

Sarcoma generalizzato ipodermico semplice : (tipo Perrin) / Gian Angelo Ambrosoli.

Contributors

Ambrosoli, Gian Angelo.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Milano : Stab. Tip.-Lit. Stucchi, Ceretti & C., 1914.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/q6fy8ek9>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

(9.) *Maggiore della S.*
Dott. GIAN ANGELO AMBROSOLI, Assistente

Studio clinico ed istologico

Sarcoma generalizzato ipodermico semplice

(Tipo **PERRIN**)



Estratto della Rivista
L'OSPEDALE MAGGIORE
N. 2 - Febbraio 1914

MILANO
STABILIMENTO TIPO-LITOGRAFICO STUCCHI, CERETTI & C.
Via S. Damiano, 16

1914

OLD HISTORY BOOKS
OF THE
MIDDLE AGES
AND
THE
RENAISSANCE



Dott. GIAN ANGELO AMBROSOLI, Assistente

Studio clinico ed istologico.

Sarcoma generalizzato ipodermico semplice

(Tipo PERRIN)

Secondo la classica descrizione, i sarcomi sono tumori costituiti da cellule connettive e, per usare le parole colle quali Cornil e Ranvier esprimono le loro classiche vedute a questo proposito, « tumori formati dall'agglomerarsi di cellule connettive, sempre regolarmente disposte in rapporto agli assi vascolari che li attraversano ».

Il gruppo dei sarcomi fu per molto tempo assai confuso e mal definito: ed ancor oggi, quantunque, per merito dei moderni lavori di istologia, già molte forme morbose che erroneamente venivano comprese in tale gruppo, abbiano trovato posto altrove, regna qualche incertezza e qualche divergenza.

A proposito dei sarcomi cutanei poi, oltre a queste divergenze comuni a tutti i sarcomi, se ne affacciano altre ad essi particolari, e che originarono non poche discussioni, che in parte perdurano tuttora.

Tra i sarcomi che si possono osservare alla pelle, si deve anzitutto ben distinguere la forma di sarcoma primitivo idiopatico, dai sarcomi secondarii, metastatici.

I sarcomi metastatici della pelle, provengono dalla generalizzazione di tumori sarcomatosi dei visceri, dei gangli, delle ossa, e di questi rappresentano un episodio terminale, non occupando il dermatologo, pel quale invece presenta uno speciale interesse la forma di sarcoma idiopatico primitivo della pelle. L'esistenza della sarcomatosi cutanea fu riconosciuta in dermatologia solo nel 1869, per me-

rito di Köbner: in seguito diversi casi di questa forma patologica della pelle furono osservati e studiati da Kaposi, Vidal, De Amicis, Hyde, Hallopeau, Hardway, Schwimmer, Perrin, del quale ultimo ricorderò l'eccellente tesi e l'articolo dei sarcomi sulla « Pratique Dermatologique ».

Nel gruppo della sarcomatosi cutanea idiopatica primitiva, sono compresi dei sarcomi appartenenti a varietà diverse. Dal punto di vista dell'istologia, possiamo distinguere fra i sarcomi primitivi della pelle:

I. *Sarcomi globo-cellulari*, che sono costituiti da cellule rotonde talora piccole (sottovarietà parvi-globo-cellulare), talora più grandi.

II. *Sarcomi fuso-cellulari*, a cellule fusiformi o fascicolate.

III. *Sarcomi pigmentati*, fuso-globo cellulari, per lo più di provenienza vasale con angiectasie, e con residuo più o meno grande di pigmento ematico. Questa varietà di sarcoma non va confusa coi nevo-carcinomi, che furono considerati per molto tempo come sarcomi melanotici.

Ma a questi diversi tipi istologici non corrispondono altrettanti tipi clinici netti, anzi, dal gruppo complesso dei sarcomi primitivi della pelle, non si sono potuti fin qui isolare che due tipi, l'evoluzione e la struttura dei quali presenti caratteri ben stabiliti e fissi, tali da poter costituire delle entità nosologiche, che sono comprese e classificate nel gruppo sarcomatosi.

Le due varietà di sarcomatosi ben individualizzate sono:

1) La *sarcomatosi pigmentaria multipla idiopatica* (tipo Kaposi 1870), che è la più frequente, ed è caratterizzata da produzioni morbose simmetriche, che incominciano alle mani ed ai piedi, e si estendono più tardi agli arti, alla faccia: la costituiscono delle nodosità che sono comprese nel derma, e presentano una colorazione bleu o bruno rossastra. Istologicamente i tumori sono intradermici, e costituiti da cellule fusiformi, e soprattutto da cellule rotonde di vario volume, comprese in uno stroma fibro-angiomatoso, con infiltrazione più o meno abbondante di pigmento proveniente da emorragie intestiziali per rottura di vasi a pareti embrionarie. Questa varietà di sarcoma è da altri (Radaeli) considerata istologicamente come un angioendotelioma cutaneo, e da altri ancora (Dalla Favera) ascritta al grande capitolo dei granulomi.

2) La *sarcomatosi generalizzata ipodermica* (tipo Perrin 1886): assai rara, inizia in una qualunque regione del corpo, salvo le estremità; l'inizio è lento o rapido: resta per qualche tempo un numero molto limitato di tumori, e solo in seguito si può avere un'abbondante produzione in diverse regioni, di tumori disposti sempre irregolarmente senza alcuna distribuzione sistematica o simmetrica, restando solo la tendenza a risparmiare fino all'ultimo i piedi e le mani. Dal punto di vista istologico si tratta di un sarcoma parviglobo cellulare semplice, cioè senza produzioni angiomatose né pigmentazioni, avente punto di partenza dall'ipoderma.

Tolti questi due tipi, le altre numerose varietà di sarcomi primitivi della pelle, non sono ben individualizzate, né definite, tanto dal lato clinico che dall'istologico, e vengono per lo più dagli autori riunite in un sol gruppo, che va sotto la denominazione di « Sarcomi cutanei diversi » (Darier) o di « Tipi di sarcomi ancora mal classificati » (Perrin). Carattere di tutti questi sarcomi è di moltiplicarsi da prima nella regione della pelle inizialmente affetta e poi a distanza ancora nella pelle, avanti di generalizzarsi ai visceri, e di avere poca tendenza ad invadere il sistema ganglionare linfatico.

Se da questo terzo gruppo di sarcomi cutanei primitivi, non si possono isolare tipi netti, si possono pertanto distinguere in esso, dal punto di vista della costituzione istologica:

1) *Sarcomi globo cellulari*, costituiti da piccole cellule rotonde e che clinicamente si presentano per solito come tumori di consi-

stenza molle, di colorito roseo o rosso scuro; rapidamente si sviluppano e rapidamente si generalizzano.

2) *Sarcomi fusocellulari*, per solito più duri che i precedenti, di un colorito bianco od ardesiaco, e ad evoluzione più lenta e meno maligna.

3) *Sarcomi telangiectasici*, spesso pigmentati per emorragie interstiziali, generalmente duri; hanno un'evoluzione lenta nell'adulto, rapida nei bambini; sono pure chiamati angio-sarcomi.

Sono ormai definitivamente eliminati dal campo della sarcomatosi cutanea, i sarcoidi e la micosi fungoide, sia la forma a tipo Bazin, sia la varietà a tumori d'embrée di Vidal e Brocq, che è la più vicina alla sarcomatosi cutanea: Ed infatti è oggimai generalmente ammesso:

che i sarcoidi ipodermici di Darier e Rous-sy siano delle tuberculidi ipodermiche; ed all'esame istologico mostrano infatti l'esistenza di follicoli tubercolari tipici, con cellule giganti al centro, cellule epitelioidi perifericamente;

che il sarcoide multiplo benigno della pelle di Boech sia una tuberculide nodulare dermica: ed è infatti caratterizzato istologicamente da neoformazione cellulare a tipo tubercolo, con degenerazione epitelioidale considerevole, e cellule giganti;

che la micosi fungoide non è né un sarcoma né un sarcoma linfadenoidale, che si allontani dal tipo linfadenoma propriamente detto, sia pel volume dei suoi elementi cellulari, (cellule talora piccole e rotonde, talora grosse e polimorfe), sia per le modificazioni che può subire il reticolo, fino a diventare fibroso. Il reticolo, scrive il Perrin, deve essere considerato come la caratteristica istologica della specie dei linfadenomi: ed ogni tumore che presenta un reticolo è un linfadenoma, e non un sarcoma.

Sotto la denominazione di melano-sarcomi o di sarcomi melanotici furono per molto tempo compresi nel gruppo della sarcomatosi cutanea dei tumori ai quali si è oggimai riconosciuta un'origine epiteliale, e che vanno considerati come « nevo-carcinomi » nome questo proposto da Unna che dimostrò l'origine epiteliale delle cellule nevice, e per conseguenza dei neoplasmi che ne derivano.

La struttura istologica di questi tumori maligni provenienti dai nevi è speciale: gli elementi che li costituiscono sono globulari o fusiformi, talora pigmentati, e disposti in ammassi compatti, in istriscie mal limitate, o

entro a degli alveoli: talora l'apparenza è assolutamente quella di un sarcoma, il che spiega come possano essere stati per molto tempo ritenuti come tali.

Quanto al sarcoma Kaposi, i varii autori sono ben lungi dall'accordarsi sulla natura istologica delle alterazioni che si presentano in questa forma morbosa.

teliale; Walter Pick è d'avviso che in un primo stadio dell'alterazione si abbia un accumulo di plasmazellen, le quali possono poi trasformarsi in cellule fusate, o prendere un aspetto endotelioide o trasformarsi in cellule fibrose; Radaeli poi, che s'è occupato a lungo dell'argomento, definisce il neoplasma di Kaposi come un angio-endotelioma cutaneo; Del-

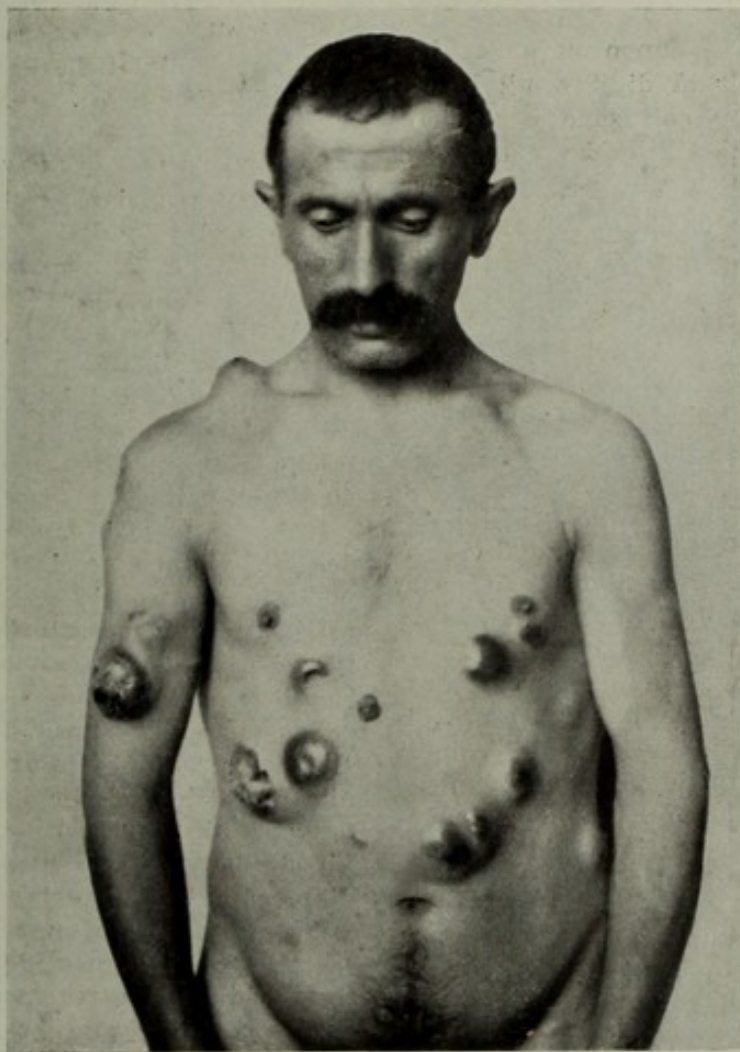


Fig. 1.

Per citare soltanto le ultime vedute emesse a tale proposito, ricorderò che: Selhost e Polano considerano il neoplasma di Kaposi come un sarcoma a cellule fusate; Mac Leold trova analogia tra il sarcoma di Kaposi ed un tessuto infiammatorio in via di organizzazione fibrosa, ritardata nella sua evoluzione forse dalla stasi sanguigna; Halle lo considera come un angio-sarcoma periteliale; Protà come un angio-sarcoma endoteliale; Bernhardt come un angio-sarcoma periteliale fuso-cellulare; Pelagatti come una neoplasia dovuta in parte a vegetazione endoteliale, in parte a vegetazione peri-

la Favera infine e Sellei lo considerano come un granuloma; Pini pure come un granuloma infettivo.

Di tutti questi sarcomi cutanei la varietà indiscutibilmente ammessa come sarcoma puro è quella a tipo ipodermico del Perrin.

Essendomi occorso di studiare e seguire nel Comparto Dermatologico dell'Ospitale Maggiore una forma classica di questo tipo clinico magistralmente descritto dal Perrin, e, trattandosi di forma rara, credo utile il darne pubblicazione.

STORIA CLINICA. — S. F., d'anni 47, contadino, celibe da Ozzero (Abbiategnaso).

Entrato nel Comparto Dermatologico dell'Ospitale Maggiore di Milano il 27 Settembre 1912.

ANAMNESI. — Nulla di notevole nell'anamnesi remota: la madre è vivente e sana; il padre morì a 41 anno di polmonia. Il paziente ebbe un solo fratello, che è vivente e sano. Nessuna malattia ereditaria, neppure fra gli ascendenti e collaterali lontani.

Nato a termine, ebbe sviluppo normale; frequentò lo scuola fino all'età di 12 anni; lavorò prima come mugnaio e poi come contadino; dimorò sempre in luoghi sani; ebbe nutrimento sempre sufficiente e conveniente; non abusi corporali; non fu alcoolista, nè tabagista. Non ebbe mai causa di debilitazioni speciali. Nulla ricorda delle malattie della prima infanzia; a 17 anni superò un'infezione tetanica; poi godè sempre ottima salute. Non ebbe mai malattie veneree.

La presente malattia ha avuto inizio fra la fine dell'Agosto ed i primi del Settembre 1912. In mezzo a condizioni generali buone, senza cause presunte e preceduta solo da leggero prurito, l'ammalato notò la comparsa delle prime lesioni. Queste consistettero in piccoli noduli, facenti sporgenza attraverso la cute, situati alla parte destra del torace fra la linea mammillare e la parasternale, verso le ultime coste. Questi noduli andarono gradatamente aumentando di volume, nel mentre il paziente notò, a breve distanza di tempo, la comparsa di altre simili forme al torace anteriormente, poi lateralmente e posteriormente. Qualche forma comparve anche alla radice degli arti; risparmiata invece furono sempre le estremità degli arti, la faccia ed il capo.

Sino ad oggi tutti i tumori, anche i primi comparsi, e cioè i più grossi, si mantennero in istato di progressivo accrescimento.

Nessun tumore già in atto ebbe a retrocedere spontaneamente od a riassorbirsi.

Aumentando di volume i tumori assunsero un colorito rosso, sempre più accentuato, e la cute sopra essi si fece tesa; i tumori non furono mai, nè dolorosi, nè molto pruriginosi.

Al principio del Dicembre 1912, e cioè più che tre mesi dopo l'inizio della malattia, il paziente notò un aumento di volume del testicolo sinistro, che continuò poi a progredire, senza essere accompagnato da dolore.

Le condizioni generali sino al momento della redazione della presente storia si mantennero buone e nessun sintomo generale ebbe a comparire.

STATO PRESENTE. — L'ammalato ha condizioni generali buone e non prova alcuna sensazione

anormale ai vari apparati e sistemi. La costituzione scheletrica è regolare; la nutrizione è buona; la muscolatura è ben sviluppata e tonica, il pannicolo è conservato; la pelle è elastica, di colorito bronzato al collo ed alle mani, di colorito bianco lattiginoso per il resto. Capelli neri; mucose visibili ben colorite; arterie palpabili a caratteri normali. Gli organi di senso specifico sono integri; nessuna alterazione si riscontra a carico degli organi interni toracici ed addominali.

Ghiandole linfatiche di volume normale.

Sensibilità integra.

DESCRIZIONE DELLA DERMATOSI. — L'affezione cutanea, come oggi si presenta, risulta di numerosi tumori (più di 25) facenti sporgenza sulla cute, di varia forma e volume, di colorito dal roseo pallido al rosso cianotico e nerastro, sparsi senz'ordine, nè simmetria, taluni isolati, tal'altri raggruppati a 3, a 4; essi lasciano affatto indenne la parte distale degli arti, il capo ed il collo, ed hanno sede al torace anteriormente, lateralmente e posteriormente, e qualcuno alla radice degli arti.

I singoli tumori hanno un volume che varia da quello di un nocciolo di ciliegia a quello di una piccola arancia.

I tumori più piccoli (i più recenti per comparsa) difficilmente sono avvertibili alla sola ispezione, notandosi ove hanno sede un leggero sollevamento, a superficie convessa e regolare della cute, che si presenta di aspetto normale; alla palpazione invece già risulta evidente la presenza di un nodulo posto nella profondità dell'ipoderma, che solo interessa, di forma tondeggiante, un poco appiattito perpendicolarmente alla cute, e spesso un poco allungato nel senso ad essa parallelo, a contorno netto e convesso, a superficie liscia e regolare, di consistenza tra il carnoso ed il fibroso, spostabile in tutti i sensi sul piano muscolare sottostante.

La cute è normale e scorrevole al disopra di questi tumoretti. Non dolore alla palpazione anche profonda. I tumori si presentano con questi caratteri fino a che si mantengono nelle dimensioni di uno o due centimetri di diametro, quando oltrepassano queste dimensioni, la cute che li ricopre, pur restando di aspetto normale, prende aderenza col tumore. Col crescere del tumore la pelle si fa un poco tesa ed acquista colorito roseo, poi rosso; quando i tumori si fanno molto grossi, la pelle passa al rosso bluastro cianotico od anche al bleu-nerastro.

I tumori di medio volume (diametro massimo da 2 a 4 cm.) si presentano all'ispezione come un sollevamento a forma emisferica della cute, di un colorito, che va dal rosso rosa al rosso

vivo ed al rosso cianotico; alla palpazione si notano dei tumori a forma emisferica a limiti netti, a superficie liscia e regolare, di una durezza un po' più fibrosa dei precedenti, colla base impiantata nell'ipoderma; la pelle è aderente, non può essere sollevata in pieghe; i tumori sono ancora spostabili sul piano muscolare sottostante.

mento cutaneo, che si presenta rosso, assottigliato e lucente. Questi tumori hanno l'aspetto di pagnotte di colorito rosso blastro carico, o nerastro, aventi base nell'ipoderma e spostabili sul piano muscolare profondo attraverso il connettivo sottocutaneo. La cute al disopra dei tumori è assai tesa, sottile ed eczematizzata, ricoperta talvolta da squame, piuttosto larghe, gri-

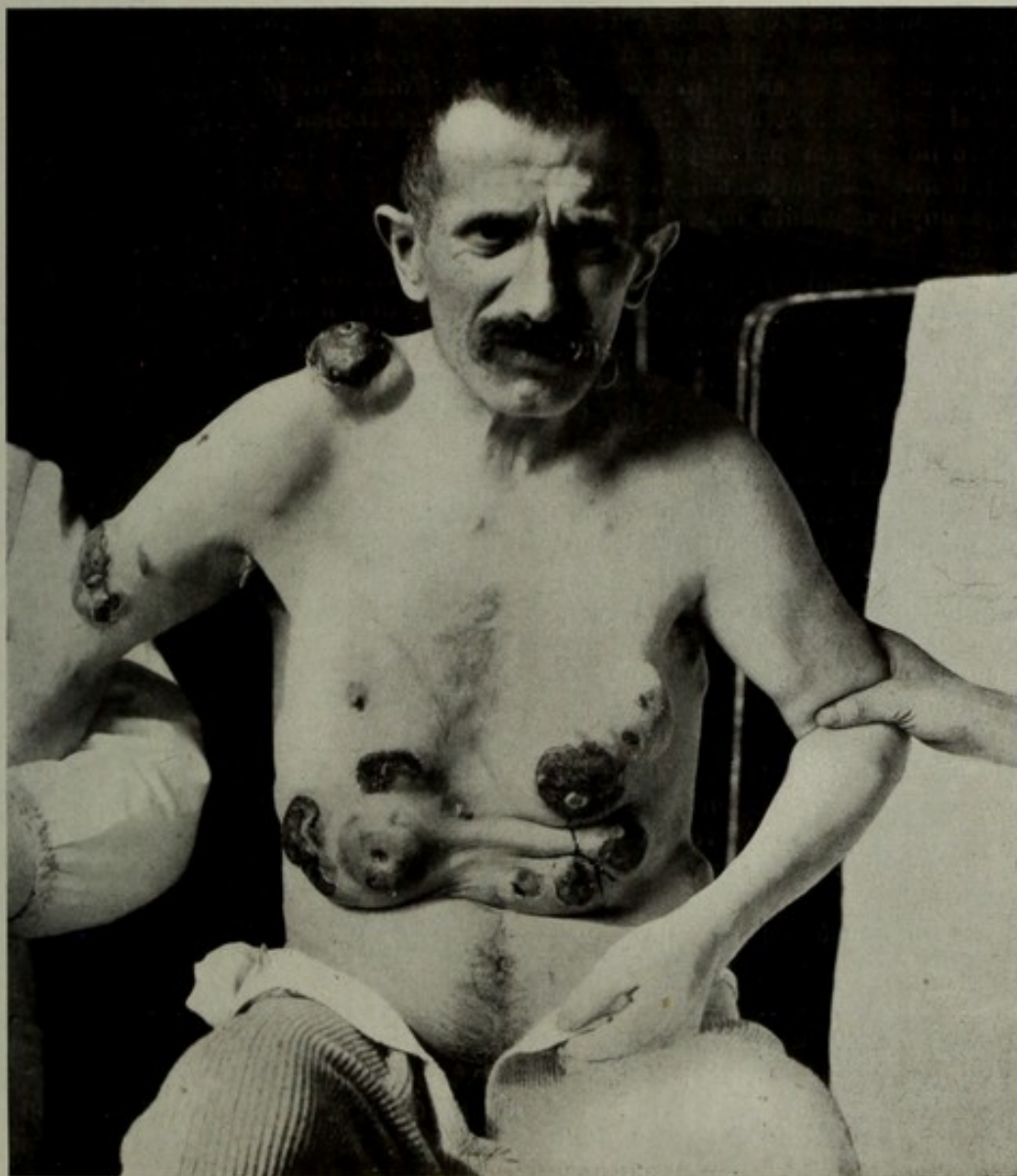


Fig. 2.

I tumori più grossi raggiungono un diametro da 5 a 8 cm.; si differenziano dai precedenti per questi caratteri: mentre nei tumori di medio volume, pur essendovi all'ispezione un sollevamento della cute, non si ha una partecipazione visibile del rivestimento cutaneo alla massa del tumore, nelle neoplasie più grosse è manifesto l'interessamento e la partecipazione del rivesti-

giastre. La superficie di questi tumori è per lo più liscia e regolare, ma qualche volta presenta degli avvallamenti.

La cute perifericamente al tumore è di colorito normale, ma presenta forte stiramento e piegheature a raggio.

Non si notano, al momento della redazione della presente storia, tumori ulcerati.

Tutti i tumori sono indolenti anche alla pressione.

Non si nota infiltrazione dei gangli linfatici.

Passando all'esame della borsa scrotale, si avverte all'ispezione un notevole aumento di volume nella sua metà di sinistra con una configurazione a pera, a superficie regolare ed a cute d'aspetto normale.

Alla palpazione della borsa scrotale, a destra, si trova un testicolo affatto normale; a sinistra si palpa invece un tumore nel quale non si riesce più a distinguere il testicolo nelle sue diverse parti: ma si apprezza una massa tumorale unica, che iniziandosi all'orificio esterno del tragitto inguinale, dove ha la sua parte più stretta, occupa completamente la parte sinistra dello scroto, raggiungendo il massimo diametro nella porzione inferiore.

Il tumore ha le dimensioni di circa 3 volte il testicolo normale. Ha consistenza dura, elastica, fluttuante e superficie liscia. L'esame per trasparenza dimostra la presenza di liquido in discreta quantità nella vaginale: il testicolo, che appare pure ingrossato, è spinto nella parte posteriore dello scroto ed un poco in alto. Si pratica la puntura della vaginale, che dà uscita a circa 200 gr. di liquido giallo citrino trasparente di poca densità.

Ripetendo la palpazione, dopo svuotata la vaginale, si nota che il tumore ha consistenza nettamente dura, superficie irregolare, e si può avvertire come il didimo sia aumentato di volume, pur essendo liscio e meno duro dell'epididimo, a carico del quale specialmente si è svolto il tumore, e come detto tumore in rispondenza della testa e della coda dell'epididimo, dove ha il suo massimo sviluppo, presenti una superficie nettamente bernoccoluta.

Il tumore testicolare non è dolente alla palpazione.

Esame delle urine. — Nulla di anormale sia all'esame chimico, che al microscopico.

Esame microscopico del liquido estratto dalla vaginale del testicolo. — Non si rinvennero cellule sarcomatose; si trovano soltanto numerosi globuli bianchi, globuli rossi e fibrina.

Esame del sangue. — Sangue prelevato dal dito indice il 23 gennaio 1913 alle ore 15, quattro ore dopo un pasto misto. Temperatura del paziente 37.

Tasso emoglobinico . . . 70
(cromometro Bizzozero)

Globuli rossi . . . 4.250.000 (Toma - Zeiss)

Globuli bianchi . . . 8.650 " "

Esame microscopico. — Globuli rossi di forma e volume normale non macro, nè microciti; non normo, nè megaloblasti.

Formola leucocitaria

Polinucleari neutrofili	76
" basofili	0
" eosinofili	3
Linfociti piccoli	14
" grandi	5
Grossi mononucleati	1
Forme di passaggio	1
Mastzellen	0

Non ematozoarii.

DECORSO DELLA DERMATOSI E CURA. — Il decorso della dermatosi, dal giorno dell'ingresso nell'ospedale del malato, fu sempre progressivo, in qualche periodo più lento, in qualche altro più rapido.

I tumori già in atto aumentarono di volume, la cute al disopra di essi si fece aderente, sempre più sottile e cianotica, si eczematizzò e finì su alcuni dei tumori più grossi a cadere in necrosi alla parte centrale. In tali circostanze i tumori assumevano allora un aspetto definitivo, che era quello di una intumescenza del volume di una grossa arancia, ed anche più; di forma globosa, che presentava alla parte più sporgente una erosione irregolarmente tondeggiante, a bordi netti, a fondo irregolare, rosso-giallo, secernente sieropur, che tendeva ad essiccare in croste. Nei tumori meno grossi, la perdita di sostanza si limitò ad una erosione superficiale coi caratteri anzidetti; nei tumori più grossi e del periodo terminale della malattia si formarono vere ulcerazioni profonde a fondo necrotico nerastro. Mentre i vecchi tumori ingrossavano si poteva notare la comparsa di noduli nuovi qua e là nell'ipoderma, sia al tronco che alla radice degli arti, noduli che incominciavano tutti dal volume di un nocciolo di ciliegia, avevano consistenza gommosa dura, erano indolenti e mobili; i nuovi tumori seguivano poi l'evoluzione sopra descritta.

Il tumore al testicolo non ebbe ad aumentare sensibilmente di volume, solo si fece più duro e bernoccolato.

In generale non si ebbero adenopatie; solo nelle ghiandole corrispondenti a tumori che datavano da lungo tempo, e nei quali insorsero fatti di infezioni microbiche secondarie, si ebbe a notare leggero ingorgo a tipo infiammatorio.

Lo stato generale si mantenne buono per lungo tempo; verso il mese di luglio però il numero dei tumori erosi aumentò, causando vivo dolore all'ammalato, mentre numerosi nuovi tu

mori pullularono nell'ipoderma; ed allora l'ammalato ebbe a scadere rapidamente in nutrizione e forza ed entrarono in campo sintomi di compressione agli organi interni, e specialmente ai polmoni e al cuore, che fecero pensare ad una improvvisa diffusione dei tumori agli organi stessi. L'ammalato divenne perciò molto inquieto, depresso, il polso si fece debole, aritmico, in tali circostanze le condizioni generali peggiorarono rapidamente, ed il povero paziente morì, con sintomi di soffocazione, per paralisi cardiaca.

Non si poté procedere all'autopsia e per la stagione caldissima e per espressa opposizione da parte dei parenti del defunto.

Quanto alla cura seguita essa consistette dapprima in iniezioni di arseniato di soda. Durante questa cura lo stato generale si mantenne buono, ma non si ebbe a verificare un'azione palese sui tumori che già esistevano, nè sull'evoluzione loro progressiva, e neppure sul comparire di tumori nuovi.

Si ricorse anche alla radioterapia, e dopo le prima seduta sembrò di verificare una manifesta regressione dei tumori esistenti, senonchè dopo questo primo apparente beneficio, il miglioramento s'arrestò, anzi si videro comparire nuovi tumori alle natiche, ed i tumori, che sembravano essere rimpiccioliti, aumentarono di nuovo di volume, specialmente rispetto alla estensione periferica.

Come ultimo tentativo di cura si provò a somministrare per bocca dell'acqua radioattiva, e ciò per una trentina di giorni, ma senza poter rilevare alcun utile risultato.

Negli ultimi tempi ci si limitò ad una cura sintomatica dei molteplici e tormentosi disturbi del povero ammalato.

RICERCHE ISTOLOGICHE SU DI UN TUMORE BIOPSIATO.

— Si asportò mediante biopsia un intero tumore del volume di una noce avellana, situato nella profondità dell'ipoderma, e aderente al derma, senza alterazioni palesi superficiali dermoepidermiche, posto al terzo medio della regione estensoria del braccio destro. La ferita si cucì con sei punti staccati e cicatrizzò per prima. Del tumore biopsiato una metà è fissata in alcool; l'altra in sublimato acetico.

Fra le varie colorazioni ho prescelto le seguenti: Emallume-orange; Ematossilina-eosina; Bleu policromo e Glicerinhaeter; Pappenheim; Wan Gieson; Picro carmino; Orceina acida. Colorazioni nucleolari con safranina e con fucsina, ecc.

Dall'esame dei preparati risulta quanto segue:

Osservando già ad occhio nudo una sezione tagliata perpendicolarmente al piano cutaneo, il tumore appare di forma tondeggiante, e ben

nettamente distinto dai tessuti circostanti. Al microscopio, a piccolo ingrandimento, si vede come il tumore occupi tutta la regione del sottocutaneo e per un piccolissimo tratto interessi la parte più profonda del derma reticolare, e come risulti da ammassi di piccole cellule disposte in grandi lobuli di forma irregolarmente ovoidale, e separati gli uni dagli altri da fasci di connettivo.

Il tumore è costituito da piccole cellule rotondeggianti, provviste di quantità scarsissime di protoplasma, e di nucleo invece, relativamente grosso, rotondeggiante ben provvisto di sostanza cromatica. Pure essendo questi elementi rotondeggianti, senza tendenza alcuna alla forma fusata, si nota in essi quel polimorfismo, che è



Fig. 3.

peculiare caratteristica del sarcoma: alcune cellule hanno poco più che le dimensioni di un linfocito; molte raggiungono quella di un mononucleato grande. Per solito, queste cellule contengono un solo nucleo; si trova però qualche scarsa cellula del volume anche doppio di queste ultime con due o tre nuclei.

Assai raramente, fra le cellule coi caratteri sopra descritti, se ne trova qualcuna che presenta un più largo alone protoplasmatico attorno al nucleo rotondeggiante o leggermente ovale, di apparenza vescicolare; cellule cioè di aspetto epitelioide.

Non si rinvennero cellule che per la grande massa di protoplasma, ed il forte contenuto in nuclei, giustificino l'appellativo di cellule giganti.

Abbastanza numerosi sono, specie attorno ai vasi, gli elementi in proliferazione; si nota sempre partizione per cariocinesi, mai amitotica.

Non si notano cariocinesi pluripolari.

La massa protoplasmatica delle cellule che co-

stituiscono il tumore, oltre ad essere scarsa, è nel centro della massa tumorale stessa, in preda a processi di degenerazione granulo-grassosa, tanto che osservando un campo in pieno tumore si ha l'impressione di vedere dei nuclei liberi, in mezzo ad un detrito granulo-grassoso.

Tra le cellule di neoformazione vi sono emorragie, e si notano qua e là più o meno numerosi globuli rossi ben conservati. Le cellule del tumore sono immediatamente applicate le une contro le altre.

L'impalcatura di sostegno è costituita da un leggero stroma connettivale, che in alcuni punti è quasi invisibile, e che parte dei numerosi vasi, che percorrono in ogni senso la massa neoplastica.

I vasi sono dei grossi capillari per lo più ectasici, con pareti estremamente delicate e sottili, provvisti di un rivestimento endoteliale, a nuclei ben visibili. Spesso però i vasi sanguigni con pareti bene delineate terminano in vere lacune, che sono scavate direttamente in mezzo alle cellule del tumore. Attorno ai vasi si nota una certa disposizione delle cellule sarcomatose in giri concentrici. Non si riscontrano vasi linfatici; esistono però delle fessure e canali, che non essendo occupati dal sangue, si possono ritenere come spazii e lacune linfatiche.

Ho detto che esaminando il tumore a piccolo ingrandimento, questo pare avere dei limiti abbastanza netti; si nota però ad un esame più minuto che esiste una infiltrazione embrionaria, disposta radialmente, degli spazii connettivi circostanti il tumore; le piccole cellule rotonde s'insinuano sotto forma di striscie tra i fasci di collageneo circostanti il tumore, e costituiscono la fase iniziale del tumore stesso, il quale appunto nel suo assieme risulta dall'infiltrazione e dalla dissociazione delle maglie del tessuto ipodermico e dermico per un accumulo considerevole di piccole cellule.

Degno di nota è il vedere come cominci l'invasione del tumore nei lobuli grassi prossimi a questo. Fin dai primissimi accenni d'invasione si vedono negli interstizii dei lobuli di grasso delle cellule rotonde, che aumentano a mano a mano di numero e circondano con parecchi ordini di nuove cellule neoplastiche i globuli adiposi, riuscendo in breve a dissociare il tessuto grasso ed a sostituirvisi completamente.

Vediamo ora quali alterazioni esistano verso la superficie esterna, cutanea del tumore: Il tumore che ho asportato arrivava col suo limite superiore alla parte profonda del derma reticolare, ma quest'ultimo si presentava al microscopio già invaso da numerose striscie di cellule, che avevano invasi i fasci di collageneo, produ-

cendone la dissociazione; l'invasione si arrestava alla parte più superficiale del derma reticolare e del derma papillare. I vasi papillari ed i vasi del piano dermico superficiale si presentavano un poco dilatati, coi nuclei endoteliali rigonfi, e spesso si notava un manicotto d'infiltrazione perivasale, costituito da piccoli elementi a tipo linfocitario, e da qualche mastzellen. Mancavano plasmazellen e leucociti polinucleati. L'epidermide si presentava d'aspetto normale; nessuna alterazione si notava nei diversi strati di essa.

★★

L'obiettività che esisteva nel mio ammalato si imponeva per la diagnosi di sarcomatosi ipodermica a Tipo Perrin. Altre forme morbose, alle quali si poteva pensare all'in fuori di questa, erano la linfadenia cutanea e la micosi fungoide.

Le linfadenie cutanee sono rappresentate da infiltrati diffusi della pelle, che si associano alla linfadenia ganglionare con manifestazioni cervicali, ascellari, inguinali, intra-addominali od intra-toraciche. Ora nel mio ammalato il sistema ganglionare era affatto integro, e questo solo bastava a fare escludere la linfadenia.

Ma oltre a questo criterio, altri se ne potevano invocare, riguardanti l'inizio, la sede topografica, la disposizione dei tumori.

Nelle linfadenie cutanee l'insorgere dei tumori è accompagnato da tumefazione molto diffusa di tutta la pelle circostante, ciò che non si è osservato nel mio malato. La sede di predilezione dei tumori è la faccia, nella sua parte mediana e laterale, e la disposizione è simmetrica; nel mio ammalato i tumori ebbero sede al tronco ed erano irregolarmente distribuiti senza sistematizzazione, nè simmetria.

Anche i caratteri dei singoli tumori si prestavano ad una diagnosi differenziale. Ancorchè non vi siano al proposito criterii distintivi netti fra le due malattie, per solito i tumori delle linfadenie sono violacei o rossi, hanno dimensioni minori di quelle che presentavano i tumori del mio malato, e solo hanno in comune con quelli della sarcomatosi la particolarità di penetrare profondamente nell'ipoderma rispettando l'epidermide.

Per ciò che riguarda i sintomi subiettivi nelle linfadenie cutanee si ha un forte prurito, che mancava nel nostro ammalato.

Volendo pensare ad una *micosi fungoide*, poteva mettersi in campo soltanto una forma a tumori d'emblée, essendo mancato tutto il pe-

riodo premonitorio degli eritemi e degli infiltrati diffusi col classico prurito spasmodico. Considerando invece la micosi fungoide giunta al periodo dei tumori, la forma, il volume e l'aspetto tutto delle lesioni che il mio ammalato presentava era tale da ricordare molto da vicino questa malattia; ciò che allontanava però da questa diagnosi era il fatto che i tumori rimanevano per lo spazio di mesi ipodermici, senza interessamento visibile della parte più superficiale della pelle, la quale mostrò di par-

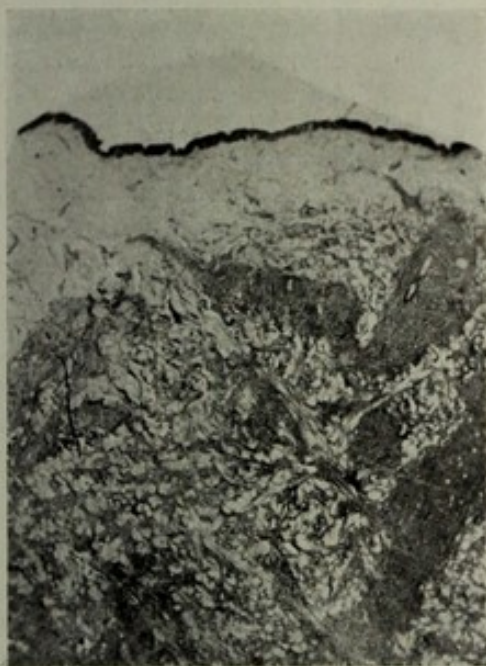


Fig. 4.

tecipare alla massa tumorale soltanto nelle ultime settimane di vita del paziente, e solo allora diede luogo ad ulcerazioni simili a quelle che si osservano precocemente nei tumori della micosi fungoide, e che si trasformano in ulcerazioni profonde, che danno ai tumori l'aspetto caratteristico di una caverna a fondo sanioso, irregolare, limitata da uno spesso cer- cine infiltrato.

Diversa da quella della micosi fungoide era nel nostro caso la sede di elezione dei tumori, giacchè in luogo di essere localizzati nelle regioni in cui la pelle è sottile (regioni di flessione e soprattutto in quelle in cui il sistema linfatico è più sviluppato (faccia, radice delle membra, regioni mammarie) e dove, come ha notato Hallopeau, i tumori tendono spesso a disporsi lungo il decorso dei linfatici stessi, nel mio ammalato i tumori erano sparsi un po' dappertutto, al tronco e radice degli arti, in modo irregolare, ed avevano solo tendenza a risparmiare le parti distali degli arti.

I sintomi subiettivi, che nella micosi fun-

goide sono sempre imponenti, (prurito vivo e talora stato doloroso) mancavano nel mio ammalato. Nella micosi fungoide la tumefazione dei gangli accessibili alla palpazione è notevole sempre, anche all'inizio della malattia; ora non si poteva ammettere in verun modo che, una micosi fungoide già avanzata con tumori numerosi e voluminosi come erano quelli che esistevano nel nostro ammalato, potesse aversi senza alcun risentimento ganglionare.

Abbandonate per le considerazioni esposte le linfadenie cutanee e la micosi fungoide, si arrivava clinicamente alla convinzione di essere dinnanzi a una sarcomatosi ipodermica.

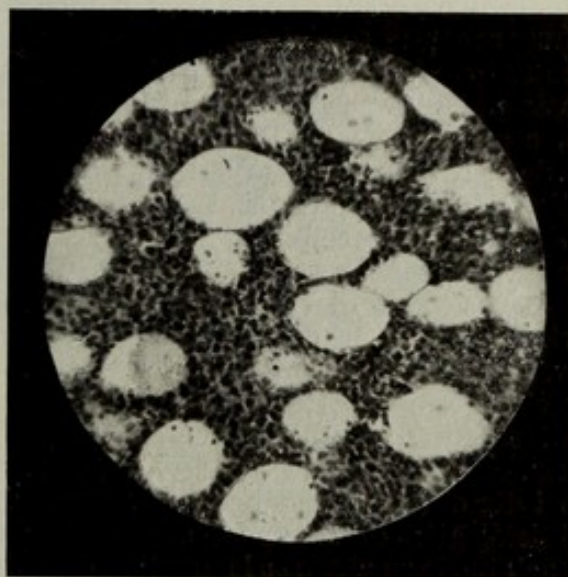


Fig. 5.

Considerando ora il reperto istologico, risulta evidente che nel caso in questione si tratti di una sarcomatosi: infatti i tumori hanno una costituzione embrionaria, ed alla loro struttura concorrono tre elementi principali, e cioè:

I. *Cellule*, costituenti l'elemento fondamentale, e che, per quanto dotate di un certo polimorfismo, rispondono pressochè tutte ad un medesimo tipo; sono, cioè cellule rotonde, non molto voluminose, costituite da scarso protoplasma inglobante uno, o raramente più nuclei grossi, rotondeggianti, ricchi di sostanza cromatica; cellule che ricordano lo stato embrionario del connettivo. Il protoplasma di dette cellule, oltre all'essere scarso è assai caduco, ed in preda a degenerazione granulo-grassosa.

II. *Tessuto intercellulare cementante*. Le cellule sono applicate le une contro le altre, e sostenute da uno scarso stroma sottile, deli-

cato, amorfo, aderente ai vasi sanguigni e da questi dipendente.

III. *Vasi*. Sono abbastanza numerosi, e hanno pareti embrionarie; taluni non hanno neppure pareti proprie e finiscono in lacune scavatesi nello spessore della massa tumorale.

La diagnosi istologica di sarcoma però non si può fare tenendo conto puramente dei caratteri morfologici degli elementi che compongono il tumore, ma al contrario deve essere stabilita in base al modo con cui detti elementi sono disposti.

Nel nostro tumore le cellule, che lo costituiscono per la più parte, sono poste semplicemente le une accanto alle altre, in modo da toccarsi, separate solo da una scarsissima sostanza amorfa. Ora nessun altro tumore che il sarcoma presenta una organizzazione così semplice, così embrionaria. Altro fatto caratteristico del sarcoma ed esistente nel tumore in questione è che i numerosi vasi sono in rapporto diretto colle cellule del tumore, e solo qualcuno dei più grossi è circondato da connettivo fascicolato, e che la struttura loro è embrionaria; cioè le cellule costituenti le pareti vasali sono embrionarie, ed i vasi in sezione si vedono limitati da cellule arrotondate o fusiformi, e raramente si scorge una parte propria.

Per tutte queste considerazioni pongo la diagnosi istologica di sarcoma; sarcoma avente sede nell'ipoderma, e per la qualità delle cellule che lo costituiscono appartenente alla varietà parvi-globo cellulare.



Passando a considerare nell'insieme l'aspetto obbiettivo dei tumori, che siamo venuti nella convinzione essere dei sarcomi, il decorso, la struttura istologica, resta ora a definire quale posto essi meritino di occupare fra i sarcomi cutanei.

La forma di sarcoma solitario vien messa fuori discussione per il solo fatto che nel mio caso si trattava di sarcomi primitivamente molteplici, generalizzati.

Dei sarcomi generalizzati cutanei la classificazione meglio accolta dalla generalità degli autori è quella del Perrin.

La ricordo e la riassumo nel seguente schema, quantunque in essa figurino ancora il gruppo dei melano sarcomi (tumori questi che secondo le più moderne vedute, come già dissi, appartengono ai nevo-carcinomi) perchè è la più classica, e quella fra le diverse classificazioni delle sarcomatosi cutanee che meglio si presta per passarne in rassegna le varie

forme allo scopo di stabilire una diagnosi differenziale.

Quadro di Sarcomi generalizzati della pelle (secondo Perrin).

I. Primitivi della pelle	a) <i>Tipo Kaposi</i> — globocellulare pigmentario, inizio pel derma, simmetrico.
	b) <i>Tipo Perrin</i> — globocellulare semplice, non pigmentario, ipodermico, senza localizzazioni sistematiche.
	c) <i>Sarcomi melanici</i> , ora ascritti al gruppo dei carcinomi.
	d) <i>Tipi diversi di sarcomi ancora male classificati</i> .
II. Cutanei secondari	a) ad un tumore localizzato cutaneo.
	b) ad un tumore viscerale, ganglionare, osseo.

(Pratique Dermatologique, t. IV, pag. 210).

Posta questa classificazione, vediamo come anzitutto importi lo stabilire se la sarcomatosi, che è oggetto della presente discussione, si debba annoverare tra le forme di sarcomatosi idiopatiche primitive della pelle, o tra le sarcomatosi secondarie metastatiche.

Nel mio ammalato, all'infuori della cute, la sola manifestazione sarcomatosa esistente, era quella del testicolo, ed un accurato esame obbiettivo, e la mancanza di ogni sintomo subbiettivo da parte degli organi interni del malato, facevano escludere la partecipazione e la diffusione dei tumori agli organi stessi. Si trattava quindi di dover stabilire, se fosse primitiva la forma cutanea, o quella del testicolo. La mancanza di tumori agli organi interni, già deponeva per la forma primitiva cutanea: giacchè difficilmente si sarebbe spiegato che essendo questa frutto di una diffusione metastatica partita dal testicolo, ed essendovi numerosi tumori, il materiale metastatico si fosse localizzato esclusivamente alla pelle ed avesse risparmiato l'economia in generale. E' più probabile una metastasi unica che dalla pelle abbia finito al testicolo. L'avvento di metastasi interne diffuse, si fece solo nelle ultime settimane di vita del paziente e diede luogo ad una sintomatologia ben netta.

D'altra parte ha grande importanza al proposito la storia anemnestica: il paziente, che era uomo sveglio ed intelligente, riferì con sicurezza e con chiarezza di particolari, che insorsero i tumoretti cutanei molto prima di qualsiasi inizio del tumore testicolare.

Le ottime condizioni generali poi in cui rimase per molti mesi il mio ammalato, nonostante la esistenza di numerosi tumori cuta-

nei, e di quello testicolare, depone relativamente nel senso che, per molti mesi, non siano esistiti altri tumori al di fuori di quelli della pelle e del testicolo, con la costituzione e la successione cronologica anzidetta. Credo pertanto ad una forma di tumori primitivi dell'ipoderma.

Dunque come si poteva escludere nel mio ammalato il sarcoma solitario pel solo dato della molteplicità dei tumori, così si doveva eliminare l'ipotesi di un sarcoma generalizzato secondario per il fatto che era in modo certo ed assoluto mancato alcun tumore viscerale, ganglionare od osseo precedente l'insorgenza dei tumori cutanei, e neppure si ebbe la preesistenza di alcun tumore cutaneo solitario; ma al contrario i primi noduli comparvero alla cute in numero già considerevole, pressochè contemporaneamente, o a distanza di comparsa di soli pochi giorni.

Stabilito così trattarsi di una sarcomatosi idiopatica primitiva della pelle, passiamo in rassegna i quattro gruppi che in essa riconosce il Perrin nella sua classificazione, per renderci esatto conto a quale di tali gruppi essa debba ascrivere.

E cominciamo col prendere in considerazione la sarcomatosi idiopatica pigmentaria a tipo Kaposi.

Le differenze tra questa dermatosi e la forma presentata dal mio ammalato sono notevoli. Infatti in detta malattia le lesioni iniziano alle estremità, per solito dapprima alle mani e ai piedi, poi agli arti; la distribuzione delle lesioni è inoltre simmetrica, ed i tumori sono accompagnati e preceduti da una specie di edema duro, marmorizzato di rosso bleu livido assai caratteristico; nel mio ammalato invece i tumori iniziarono al tronco, e solo in seguito arrivarono alla radice degli arti, dei quali hanno però sempre risparmiato la parte distale; erano irregolarmente distribuiti, senza sistematizzazione alcuna o simmetria, ed ingorgevano su cute normale, che non presentava cioè alcuna sorta di edema, nè infiltrazione.

I tumori sono nella sarcomatosi di Kaposi fin dall'inizio intradermici, superficiali: nel mio caso iniziavano come noduli nettamente *subdermici*. Istologicamente poi nella forma di Kaposi si tratta di un sarcoma globo cellulare, pigmentario, intradermico, o come vuole Radaeli, di un angio-endotelioma; nei tumori che il mio malato portava invece si trattava di un sarcoma parvi-globo cellulare, semplice, cioè con assenza di pigmentazione e di accenno al tipo angiomaso.

Esistono pertanto differenze così spiccate

dal mio presente caso al Sarcoma Kaposi, da non permettere alcuna confusione fra le due forme.

Quanto alle altre forme, classificate dal Perrin, lascio di discutere il sarcoma melanotico per i motivi anzidetti e perchè troppo distanziantesi, già ad uno sguardo superficiale, dal mio caso presente.

Riferendomi invece al gruppo « Tipi diversi di sarcomi ancora mal classificati » la nomenclatura dei quali è assai confusa e multipla, e che Unna distingue in:

I. *Sarcomi duri e bianchi*; sarcomi fusocellulari e fibro-sarcomi a evoluzione, piuttosto lenta, e relativamente benigni.

II. *Sarcomi duri e pigmentarii*, (tipo Piffard; a telangiectasie, con emorragie interstiziali e macchie pigmentarie consecutive (angio-sarcomi ed angio-fibromi).

III. *Sarcomi molli*, (tipo Neumann globocellulari) che si confondono spesso con la micosi fungoide.

IV. *Sarcomi gommosi*, (tipo Funk-Hyde) che sono molli, voluminosi, poco o punto pigmentati (sarcomi a degenerazione mixomatosa centrale):

osservo che, i sarcomi che costituiscono questo gruppo, sono, per il Perrin, delle varietà tra la sarcomatosi di Kaposi ed il sarcoma idiopatico a tipo Perrin, che non si possono far rientrare in gruppi distinti. Sono (Perrin) in qualche modo dei fatti di passaggio, dei fatti intermediarii tra il tipo Kaposi ed il tipo ipodermico globo-cellulare semplice. Gli uni si avvicinano al tipo Kaposi per l'origine dermica, il pigmento sanguigno, l'integrità dell'epidermide ed annessi, le cellule rotonde, ma ne differiscono per l'esistenza di una trama alveolare, di qualche cellula gigante, pel medio sviluppo dei vasi. In altri casi, sempre secondo il Perrin, lo sviluppo dei vasi è al contrario considerevole, ma l'origine del sarcoma è almeno tanto ipodermica che dermica: le cellule fusiformi esistono nella maggior parte dei tumori: nel resto sono rotonde.

Posto ciò si dovrà pensare ad una forma appartenente al gruppo dei sarcomi mal classificati, quando ci si troverà in presenza di una sarcomatosi che, sia clinicamente, sia istologicamente non risponda in modo esatto nè all'uno, nè all'altro dei due tipi nettamente definiti: resterà invece portato fuori di discussione tale gruppo, quando, come nel mio caso, una forma morbosa risponda, in modo perfetto, ad uno dei due detti tipi.

Sempre parlando di questi sarcomi mal classificati, il Perrin dice che in qualche caso si

tratta di un sarcoma a cellule giganti; vi si trovano grandi cellule a nucleo chiaro, derivanti dalle cellule fisse; delle cellule giganti aventi esattamente i caratteri di quelle della sifilide o della tubercolosi; dei corioplaxi, infine delle plasmazellen. Questi elementi sono ripartiti senza orientazione definita. Gli endoteli vascolari persistono.

Ma neppure questi sarcomi, che da numerosi punti di vista per i loro caratteri istologici ricordano le neoplasie d'origine infettiva, potevano indentificarsi coi tumori che il mio ammalato portava.

Messi da parte allora tutti i sarcomi solitari, le sarcomatosi secondarie, e tra i sarcomi idiopatici generalizzati quelli a tipo Kaposi e tutti quelli appartenenti al gruppo: « Tipi diversi di sarcomi mal classificati », si arrivava per eliminazione alla sarcomatosi idiopatica ipodermica a tipo Perrin, forma morbosa nella quale deve rientrare il caso che io presento. Ma a questa diagnosi si doveva arrivare, non solo per eliminazione, ma anche direttamente basandosi sul reperto clinico istologico; e tanto più che il mio ammalato ripeteva in tutto la sindrome classica di questa forma morbosa, punto per punto, coi caratteri tracciati magistralmente dal Perrin nella sua monografia, sia per l'inizio, per la sintomatologia obbiettiva e pel decorso, che per il reperto istologico.

Infatti, come nella classica forma del Perrin, si ebbe nel mio ammalato l'inizio della forma morbosa senza sintomi generali, colla comparsa a breve distanza di tempo di un discreto numero di tumori al tronco, sparsi senza alcuna sistematica distribuzione. Quando la malattia fu poi nel suo pieno sviluppo si notavano dei tumori, in numero di una trentina circa, invadenti tutto il tronco, irregolarmente distribuiti, sempre senza alcuna sistematizzazione o simmetria. Qualche raro tumore esisteva alla radice degli arti, mentre la parte distale di questi fu sempre risparmiata.

Oltre di questi tumori già evidenti all'ispezione si notava la presenza di noduli di vario volume, a sede nell'ipoderma, mobili, che erano avvertibili solo colla palpazione. I tumori avevano volume variabile, piccoli all'inizio, in seguito mentre i più arrivavano alla dimensione di una nocciola o di una noce, non pochi sorpassavano di molto queste ultime dimensioni. La forma dei tumori era tondeggiante. La sporgenza dei tumori attraverso il tegumento cutaneo era più o meno manifesta; e se all'inizio non si avevano dei cambiamenti di colorazione della pelle in corrispondenza ai

tumori, di mano in mano poi che i tumori stessi ne invadevano gli strati più superficiali l'aspetto si modificava, e quando arrivavano a prendere aderenza colla pelle, si constatava sia un semplice arrossamento spesso accompagnato o da desquamazione, o da eczematizzazione, sia un colorito rosso-violaceo. I tumori si mantennero sparsi senza ordine, né simmetria, taluni isolati, talaltri riuniti in piccoli gruppi; erano di consistenza piuttosto dura, ed avevano sede negli strati profondi del derma, e nel tessuto cellulare sottocutaneo; alcuni poi erano ad un tempo dermici ed ipodermici.

Le neoplasie non furono mai dolorose spontaneamente; solo un poco sensibili alla pressione.

Il sistema ganglionare si mantenne integro nel mio ammalato, nè si ebbe leucocitosi.

Anche circa l'evoluzione della malattia, si osservò quanto il Perrin nota nella sua classica monografia; cioè l'evoluzione fu sempre progressiva. Pressochè tutti i tumori in atto aumentavano in modo continuo di volume, mentre si aveva la comparsa a gettate di nuovi noduli ipodermici, dapprima in piccolo numero negli ultimi tempi invece in notevole quantità.

Non si ebbe mai a notare nel mio ammalato la retrocessione o la scomparsa di qualche tumore già esistente.

In alcune produzioni morbose, diventate voluminose, ed aderenti alla pelle, si ebbe a notare la terminazione in ulcerazione, coi caratteri scritti dal Perrin; e cioè su questi tumori la pelle aderente prese una colorazione rosso-vinosa, cadde in necrosi, lasciando vedere una superficie nerastra, secernente una materia sanguinolenta e purulenta, che rapidamente si concretava in croste, attorno alle quali si formava un alone di arrossamento.

Dette ulcerazioni necro-biotiche, che non avevano alcuna tendenza a cicatrizzare, entrarono in campo quando già l'ammalato si presentava in condizioni generali scadute. Per qualche tempo infatti le condizioni generali si mantennero buone, ma dopo mesi di continua e progressiva produzione di tumori, sopravvenne un indebolimento generale; e lo sviluppo rapido di neoplasie, che si fece alla pelle, si fece negli ultimi tempi anche ai visceri ed organi interni con sopraggiunta sintomatologia in rapporto agli organi colpiti.

Anche il mio reperto istologico corrisponde alla descrizione che dell'anatomia patologica della sarcomatosi idiopatica ipodermica dà il Perrin, sempre nella sullodata monografia.

I tumori infatti, che il mio ammalato portava, risultavano di ammassi di piccole cellule, disposte a formare grandi lobuli irregolarmente ovoidali, separati gli uni dagli altri da fasci connettivali, e che sembravano essere il tessuto normale della regione, semplicemente coartato e dissocciato dagli elementi neoplastici.

Ciascuno di questi lobuli risultava costituito unicamente da piccole cellule; non vi era uno stroma interposto fra gli elementi cellulari; solo qualche fascetto fibrillare che partiva dai vasi più grossi. Non vi era traccia alcuna di reticolo da far pensare ad una forma linfadenica. Gli elementi dei tumori in parola, erano cellule di volume variabile, di forma generalmente arrotondata o poliedrica, senza alcuna tendenza alla forma fusata. Per la maggior parte avevano l'aspetto ed il volume di un globulo bianco; parecchie erano più piccole, alcune poche due o tre volte più voluminose. Erano formate da un sottile strato di protoplasma basofilo che conteneva uno o più grossi nuclei, di forma rotondeggiante; uno per le cellule più piccole, fino a 3 o 4 per le più voluminose.

Dette cellule erano immediatamente applicate le une contro le altre, e si coloravano intensamente coi reattivi.

La massa tumorale poi racchiudeva grande numero di vasi sanguigni; erano grossi capillari, che non possedevano per lo più una vera parete vasale, ma che erano delineati da una

semplice parete endoteliale, a nuclei ben visibili ed in contatto colle cellule rotonde costituenti il tumore. Per quanto il tumore sembrasse avere limiti netti, si constatava una infiltrazione embrionaria nel connettivo che gli era in immediato contatto; le piccole cellule si insinuavano a striscie tra i fasci di collagene. Tale sembrava essere l'inizio della lesione: e tutto il tumore sembrava risultare dall'infiltrazione e dalla dissociazione del tessuto dermico ed ipodermico per un accumularsi considerevole in esso degli elementi cellulari anzidetti.

I lobuli di grasso prossimi al tumore, subivano un inizio di invasione da parte delle cellule neoplastiche, che s'insinuavano tra le vescicole adipose, le dissociavano, ed arrivavano in alcuni tratti a sostituirsi completamente all'adipe, trasformando il sottocutaneo soffice in un tessuto neoplastico duro e compatto.

L'epidermide al disopra del tumore appariva normale e restava separata dal neoplasma, dal corpo papillare e dal derma superficiale, che presentavano soltanto striscie di infiltrazione che provenivano dalla profondità.

In tali contingenze cliniche ed istologiche il caso presente risponde intieramente al sarcoma generalizzato ipodermico semplice, tipo Perrin. La rarità del caso giustifica l'ampia descrizione che di esso qui diedi: l'importanza e la necessità di fatti nuovi intorno al capitolo ancora intricato dei sarcomi cutanei rese opportuna la discussione che ne feci.

LETTERATURA.

Barbacci: I tumori. — Ed. Vallardi.

Bazin: Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées, p. 372. — Paris 1862.

Bloch Iwan: Die praxis der Hautkrankheiten Unna's Lehren. — Berlin 1908.

Brocq: art. Sarcomes. Traité élémentaire de dermatologie pratique. — Vol. II, p. 770. Paris 1907.

Darier: art. Sarcomes. Précis de Dermatologie. pag. 659. — Paris, 1900.

Delbet: art. Sarcome Traité de chir. de Le Den tu et Delbet. t. I.

Campana: Sulla sarcomatosi cutanea. — XII Congresso dei medici italiani a Pavia. Settembre 1897.

Clurivino: Saggio di Röntgenterapia nella sarcomatosi cutanea. — Giornale internazionale di scienze mediche. Anno XXVIII, p. 312, 1906.

Cornil et Ranvier: Manuel d'histologie pathol. — 1902.

Dalla Favera: Ueber das sog. Sarcoma idiop. multiplex haemorrhagicum (Kaposi). — Archiv für Derm. u. Syph. H. 3, Bd. CIX, p. 387. September 1911.

D'Antona: Sulla sarcomatosi cutanea multipla. — Gazz. d. Ospedali e delle Cliniche, 1897.

De Amicis: über die Hautsarkomatose. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XXV, 1897.

Fileti: Contributi alla casistica della sarcomatosi cutanea primitiva. — Giorn. It. d. malatt. veneree e d. pelle. 1895.

Funk: Klinische Studium über Sarkome der haut. Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. I, p. 19. 1889.

Gravagna: Sulla sarcomatosi cutanea idiopatica. — Giornale ital. d. malattie veneree e d. pelle. Fasc. II, p. 764. 1897.

Kaposi: Sarkomatose cutanée primitive. — Soc.

- vien. de dermatol., 23 marzo 1892, gennaio 1893, maggio e ottobre 1893, marzo 1896.
- Lieberthal*: Sarcomatosis cutis. — Amer. med. Assoc. Journal, N. 23, 1902. Ref. Monatsch. f. prakt. Derm. Bd. XXXVII, p. 407, 1903.
- Lukasiewicz*: Sarcoma idiop. cutis mult. — Société méd. de Lemberg., 29 oct. 1909.
- Magliano*: Di alcune trapiantazioni di tessuti del cosiddetto sarcoma primitivo idiopatico della cute, su eruzione sarcomatosa della cute medesima. — Il Morgagni, anno 36°, 1894.
- Malherbe (A. et H.)*: Recherches sur les Sarcomes. — Masson et C. ed., Paris 1907.
- Masser*: Le complicazioni laringee della sarcomatosi cutanea. — Arch. ital. di laringologia, fasc. 4, p. 145, 1899.
- Migliorini*: I sarcomi solitarii — Milano, Tip. operai ed., 1905.
- Minassian*: Sarcoma primitivo sottocutaneo. — Rivista Veneta di Scienze Mediche, Fasc. X ed XI, giugno 1910.
- Pelagatti*: La sarcomatosi cutanea. — Parma, 1902.
- Perrin*: Sarcomes. — La pratique dermatologique. T. IV, p. 204, 1904.
- Pini*: Sarkoide der Haut. — Biblioteca medica D. II, Heft. II.
- Philippson*: Un caso di sarcomatosi della pelle, congiunto a carcinomatosi viscerale. — Re med., N. 165, 1898.
- Radaeli*: Contributo alla conoscenza del sarcoma mult. idiop. emorr. della cute. — V Riunione della Soc. Ital. di Derm. e Sif. in Roma, 1904.
- Contributo alla conoscenza del sarcoma idiopatico multiplo emorragico della cute. — Lo sperimentale, Fasc. VI, 1904.
- Nuove osservazioni sulla istologia patologica e sulla cura del sarcoma idiopatico multiplo della cute. — Lo sperimentale, Fasc. II, 1906.
- Nuovo contributo alla conoscenza dell'angiendotelioma cutaneo. (Sarc. idiop. mult. di Kaposi). — X Riunione della Soc. Ital. di Derm. e Sif. in Roma, dic. 1908.
- Reale*: Tentativi d'inoculazione sperimentale del sarcoma cutaneo, tipo Kaposi, con speciale riguardo all'eziologia dei tumori. — Napoli, 1902.
- Nuovi tentativi d'inoculazione sperimentale del sarcoma cutaneo tipo Kaposi. — Napoli 1904.
- Sabella*: Primi tentativi (comparativi) di inoculazione del sarcoma primitivo della cute. — Fasc. III, p. 80, nov. 1908.
- Schwimmer*: Sarcoma pigmentosum diffusum multiplex. — Intern. Atlas seetener Hautkrankh. H. 2, Tafel IV, Hamburg, 1890.
- Tommasoli*: Sarcomatosi cutanea. — Acc. med. chirurg. di Palermo, 23 genn. 1898.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

FIG. 1. — Fotografia dell'ammalato presa un mese circa dopo il suo ingresso nel Comparto Dermatologico: i tumori sono scarsi di numero, non molto voluminosi; nessuno è ulcerato od eroso; solo i più grossi presentano al disopra una epidermide tesa, lucida, assotigliata, rosso bluastra, per lo più ecsematizzata e coperta da squame.

FIG. 2. — Fotografia dell'ammalato qualche mese più tardi: i tumori sono più numerosi e più grossi; parecchi si presentano ulcerati od erosi.

FIG. 3. — Infiltrazione di cellule sarcomatose attorno ad un follicolo pilifero, a delle ghiandole sebacee e ad un fascio muscolare.

FIG. 4. — Microfotografia mostrante il tumore nel tessuto cutaneo. Preparato istologico osservato a piccolo ingrandimento, per dimostrare che il neoplasma ha inizio dall'ipoderma, e solo arriva in seguito alla parte più profonda del derma, nel quale già si vedono risalire strisci di cellule neoplastiche che sfumano il limite del tumore verso la parte sana della pelle.

FIG. 5. — Tessuto neoplastico visto a forte ingrandimento in corrispondenza dell'ipoderma: le cellule costituenti il tumore, del volume per lo più di un globulo bianco, hanno una forma generalmente arrotondata, senza alcuna tendenza alla forma fusata: dette cellule sono immediatamente applicate le une contro le altre. Si può vedere il disporsi di queste cellule fra le vescicole adipose che vanno dissociando.







