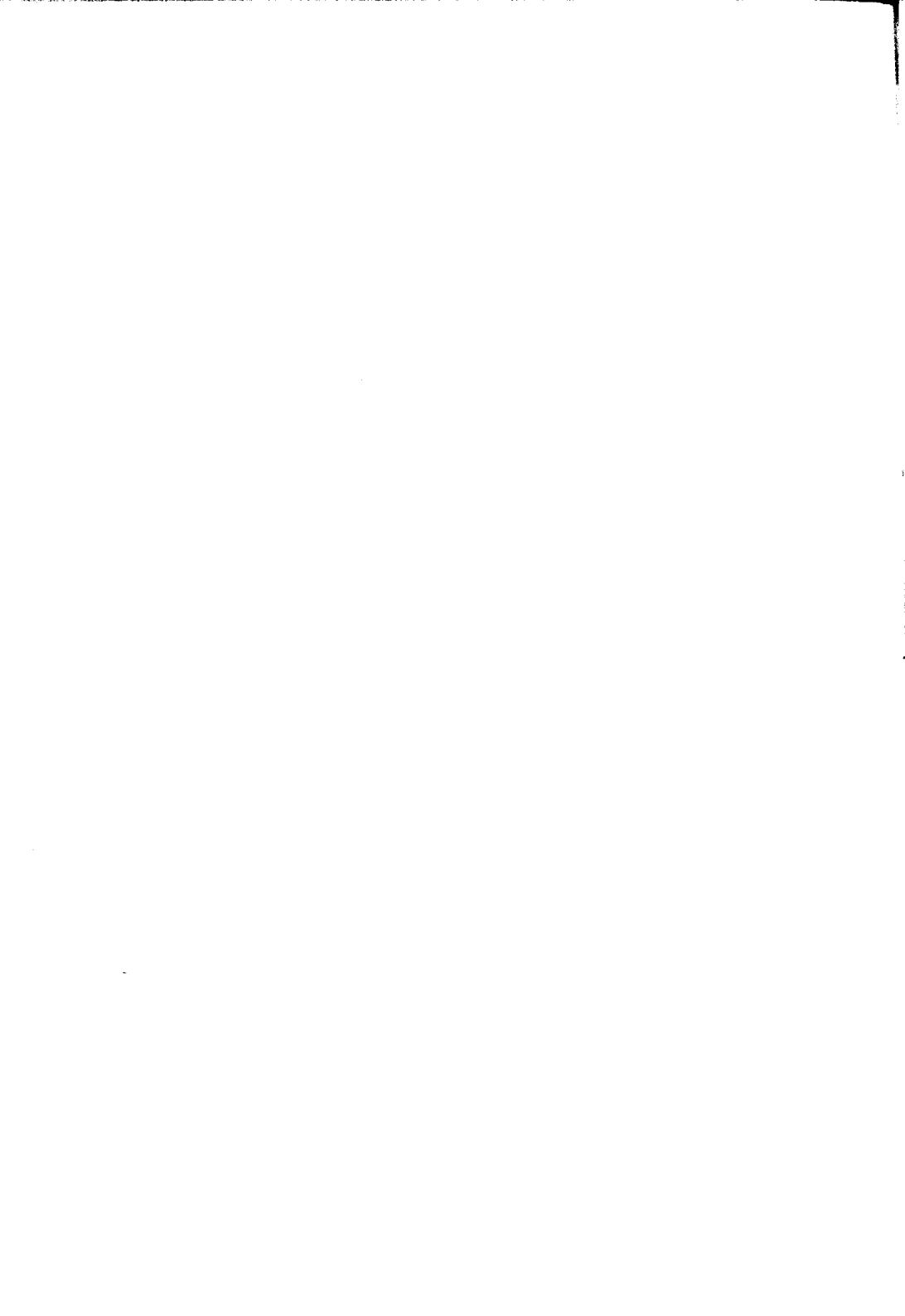
**Alhaique.** — Ricorda due casi clinici da lui felicemente operati di ulcera perforante nei quali ha praticato la simpatectomia perisciatica unitamente alla distensione nel nervo. I due casi risalgono ormai a due anni senza alcun accenno a recidiva dell'ulcera.

La rapidità colla quale si stabilisce il processo riparativo dell'ulcera mercè la simpatectomia perinervosa associata alla distensione del nervo sciatico deve incoraggiare i chirurghi ad associare questo agevole e rapido complemento operativo che prolunga di soli pochi minuti l'atto chirurgico, presentando notevoli vantaggi come semplicità, sicurezza e assenza di possibili complicazioni sulla simpatectomia perifemorale alla LERICHE.

**De Gaetano.** — Ringrazia i prof. ALHAIQUE e RUSCICA, il quale ultimo ha ricordato un importante caso del prof. PEREZ di distensione nervosa, per l'appoggio che i loro casi appor-tano al suo.

Al prof. ALHAIQUE risponde che, a partito preso, per non allargare la discussione, e restare solo nei fatti clinici nel suo caso constatato, non si è occupato della simpatectomia peri-nervosa, di cui ultimamente si è occupato il dott. PALMA nella nostra Clinica Chirurgica di Napoli; nè della patogenesi su cui tanto vi sarebbe da dire.

---



**Discussione su la comunicazione  
del Chiarissimo Prof. Raffaele Brancati**

**Tre casi di liponecrosi della mammella**

Estratto dagli "Atti della Società Italiana di Chirurgia,"  
XXXVI Congresso - Genova, 23-26 ottobre 1929 - VII - pag. cvni e seq.

---



---

**Brancati R.** — *Tre casi di liponecrosi della mammella.*

**Minervini R.** — Riferisce di un caso che mentiva un grosso tumore della mammella e nel quale si ebbe la fuoriuscita di sostanza necrotica spontanea e la guarigione.

**Barco P.** — Ha osservato un caso di liponecrosi dopo iniezioni di vaccino antitifico.

**Gioia E.** — Prende la parola per osservare, non essendo questa la sede di discussioni patogenetiche sopra un argomento ancora molto oscuro, che coll'estrazione della sostanza insaponificabile da nodi di liponecrosi spontanea provenienti da vari casi, si ottenne in tutti una certa quantità di un idrocarburo saturo in tutto simile ad olio di vaselina. Raccomanda pertanto all'O. di voler fare eseguire anch'egli tale ricerca che potrebbe illuminare la patogenesi.

**Ruscia G.** — Nell'Istituto di Patologia Chirurgica di Roma, a servizio del prof. PEREZ, ho osservato il caso di un individuo di circa 50 anni, con notevole sviluppo del tessuto adiposo sottocutaneo, il quale, in seguito ad un trauma subito in corrispondenza della regione mammaria sinistra, senza lesioni cutanee dimostrabili, presentava una tumefazione della regione anzidetta ed in cui, con l'esame istologico, furono riscontrate lesioni quasi identiche a quelle descritte dal prof. BRANCATI nella sua comunicazione. L'individuo in quistione, operato dal prof. PEREZ, con asportazione ampia della tumefazione stessa, guarì per "primam", e sta bene tutt'ora, a circa due anni di distanza dall'atto operativo subito.

Un altro caso interessante osservato nello stesso Istituto del PEREZ conferma le idee esposte dal BRANCATI e da altri AA. circa l'influenza che avrebbero le sostanze lipoidee nel determinare lesioni che possono clinicamente esser ritenute e scambiate con affezioni di natura neoplastica.

Si trattava di un collega che presentava alcune formazioni nodulari, del volume di una nocciola circa, duro-fibrose, con superficie granulosa, ad evoluzione lenta, con inizio subdolo, localizzate alla regione mammaria destra. I preparati di una biopsia eseguita precedentemente in un altro Istituto e esaminati anche da distinti anatomo-patologi, avevano fatto pensare all'esistenza di un blastoma.

Nell'Istituto di Patologia chirurgica di Roma, si escluse la natura maligna delle masse nodulari, la cui formazione venne messa in rapporto con ripetute iniezioni di olio canforato fatte nella regione stessa.

Il paziente, operato, non ha avuto a lamentare ulteriori disturbi.

**Catterina A.** — Chiede notizie sullo stato delle ghiandole ascellari.

**Tusini G.** — Rileva l'importanza dell'osservazione di BRANCATI e chiede dettagli istologici sulla conformazione delle cellule giganti.

**Brancati R.** — Al Collega MINERVINI risponde che la evoluzione del processo può essere non solo la colliquazione con formazione di un liquido purissime ma anche l'ulcerazione, ciò che complica maggiormente la diagnosi differenziale col cancro e la calcificazione del nodulo.

Ai colleghi GIOIA e BARCO risponde affermando che i casi da loro riportati hanno valore nella spiegazione patogenetica cui si associa ammettendo come l'essenza etiologica sia rappresentata dal grasso.

Ringrazia il prof. CATTERINA per avergli data la possibilità di riferire sullo stato anatomico ed istologico delle ghiandole linfatiche le quali erano ingrossate, mobili, molli e cosparse di nodi di grasso.

Al prof. TUSINI risponde che le cellule giganti possono solo ad un primo esame essere scambiate con quelle di Langhans ma che ne differiscono per la conformazione e disposizione dei nuclei e per l'assenza del bacillo di Koch, ricercato nelle sezioni con la reazione di Ziehl.

Esse sono simili a quelle da corpi estranei e del resto per quanto esistano cellule epitelioidi simili (che sono da considerare come dei lipoblasti) e cellule linfoidi non hanno mai disposizione speciale come nel tubercolo.



**Discussione su la comunicazione  
del Chiarissimo Prof. Pellegrino Di Porto**

**L'Esame istologico di un cancro della mammella  
dopo trattamento col Novantimeristen Schmidt**

Estratto dal " Bollettino ed Atti dell'Accademia Lancisiana di Roma ",  
Seduta 11 aprile 1929 - VII - pag. 213-220.

---



---

**Di Porto.** — *L'esame istologico di un cancro della mammella dopo trattamento col Novantimeristen Schmidt.*

**Ruscica.** — Prega di tener presente lo studio di elementi del genere per il valore che ad essi si potrebbe dare qualora, da un gran numero di osservazioni, si potesse stabilire l'esistenza di una certa relazione tra fenomeni di regressione del neoplasma e presenza più o meno cospicua di tali forme sinciziali in seno al tessuto neoplastico stesso. Non è il caso di intrattenersi sulla eventuale genesi di tali forme sinciziali osservate dall'A., né se esse abbiano significato di elementi di regressione. L'O. ha notato la presenza di numerosissimi elementi giganti in un caso di epiteloma del corpo mucoso di Malpighi, con sede nella lingua vastamente ulcerata e infiltrata e ridotta come un moncone facilmente sanguinate: tali elementi giganti erano assenti nel tessuto prima di iniziare la terapia che consistette in irradiazioni a distanza, con applicazioni roentghenterapiche alle regioni glutee. Tali cellule avevano un volume quadruplo o quintuplo dei singoli elementi epiteliodi osservati nei preparati: erano provvisti di protoplasma fortemente acidofilo con tre, quattro nuclei periferici piccoli, allungati che sembravano ricordare il nucleo dei polimorfi nucleati, con cromatina notevolmente addensata. Inoltre si notava la comparsa di discreta quantità di sostanza collagena e di fibrille connettivali esili fra gli elementi neoplastici e di reazione locale, questi ultimi però scarsi. Orbene, clinicamente il neoplasma pareva avesse perduto il carattere altamente infiltrante che invece si accertava prima del trattamento; l'ulcerazione si presentava notevolmente più detersa ed erano finiti, o per lo meno assai ridotti, i fenomeni flogistici da ascriversi a infezioni batteriche secondarie.

Diminuiva anche l'ingorgo delle linfoglandole sottomascolari e del gruppo delle linfoglandole latero-cervicali di destra anch'esse infiltrate dal processo neoplastico.

Se, come è lecito pensare, tali elementi sinciziali costituiscono e sono una espressione della reazione locale dei tessuti, reazione resa forse più attiva dalle modificazioni umorali instauratesi in seguito al trattamento, non vorrà parere senza importanza il fissare l'attenzione su reperti del genere dato che tanto nel caso esposto dal Relatore, che in quello dall'O. accennato, per un certo tempo si assisteva a fenomeni di regressione e di non ulteriore evoluzione del processo neoplastico. E ciò per poterne trarre conclusioni più generiche e importanti non solo per ciò che riguarda il campo strettamente scientifico, ma anche per ciò che riguarda quello pratico. Diversi autori infatti annettono, per es. un valore prognostico relativamente favorevole alla presenza, nel tessuto neoplastico, di elementi istiocitari e d'infiltrazione parvocellulare, fatti che si osservano più frequentemente nelle parti peritumorali, là dove in special modo esiste ricchezza di tessuto connettivale lasso (s'intende che tali fenomeni possono acquistare valore solo in casi di neoplasmi non ulcerati e in cui non si trovino zone di necrobiosi cellulare).

In quanto alla rapida evoluzione subita dal tumore maligno in seguito alla sopravvenuta affezione influenzale, condivido le idee del dott. Di Porto circa l'importanza che egli annette a questa complicazione per spiegare il rapido accrescimento del neoplasma.

Non si conosce, è vero, l'etiologia del cancro, ma senza tema di cadere in errore, possiamo pensare che anche di fronte a stimoli morbosi del genere, l'organismo debba reagire non solo dal punto di vista locale, ma anche generale, iniettando in circolo ed elaborando sostanze, umori speciali, dotati di poteri oncolitici e capaci di arrestare in certo qual modo, o distruggere le cellule neoplastiche, sia *in situ* che qualora esse siano pervenute nel circolo emolinfatico.

Qualora una diminuzione dei poteri generali di reazione dell'organismo si manifesti per una causa qualsiasi (nel caso del relatore possiamo bene imputare l'affezione influenzale) si può arguire, analogamente a quanto si osserva nei processi in-

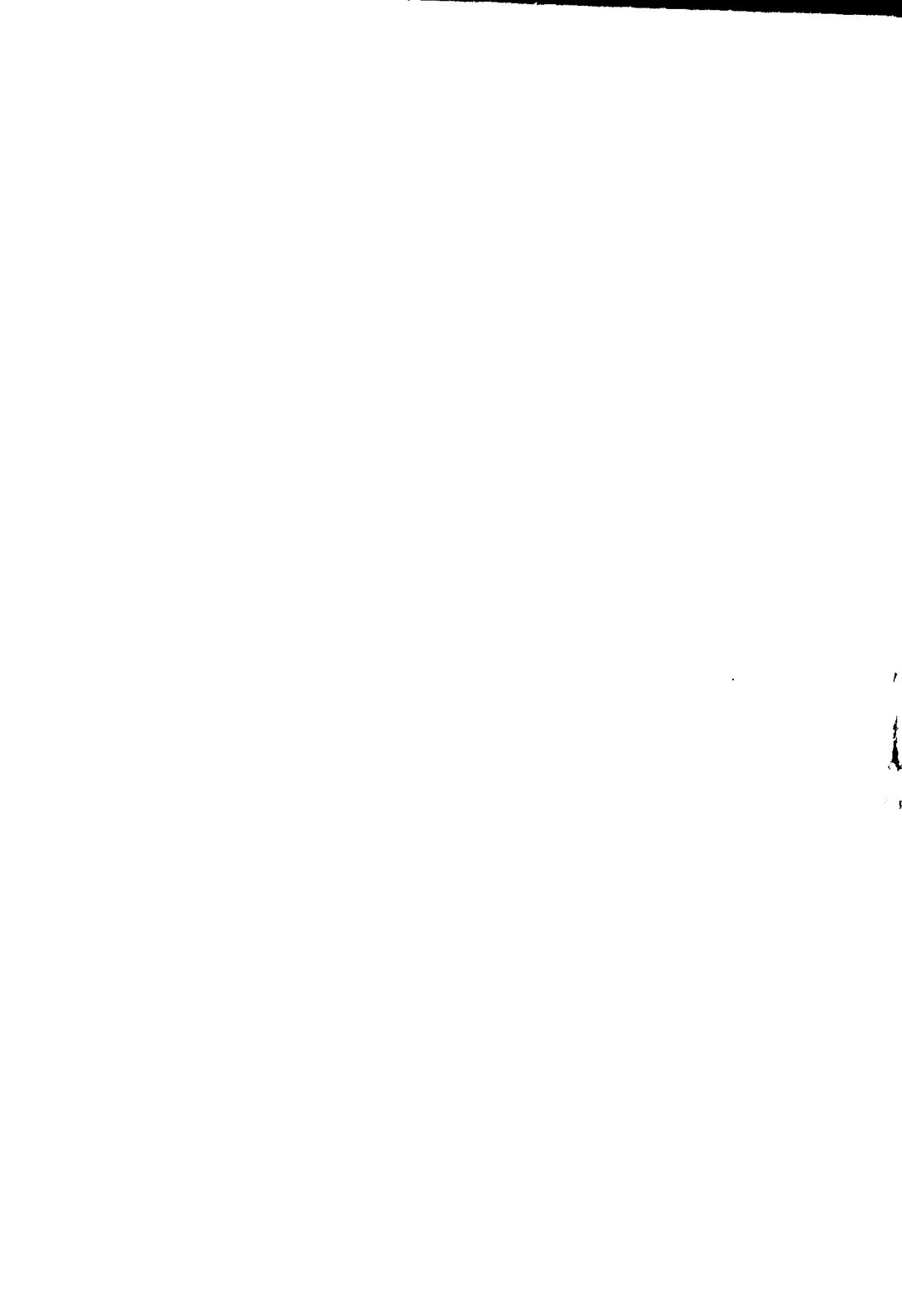
fiammatori, sebbene con modalità diverse, che le cellule neoplastiche possano riacquistare tutta la loro attività riproduttiva non più influenzata efficacemente dai poteri diversi difensivi, non esclusi quelli oncolitici, posseduti dal siero del plasma.

Il collega parla, infatti, di numerose figure cariocinetiche osservate nei preparati del tumore quando questo, dopo l'affezione influenzale che aveva colpito la paziente, ebbe una rapida evoluzione.

Per ciò che riguarda il sintoma dolore non influenzato nemmeno dal metodo di terapia dello Schimdt, come afferma il prof. D'AVACK, ricordo incidentalmente gli ottimi risultati ottenuti nel caso stesso con irradiazioni a distanza. Tale metodo di cui il prof. Busi dell'Istituto di Radiologia vanta altri magnifici risultati, ha fatto sì che, ancora dopo circa quaranta giorni dal trattamento, il paziente, dapprima sofferente di atroci dolori continui per cui non bastava la somministrazione di 40 centigrammi di morfina al giorno, ora non soffre più ed è rifiorto.

**Margarucci.** — Ha potuto constatare in una malata affetta da carcinoma inoperabile della mammella l'efficacia immediata delle irradiazioni a distanza sui dolori.

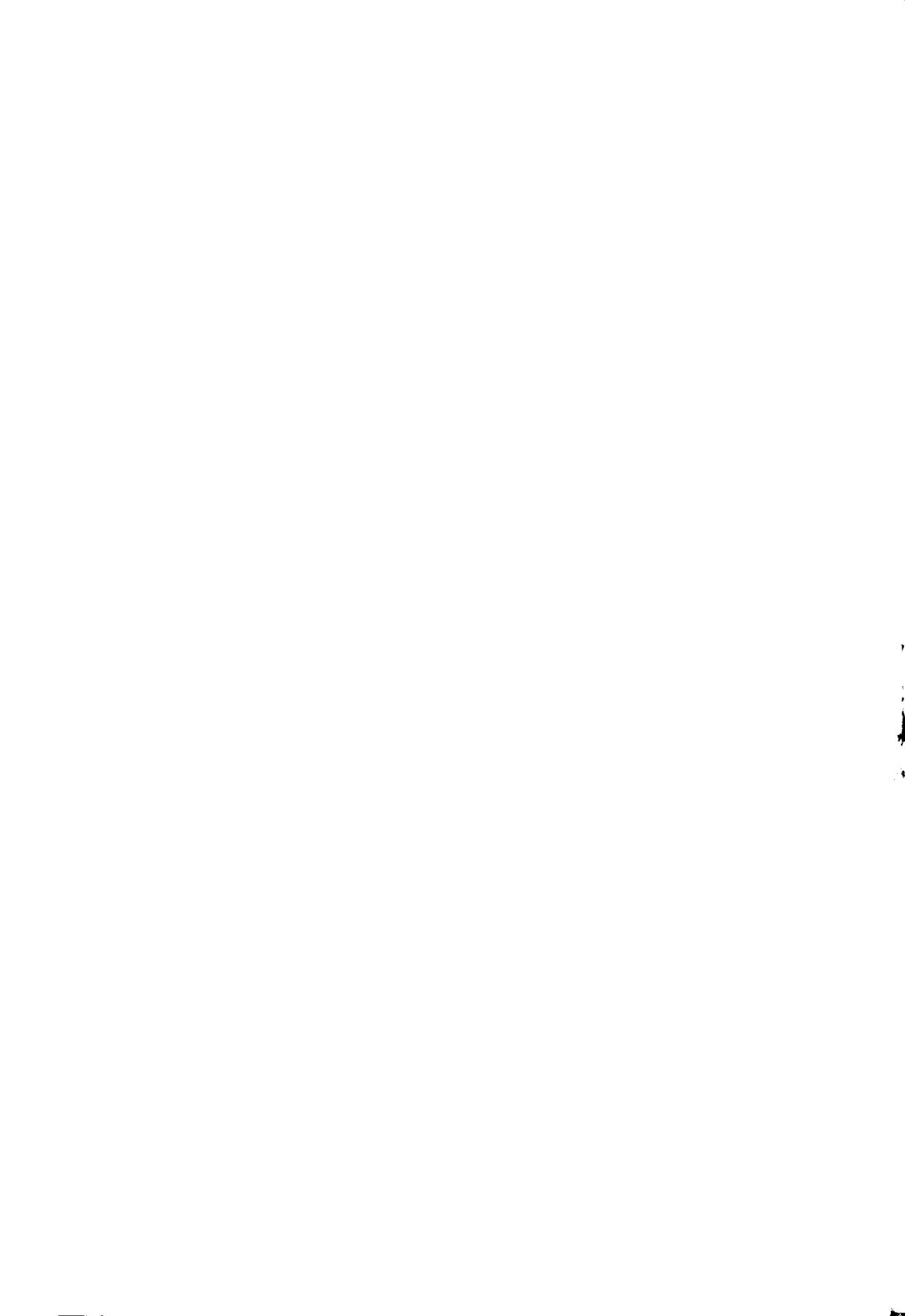
È lieto che si studi anatomo-patologicamente l'efficacia di altri palliativi, non vorrebbe però che si trascendesse in entusiasmi non giustificati.



**Discussione su la comunicazione  
del Chiarissimo Prof. V. Lozzi**

**Idronefrosi da vasi aberranti**

Estratto dal " Bollettino ed Atti dell'Accademia Lancisiana di Roma "   
Seduta 10 luglio 1930 - VIII - pag. 206-212.



---

**Lozzi.** — *Idronefrosi da vasi aberranti.*

**Ruscica.** — Le due interessanti osservazioni del collega Lozzi richiamano alla mente alcune considerazioni a proposito della discussa patogenesi della idronefrosi. Nei due casi riferiti non risultava che i vasi anomali fossero aderenti all'uretere per mezzo di briglie fibrose; pertanto era possibile ottenere la scomparsa della dilatazione con la semplice sezione dei vasi e nel tempo stesso si assisteva alla scomparsa di contrazioni da parte degli ureteri. Nei postumi non viene citata alcuna persistenza di crisi dolorose.

Questi fatti darebbero ragione al LEGUEU ed alla sua scuola a proposito della interpretazione patogenetica da essi formulata per questa speciale affezione. Il LEGUEU ammette infatti, che perchè si stabilisca la idronefrosi sia sufficiente, in tali casi, il semplice contatto dell'arteria anomala con l'uretere in una certa posizione di angolatura dell'uretere stesso. Tali concetti espressi anche nell'ultimo Congresso internazionale di Madrid, sono stati ribaditi dallo stesso Autore alla Società Francese di Urologia in occasione di un reperto operatorio del genere presentato dal RICHER.

In quanto alle crisi dolorose osservate in tali casi, il WOLFRAMM, fautore della patogenesi meccanica della idronefrosi, non sa persuadersi, contrariamente ai seguaci del LEGUEU, come un'arteria passando liberamente su una delle facce del bacinetto o sull'uretere le possa provocare.

Il WOLFRAMM insiste nel fare rilevare che bisogna ammettere la esistenza di una aderenza dei vasi con l'uretere o col bacinetto per mezzo di briglie fibrose perchè i fenomeni dolorosi di tali idronefrosi da vasi anomali possano verificarsi.

Cita casi probativi per mettere in evidenza la fondatezza delle sue vedute e precisamente, in una ultima osservazione di idronefrosi da vasi anomali, riferisce di essere intervenuto una seconda volta per rimuovere delle aderenze fibrose tra vasi e uretere, giacchè, dopo la sola sezione dei vasi fatta nella precedente seduta operatoria, i fenomeni e le crisi dolorose persistevano. Rimosse le aderenze il paziente non presentava ulteriori disturbi.

Comunque stiano i fatti, le osservazioni del Lozzi sarebbero, a mio modo di vedere, dati interessanti per giustificare le osservazioni del LEGUEU e pertanto ho creduto opportuno rilevarne il significato importante.

Circa il secondo caso riferito dal Lozzi, di idronefrosi dovuta all'incrocio di vasi utero-ovarici, mi sia permesso ricordare la recente osservazione del PAPIN di Parigi, in cui l'atto operativo faceva stabilire che il vaso anomalo era l'arteria uterina. Degna di nota la anomalia di decorso e di origine di tale arteria: essa nasceva molto in alto, dall'ipogastrica, quasi subito dopo l'origine di questa dall'iliaca esterna.

70115

