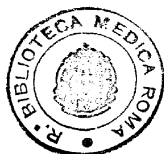
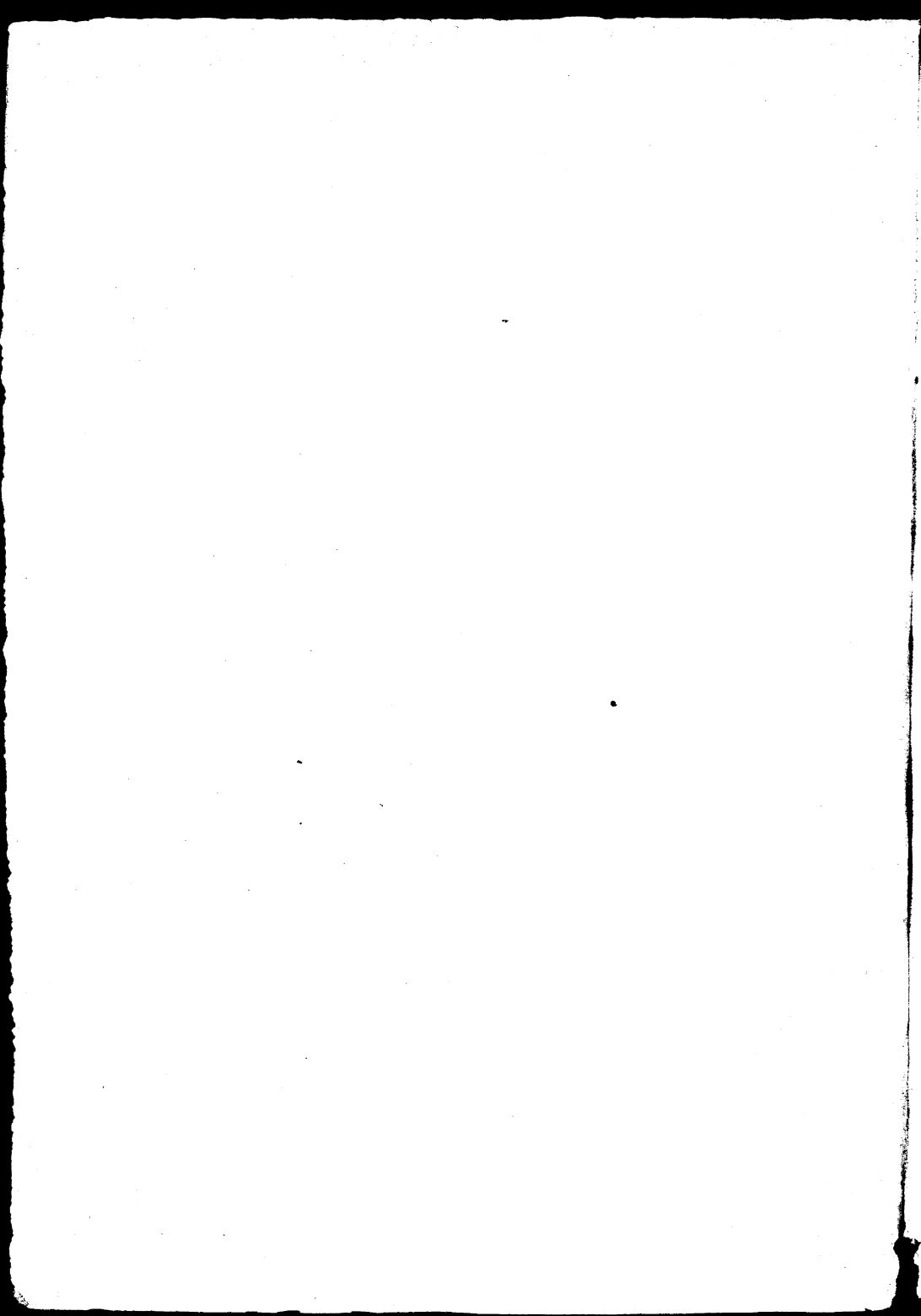


BIBLIOTECA
LANCISIANA





Istituto Anatomico-Patologico di Napoli — Prof. Schrön

SUL
CILINDROMA

DELLA

GLANDOLA LAGRIMALE ACCESSORIA

PEL DOTTOR

ERIBERTO AIEVOLI



(Estratto dalla Rivista Internazionale Anno IV—1887)

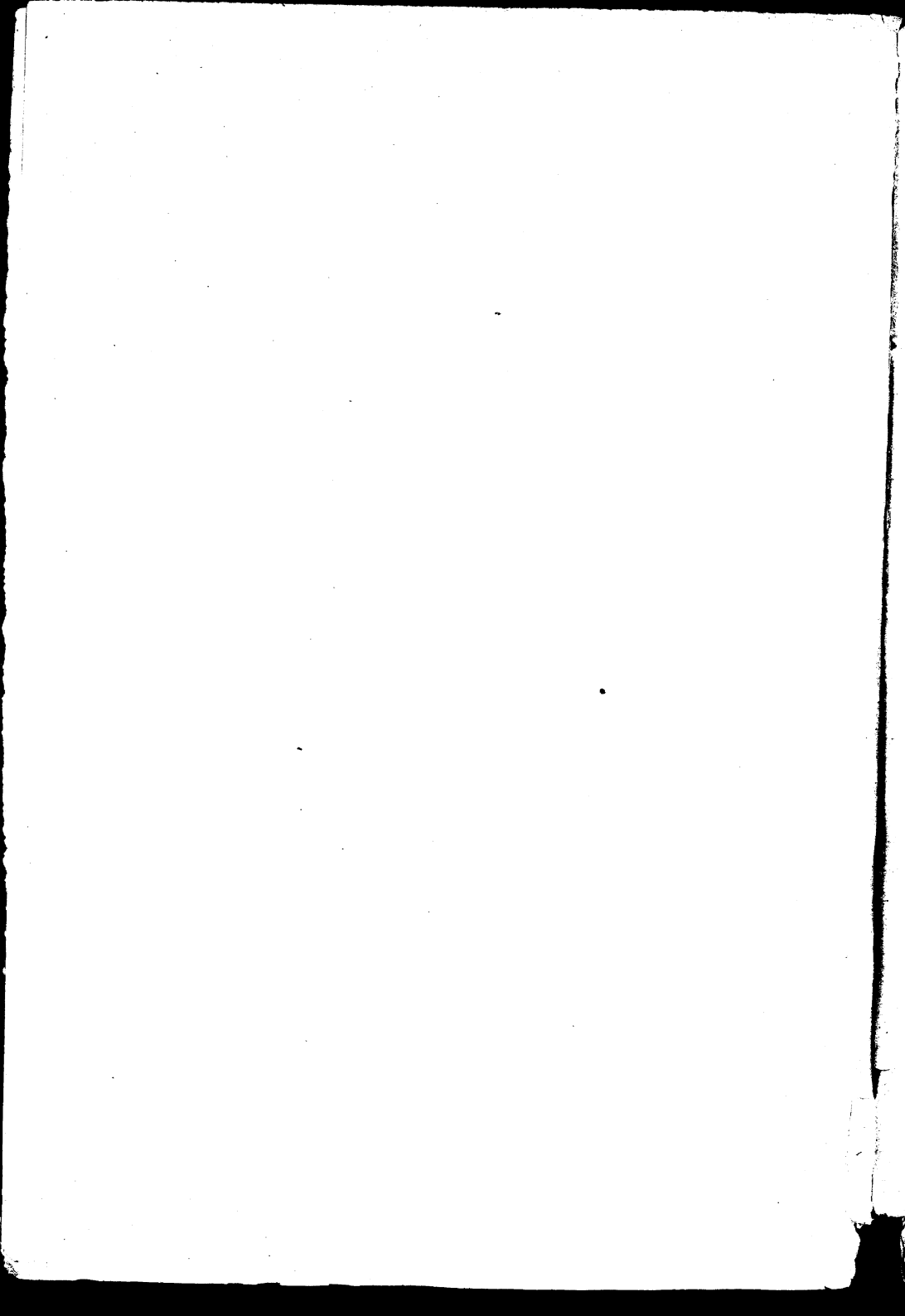


NAPOLI

STABILIMENTO TIPOGRAFICO DELLA CASA EDITRICE
NICOLA JOVENE & C.

Cortile S. Chiara

1887



Intorno ai tumori conosciuti col nome di cilindromi si raccolgono nella letteratura pochi casi disparati, sparsi, nei quali la molteplicità delle opinioni e delle interpretazioni genera tale disordine, che a chi studia l'argomento riesce assai difficile raccapezzarsi, e forse impossibile di ricavare una conclusione su solide basi. A me pare che nell'accingersi a trattare la questione, diventi indispensabile il muovere sui passi già percorsi, per tentare di darne possibilmente degli altri. La più parte degli autori hanno proceduto da casi particolari, per giungere a determinazioni generali; alcuni trattarono da differenti punti di vista la questione: naturalmente i primi seguirono un processo più logico.

MAJER, avendo osservato forme di tali tumori nella placenta e nella dura madre, mette come nota caratteristica, il tessuto mucoso abbondante e duraturo in queste condizioni.

BILLROTH a proposito dei sarcomi plessiformi (cancroidi, adenoidi) dice che sono tumori riscontrabili nell'orbita, nel cervello e nella parotide. Difficile è la distinzione da alcune forme di carcinoma. All'esame microscopico, si trovano cilindri intrecciati a plesso; clave e globuli cellulari sparsi nel connettivo, di cui spostano i fasci, penetrando così anche negli spazi e nelle lacune linfatiche peri-vascolari. — Non sempre si può affermare se gli elementi siano migranti e poi si fissino; o cellule connettivali; o delle pareti vasali, endoteli e periteli, e forse tutti i citati elementi contemporaneamente o successivamente prendono parte alla produzione di questa neoplasia speciosa. Dentro i cilindri si insinuano vasi, e mentre le cellule centrali intorno ai vasi si trasformano in connettivo jalino o fibrato, le cellule esterne formano un rivestimento attorno al vase o al filamento connettivale neoformato al centro. Così si hanno formazioni papilliformi; e questi elementi possono assumere un carattere assolutamente epiteliale, in modo da non distinguerli dagli epiteli delle glandole tagliate. Si hanno forme speciose, quando avvengono degenerazioni jaline, nel centro di questi cilindri. Si hanno allora formazioni dentritiche, le quali sono rivestite o non da cellule. Queste clave o cilindri jalini furono interpretati come vasi linfatici. BILLROTH stesso li ritenne come cilindri di sostanza jalina in perfetto periodo di sviluppo. Più tardi si uniformò alla opinione di SATTLER,

il quale li considera come sarcomi alveolari, in cui le masse cellulari derivanti dalla proliferazione della avventizia si trasformano in cilindri jalini.

STEUDENER descrive un tumore avente tratti anastomizzati in vario senso, immersi in una sostanza come gommosa. Tratti cellulari clavati attraversano lo stroma; si vedono nuclei rotondi ed ovali, in molti punti cellule in metamorfosi jalina. In generale egli pone dubbio sulla origine di questi tumori; ma trovando al centro clave le quali passano direttamente in vasi capillari, crede di concludere che si debba trattare di un processo neoplastico, iniziatosi come moltiplicazione dei nuclei della parete vasale, la quale moltiplicazione finisce per esplicarsi in forma di numerose produzioni cellulari.

FRIEDLANDER, in un accurato lavoro, ha descritte forme di tumori differenti, in cui però si trovava una eguale disposizione cellulare. Anche egli trova una caratteristica disposizione alveolare, le cui maglie sono formate da grossi accumoli di cellule, le quali spesso prendono un determinato ordine. Il fatto più importante è anche la presenza di una speciale sostanza jalina, la quale abbonda o scarseggia secondo i siti. Egli ritiene gli spazi lasciati dalle cellule, siccome riempiti da sostanza colloide, talvolta con frammenti di nuclei, od anche qualche apertura centrale. Espone il reperto di sostanza jalina intorno al reticolo, e la ritiene come metamorfosi del connettivo. In molti punti, pel decorso, i cilindri si direbbero vasi neoformati e ripieni. D'altra parte, l'Autore tralascia di ricercare la provenienza di questi elementi cellulari, sembrandogli investigazione difficile e di risultato molto incerto.

BÖTTCHER, dopo aver fatto ricerche, afferma che i cilindri cellulari procedono da canali preformati, e crede possibile trattarsi di degenerazione dei vasi sanguigni e linfatici a decorso serpeggiante, che si sdoppiano, formano clave, le quali si trovano in certi preparati, entro canali con sottilissime pareti, aventi tutto l'aspetto di vasi.

Nei punti ove la parete era libera, egli poteva osservare un canale di apparenza jalina; in altri punti questa era usurata da cellule, di cui una parte si conteneva nel lume di esso. L'A. si crede autorizzato ad ammettere l'origine vasale, principalmente perchè non ha potuto dimostrare alcun nesso con vasi indubitabilmente chiari (?); e perchè poteva determinare che i vasi degenerati di largo lume si riscontravano in numero considerevole, e presentavano slargamenti o clave nel decorso; queste ragioni lo spinsero ad ammettere una degenerazione nei vasi linfatici.

WALDEYER accenna al cilindroma, nella descrizione di un tumore prevalentemente mixomatoso, nel testicolo, con punti condromatosi e cistici. Intanto, nei punti ove meglio si mostrano i vasi, si rileva

che questi hanno entro il loro lume, masse perfettamente omogenee, jaline, le quali assumendo aspetto di cilindri ricordano il sifonoma di HENLE o cilindroma di BILLROTH. Questa sostanza, capace di intorbidarsi con l'acido acetico, aveva rapporto stretto con l'intima vasale, mercè propaggini di connessione; negli strati più esterni di tali cilindri si trovavano ancora tracce di elementi endoteliali. Egli ritiene, che sotto il nome generico di cilindromi si raccolgano neoformazioni e processi patologici differenti, e ritiene insomma che le produzioni indicate debbono considerarsi come secondarie al processo vasale.

PACQUET ed HERMANN credono di poter classificare i cilindromi fra i tumori epiteliali meno atipici (metatipici di MALASSEZ), benigni a principio, ma suscettibili di mutare l'andamento in spiccata malignità.

BERLIN ha descritto cilindromi: essi hanno forma alveolare più o meno atipica, e si originano ai limiti delle vie sanguigne o linfatiche. Perciò si approssimano ai carcinomi.

KOSTER ha interpretato questi tumori come carcinomatosi; egli parte da certi dati speciali, intorno allo sviluppo di elementi carcinomatosi nelle vie linfatiche.

EWETSKY ha anche descritto tumori, aventi su per giù identica struttura: reti cellulari variamente anastomizzate, qua e là interrotte, formando cilindri a decorso più o meno rettilineo. Ha osservata una sostanza jalina, abbondante in alcuni punti, in altri scarsa. Conclude ammettendo, che i cilindromi siano tumori di varia origine, i quali possono prendere caratteri di somiglianza secondo speciali modifiche o complicazioni.

CORNIL e RANVIER descrivono il cilindroma, sotto il nome di epitelomi tubulati; quegli stessi cioè chiamati tumori eteroadenici da ROBIN, e poliadenomi da BROCA. Li considerano come tumori composti da cilindri pieni, con epitelio pavimentoso, che non subisce evoluzione epidermica, e decorrenti in un tessuto embrionale. Lo stroma qua fibroso, là molto denso, talvolta mucoso; in alcuni punti formazioni cistiche, le quali non dipendono da degenerazione dell'epitelio, ma risultano dallo stroma. Le cellule pavimentose di questi tumori possono subire metamorfosi colloidea, e masse colloidee si raccolgono in questi spazi cistici; talvolta si trovano globi corneificati.

ARMANNI espone le conoscenze che si hanno intorno a tali neoplasie, le quali in massima parte entrerebbero nella classe dei carcinomi epiteliali. Da ricerche personali, esprime il convincimento che la trasformazione jalina sia dovuta principalmente o esclusivamente alle cellule.

ZIEGLER si esprime in maniera molto vaga sull'argomento. Dice

che una forma molto rara, di carcinoma, è caratterizzata dalla presenza di globi omogenei, nell'interno delle cellule dei nidi cellulari cancerigni. Questi globi, che devono considerarsi possibilmente come masse colloidee, possono ridurre le cellule ad una rete trabecolare; questo merita il nome di cilindroma carcinomatoso, poichè bisogna distinguerlo da altre formazioni sarcomatose, riconosciute sotto lo stesso nome, le quali si possono considerare come generatesi per parziale degenerazione jalina o mucosa del tessuto neoplastico; o per combinazione di tessuto sarcomatoso e missomatoso. In tali casi la degenerazione mucosa è diffusa o circoscritta ad alcuni focolai del tumore, in modo da formare anche globi jalini ben circoscritti.

In mezzo al tessuto di combinazione sarcomatoso e mucoso si trovano cordoni di cellule fittamente stivate tra loro, per cui il tumore acquista caratteri speciali; per la struttura, dovrebbero chiamarsi mixosarcomi, ma si dicono anche cilindromi dal loro aspetto.

Non si conosce la genesi di quei cordoni; qui non esiste alcun rapporto con la distribuzione vasale, e decorrono in punti in cui il connettivo è ancora sano. Egli dice ancora, che vi è un altro tumore, appartenente alla stessa classe del sarcoma in discorso, e sarebbe caratterizzato da una degenerazione jalina delle pareti vasali e delle parti circostanti. I vasi sono circondati da produzioni jaline, in mezzo a cui decorrono anche formazioni cellulari, le quali hanno molta somiglianza con quelle che si rinvencono nel mixosarcoma. Le masse omogenee sono formate da una degenerazione jalina delle pareti vasali, e delle cellule circostanti del tumore, molto simile alla degenerazione mucosa. Sarebbe dunque un cilindroma, forma speciale del mixosarcoma, nella quale la degenerazione mucosa colpisce a preferenza i vasi; e nella quale la neoformazione vasale rappresenta una parte importante.

Ora riguardo alle ricerche fatte su casi di cilindromi della glandola lagrimale la letteratura è molto povera. D'altra parte, alcuni casi sono descritti sotto nomi differenti: Busch descrive il cilindroma di questa glandola. FORSTER ne ha descritto un caso di carcinoma. Un caso simile lo trovo descritto da ALT, sotto il nome di adenoma, benchè tutto deponga piuttosto per un carcinoma. Egli ebbe occasione di inciderlo in una data anteriore, e ne uscì materiale semiliquido; si domanda se si sia trattato di cisti da ritenzione, oppure di tumore sviluppato in un ateroma. La rarità di questo reperto è rilevata anche da ZIEGLER, il quale dice di aver potuto una sola volta osservare una neoplasia cancerigna della glandola; in cui per la formazione di globi omogenei, si aveva ragione di chiamarla cilindroma, aggiungendovi l'aggettivo di carcinomatode.

Il caso del quale mi occupo, si presentò all'osservazione durante il decorso anno scolastico, nello studio di Clinica Chirurgica del Prof. A. De Giacomo; ed io devo alla sua grande cortesia il permesso di pubblicarne la storia.

Verso la fine del mese di febbraio fu ricoverato nell'Ospedale degli Incurabili l'infermo Francesco Accetta, da Pizzo, di anni 28, celibe, marinaio. Le ricerche fatte, intorno ad influenze ereditarie nella sua famiglia, non fornirono notizie interessanti. L'infermo non era in grado di riferire su sofferenze precedenti: negava assolutamente di aver sofferto di malattie veneree o sifilitiche.

Egli raccontava, che, senza alcuna causa apprezzabile, senza alcun trauma, era cominciato, 8—10 mesi prima, a svilupparsi un piccolo tumore quanto un cece, alla superficie posteriore della palpebra superiore sinistra. Mancavano completamente fatti dolorifici e disturbi della visione. Intanto, allo sviluppo progressivo, ma non rapido, seguì una fase d'incremento rapidissimo, durante il decorso d'un mese, nel quale il tumore raggiunse le proporzioni attuali. Due fatti si seguirono frattanto: la ptosi abbastanza notevole, e poi l'esoftalmo.

Stato presente: è un individuo di mediocre sviluppo, con funzioni generali buone.

L'orbita sinistra si mostra riempita, da una massa neoformata, che è coperta perfettamente dalla cute normale della palpebra superiore, la quale è molto abbassata. Il globo oculare è spinto in fuori, con direzione verso basso e verso l'esterno; il grado di tale esoftalmo è pronunciato abbastanza. La congiuntiva palpebrale e bulbare fortemente iniettate di sangue. Alla semplice ispezione, pare che il tumore vada, con larga superficie, ad aderire sulla porzione superiore esterna della parete orbitaria, o parrebbe che avesse intimi rapporti col bulbo. Ma con la palpazione, è possibile constatare una netta separazione tra la massa del tumore ed il bulbo; mentre non si può dire altrettanto dell'apparente aderenza all'osso, poichè in realtà, benchè suscettibile di limitati spostamenti, la massa stessa del tumore è aderente alla superficie ossea.

È però degno di nota che qui, al contrario di ciò che suole avvenire nei tumori surti da ossa ricoperte da periostio forte, non si palpa una linea di passaggio, che vada perdendosi insensibilmente, ma è constatabile un confine distinto tra le due parti indicate.

Posteriormente, non è possibile raggiungere il polo profondo del tumore. Tutto sommato, lo si calcola quasi della grandezza di un uovo comune o di una grossa noce. La superficie è irregolare, per sporgenze multiple: la consistenza dura, elastica.

I movimenti dell'occhio sono più limitati, ma conservati; mercè loro si vede, che il cul di sacco congiuntivale superiore subisce movimenti di spostamento in avanti.

Il potere visivo non è alterato notevolmente, appena indebolito, perchè fin dalla comparsa dell'esoftalmo si è manifestato come un senso di offuscamento: l'infermo però, con quel solo occhio è capace di vedere relativamente bene. La secrezione lagrimale è conservata, e se ne vede bagnata tutta la superficie di congiuntiva e qualche volta la guancia.

La diagnosi, per dirla in breve, fu messa su di un tumore solido, facendo argomento di discussione il punto di partenza, se si trattasse cioè di un tumore surto in rapporto con l'osso e periostio orbitale, o ciò fosse accaduto secondariamente; oppure si dovesse ammettere una neoplasia sviluppata presso la glandola lagrimale, coinvolgendola poi.

Naturalmente le note cliniche deponevano più in favore di questa ultima opinione. Non fu tralasciata anzi la possibilità di un tumore partito dalla glandola lagrimale accessoria, ricordando il modo suo di esplicarsi in connessione con la palpebra superiore; fatto cotesto già rilevato da SAUTEREAU e da RICHET. — Riguardo alla diagnosi di natura, si pensò a preferenza ad un tumore epiteliale, forse un cildroma.

L'operazione consistette, in un taglio curvo sul margine superiore orbitario, dal quale, dissociando i tessuti, si potè avere larga via per accedere al tumore ed estirparlo. Durante questa manovra, la topografia della neoformazione confermava pienamente la diagnosi di sede; anche perchè oltre alla massa principale del tumore, ma in connessione con essa, fu trovato più profondamente un corpo di molto minor volume, il quale da tutti i caratteri di sostanza glandolare poteva far pensare alla glandola lagrimale propria. Del resto l'operazione procedette con la celerità e la correttezza abituale nel Professore, e fu seguita da un processo di guarigione molto lodevole, cosicchè l'infermo lasciò l'ospedale dopo breve tempo. Avendone preso informazioni, nulla pare che possa accennare a possibili recidive.

Il tumore approssimativamente era grande quanto un grosso uovo; di forma piuttosto sferica, ma irregolare perchè ad alcune bozzature sporgenti abbastanza, si frammettevano sinuosità, solcature più o meno profonde. All'intorno lo circondava una capsula connettivale, in cui si distingueva uno strato più prossimo al tumore, di carattere fibroso, da un altro più esterno, proveniente da tessuti circostanti. Inoltre, in una parte molto circoscritta della superficie, l'aspetto non era come altrove, perchè il connettivo sembrava interrotto nella sua continuità; e il tessuto scoperto, per una certa irregolarità, per la mollezza e la facilità di screpolarsi, richia-

mava l'immagine come di parenchima glandolare, in preda a processi regressivi. La piccola massa estirpata insieme col tumore presentava l'aspetto di glandola lagrimale.

Tagliando largamente il tumore, sulla superficie di recisione si notava un colorito grigio roseo, e la struttura macroscopica colpiva per una disposizione speciale, di estesi tratti connettivali, decorrenti in modo da attraversare in ogni senso la neoformazione, circoscrivendo spazi, entro cui, dal colorito più scuro, dalla minore consistenza, si riconosceva senza difficoltà un accumolo di elementi forse glandolari. Del resto null'altro di rilevante all'esame grossolano.

Con lo scopo di sottoporre il tumore a ricerche di differente interesse, usai liquidi fissatori e conservatori anche diversi.

La più gran parte fu trattata col liquido di MÜLLER per 15 giorni, poi in alcool a 70°; un'altra parte fu conservata nella miscela cromoacetica per 24 ore poi, dopo lavaggio con acqua distillata, in alcool assoluto; una terza direttamente in alcool assoluto: alcuni pezzetti fissati in soluzione satura a freddo di sublimato, a cui aggiunsi un terzo del volume di acqua distillata, finalmente in alcool.

Secondo lo scopo, i preparati furono colorati diversamente: d'ordinario feci colorazioni in massa, di segmenti abbastanza grossi del tumore, per avere una larga estensione per potere esaminare il processo dalla periferia al centro.

Secondo questa superficie, furono fatte in massima parte le sezioni. Per sostanze coloranti ho usato a preferenza l'ottima soluzione di ematossilina di Bizzozzero, ed il carminio al fenato di soda, da me introdotto nella tecnica; dalle quali sostanze ho ottenuto risultati molto soddisfacenti. Per lo studio della fine struttura degli elementi, e di processi attivi nucleari, ho fatto preparati, da quelle porzioni appositamente conservate, colorandoli con l'ematossilina di BÜHMER e scolorandoli in acido, usando ancora colorazioni con safranina secondo FLEMING; o violetto di genziana nella formola di WEIGERT.

Le sezioni furono fatte a mano libera ed osservate, e nella maggior parte ottenute col microtomo, previa inclusione in paraffina. Ho fatto anche preparati per dissociazione.

Osservando al microscopio le sezioni, viene subito una chiara distinzione, tra la disposizione topografica periferica e quella centrale. In quasi tutte alla periferia il tessuto è di aspetto glandolare: vi si vede una struttura alveolare, dalle maglie strette, con elementi epiteliali a grosso nucleo, e fra le maglie della rete, spazii apparentemente liberi (fig. 1). Ma certamente il tessuto non rappresenta una normale produzione glandolare, poichè dappertutto, considerando la ricchezza degli elementi, i loro caratteri, la tendenza ad invadere i dintorni, nell'insieme, si rivela l'esistenza di processi formativi, in grado molto elevato: tali elementi si colorano intensamente coi reat-

tivi coloranti. Intorno ai nidi cellulari si dispongono fasci di connettivo ricco di nuclei, nel quale decorrono vasi sanguigni.

Come si procede verso il centro, si incontrano altre aree, di tessuto e disposizione rassomiglianti alle prime; ma già per la maggiore larghezza delle maglie reticolari, per la disposizione degli elementi, si cominciano a notare differenze sul carattere adenoideo, in generale e nei particolari. Mentre nel primo caso le maglie strettissime presentano una molteplicità di elementi, nel secondo caso, insieme con l'allargamento degli spazii, vi è diminuzione del diametro dei tubi cellulari costituenti la rete. Finalmente, passando oltre stadii progressivamente più avanzati, si riscontrano semplicemente formazioni reticolari larghissime, nelle quali naturalmente come diminuisce l'intreccio, gli spazii lasciati sono delimitati da linee più estese (fig. 2.)

A questo punto, si ha l'impressione come di larga rete linfatica, ripiena di elementi: e ciò si deve specialmente al decorso irregolare delle maglie, con frequenti dilatazioni intercorrenti, e con punti nodali molto slargati. Ancora più lontano, rappresentanti di ulteriore processo, si vedono cilindri cellulari, con i caratteri descritti, di variabile lunghezza, i quali attraversano in più direzioni il tessuto. Costesti cilindri decorrono talvolta per lungo tratto, quasi paralleli, non conservando calibro costante. Spesso tortuosi, essi non terminano allo stesso modo sempre, perchè talora assotigliati, tal'altra formano un rigonfiamento terminale clavato. La spiegazione di tale forma si trova spesso nel livello, in cui accadde di tagliare i cilindri; ma qualche volta si tratta di veri rigonfiamenti clavati di vasi linfatici (fig. 4.). Insieme con i cilindri longitudinalmente visti, se ne trovano altri in sezione trasversa, nei quali apparisce un tubo formante la parete, a contorno sottile onduloso, entro cui perifericamente sono disposti elementi endoteliali.

Intanto un certo aspetto di speciale importanza è assunto dal tessuto connettivo, anche procedendo verso il centro. Noi lo troviamo abbondante e ricco di nuclei, intorno ai nidi cellulari già descritti, mentre li vediamo lentamente scarseggiare, e quella struttura più o meno fibrosa rilevabile nel primo caso, nell'altro tende a perdersi, perchè qui il connettivo assume in parecchi punti aspetto jalino. Ciò accade specialmente negli strati più prossimi alla periferia dei cilindri cellulari, che attraversano il tessuto in esame. Cotesta sostanza jalina non deve confondersi però con un'altra speciale sostanza, contenuta negli spazii liberi, lasciati in mezzo ai nidi cellulari descritti (fig. 1.).

Quest'ultima, chiara, trasparente, si trova sotto forma di più o meno larga superficie sferica, a contorni quasi sempre netti: essa rassomiglia, pel suo modo di comportarsi, moltissimo al contenuto di un gozzo colloide. Per l'ordinario, queste sfere sono circondate,

oltre il proprio limite, da un alone chiaro, in cui con le più forti lenti non si scorge se non uno spazio vuoto, delimitante le trabecole cellulari; qualche volta però vi sono tortuosi e sottili filamenti, tra la sfera e lo strato cellulare. Riguardo all'intima struttura delle sfere stesse, anche all'esame più accurato non si possono rilevare caratteri importanti: assai spesso esse sono omogenee, uniformemente rifrangenti; talvolta si presentano formate a guisa di convoluto di innumerevoli fili, cosicchè la superficie appare finemente increspata, per la differente rifrangenza che danno gli strati. In alcuni punti ancora, la sostanza sembra fatta da minutissime goccioline accumulate; qualche volta accade di rinvenirvi tracce di elementi cellulari, nuclei alterati. Mi pare utile notare come caratteristico, che il tessuto jalino descritto rimane quasi sempre trasparente sotto l'azione dei reattivi coloranti, mentre l'ultima sostanza si distingue per la attitudine che ha a colorarsi in roseo, più o meno intenso, nelle colorazioni col carminio, — quello al fenato di soda in ispecie — ed in violetto o giallo d'ambra nei preparati alla ematossilina.

Dalla somma dei caratteri esposti di essa, noi siamo in diritto di ritenerla come speciale prodotto di processi regressori, la sostanza cioè che in patologia chiamiamo colloidea.

Il tessuto jalino in alcuni punti, oltre a formare tronchi flessuosi, spezzati, assume disposizione reticolare: e quando coincide con le reti cellulari, si hanno reti a differente piano e di diverso aspetto. Quando si osserva un esteso nido cellulare, nel quale sia iniziato il processo degenerativo, si scorge al centro una fase sempre più avanzata, sempre spazii più larghi che alla periferia.

È degno di nota il reperto di estese emorragie in certe zone di connettivo alterate: i preparati mostrano grandi quantità di corpuscoli rossi, ancora conservati, i quali si sono diffusi nel connettivo perialveolare, ed alcuni di essi si sono infiltrati in mezzo alle reti adenoides.

Proprio molto prossimo a questa zona emorragica, esiste un punto in cui si può osservare un passaggio graduale, dalla neoformazione apparentemente in fase attiva, ad un tessuto in cui il processo regressivo è iniziato, e spinto già molto innanzi. Quivi da elementi colorati fortemente si passa ad altri, i quali reagiscono debolmente; hanno una manifesta alterazione; infine una serie di nuclei che rimangono perfettamente incolori, contenuti però in tubi jalini, continuazione della rete endoteliale (fig. 3 a). In questo fatto bisogna, dopo accurato esame, eliminare il sospetto che si tratti di accidentalità nel processo di colorazione, come a prima vista parrebbe. In realtà, a prescindere dalla particolare attenzione messa nel fare i preparati, in modo da lasciar piena sicurezza, sta il fatto, che simili apparenze si incontrano in moltissime sezioni, preparate con le dif-

ferenti sostanze coloranti, e fatte da segmenti del tumore collocati in punti distinti tra loro.

Vi è anzi di più, perchè è possibile seguire fasi più rilevanti dello stesso processo in altri preparati, fino a trovare per estesa zona aie di tessuto trasformato in una massa quasi omogenea, fatto riferibile ai disturbi nutritivi della neoplasia, con possibile necrosi (fig. 3. b.). Anche in mezzo a queste reti si trovano corpuscoli sanguigni.

Il tumore in generale non abboorda di vasi; si trovano vene ed arterie nel connettivo periacinoso; spesso i loro nuclei sembrano più numerosi, ma in generale non ho potuto rilevare qualcosa, che accenni ad una partecipazione più o meno interessante dei vasi sanguigni.

Merita moltissima attenzione un punto di alcuni preparati, nei quali poco discosto dalle zone, ove la neoplasia è giunta in pieno sviluppo, si trovano produzioni glandolari a cul di sacco, (fig. 5.) sul cui carattere non cade dubbio, e che all'aspetto, dalla disposizione, in mezzo ad un connettivo avente per la ricchezza degli elementi qualità embrionali, si riterrebbero per propaggini glandolari embrionali, probabilmente destinate ad ulteriore differenziamento fisiologico. Da questo punto, seguendo attentamente la topografia del tessuto circostante, si può vedere chiaro un graduale passaggio, dalla forma indicata fino alla vera produzione neoplastica.

Se ora ci rivolgiamo ad osservare con forti ingrandimenti il materiale già esaminato, troviamo note di una certa importanza (fig. 6). I nuclei degli elementi del reticolo glandolare, sono grandi quasi tre volte un corpuscolo bianco di sangue umano; ed hanno forma a preferenza tendente alla ovoidale, sono circondati da una zona di protoplasma, di cui non si vedono distinti i limiti, i quali sogliono perdersi in quelli della cellula più prossima, in modo da non lasciare spazio visibile a sostanza intercellulare. Con i metodi comuni si colorano uniformemente; ma con lo speciale trattamento per mettere in evidenza la struttura nucleare e le sue fasi di attività formativa, usando cioè le colorazioni opportune accennate in principio, ho potuto trovare in alcuni punti elementi con disposizioni di sostanza cromatica, inizio di divisione nucleare, mentre in altri punti ho potuto vedere distinte fasi cariocinetiche, in periodo diverso. Mi pare che non manchi d'importanza questo fatto, anche perchè, ch'io sappia, in simile specie di tumori non furono ancora descritti i processi cariocineticici nella loro particolarità. Nondimeno per brevità di tempo, io non sono in grado di dare conclusioni su ciò, proponendomi di farlo tra non molto.

Nei nuclei che restano scolorati, si vede un ammasso di sostanza più splendente. In molti punti i nuclei sono rigonfi ed a contorni più irregolari.

Da tutto quello che precede, risultante di osservazione microscopica, si trae questa conseguenza: che noi ci troviamo dinanzi ad uno di quei tumori nei quali un'esatta interpretazione è difficile.

Nel nostro caso speciale, l'importanza è rilevante non solo per il territorio d'insorgenza — essendo rara la descrizione di qualche neoplasia della glandola lagrimale accessoria — ma anche per la singolare distribuzione istologica degli elementi neoplastici. Fino ad un certo punto noi potremo tentare di ricostruire il processo, seguendo il cammino, per esporre possibilmente in più chiara luce alcuni punti oscuri.

Se tentiamo di ricercare il momento etiologico nel nostro caso, cadiamo inevitabilmente in tutte le incertezze e le oscurità, che avvolgono le conoscenze scientifiche sulla etiologia dei tumori.

Gli autori, nelle neoplasie della glandola lagrimale, sogliono quasi sempre e concordemente, notare la precedenza di cause traumatiche. Quanto valore esse possano avere, in generale non è difficile a scorgere, anche quando, a prescindere dalle false opinioni, si vogliono attribuir loro proprietà deprimenti le attività fisiologiche dei tessuti circostanti. Forse in casi simili, in cui in certi momenti della vita di un organismo noi vediamo piccoli organi glandulari accessori, entrare in un periodo evolutivo illimitato, bisogna ammettere che lo sviluppo tenga a proprietà intime, rimaste latenti per lungo periodo.

La neoplasia serbando i caratteri del territorio d'insorgenza è cresciuta, non senza acquistare altri caratteri, e tendere ad invadere le vicinanze.

Noi troviamo, oltre alle zone di carattere glandolare, abbastanza chiare anche altre, nelle quali una rete cellulare estesa ha tutto l'aspetto di reti linfatiche, di cui sia preso l'endotelio. Si tratta allora di risolvere un dubbio sulla indole glandulare od endoteliale del tumore. Questo fatto di non lieve interesse sarà stato più volte la causa di interpretazioni differenti.

A me pare che nel caso descritto, le due formazioni si combinino, e mi spiego il fatto risalendo semplicemente ai caratteri fisiologici ed embriologici della struttura glandolare. Non può far certamente meraviglia il passaggio da una forma epiteliale glandolare ad un'altra endoteliale, se si pensa alla affinità embriologiche tra epitelio ed endotelio, e specialmente se si riflette, che, secondo le moderne vedute, la membrana propria — la quale va considerata oltre il connettivo interstiziale — in molte glandole, tra cui la lagrimale, deve ritenersi come fatta da uno strato sottilissimo di cellule endoteliali (Orta). Io ho preparato al nitrato di argento glandole lagrimali per questo scopo, e potei vedere una riduzione chiara intorno

a una finissima rete, rappresentante appunto le connessioni cellulari della membrana propria.

Le ricerche ci mostrano, la presenza di una sostanza colloide. Quale significato bisogna darle? Dove si trovi l'intima ragione di sua formazione, non siamo in grado di dirlo. Le conoscenze scientifiche su l'essenza di questi disturbi nutritivi sono assai povere e vaghe; così da costringerci a dir solo, che epitelii di produzione patologica, come quelli normali, possano elaborare, o trasformarsi in quella sostanza che chiamiamo colloidea. Noi vediamo infatti speciali alterazioni dell'epitelio, le quali ci si presentano dapprima sotto forma di turbata reazione chimica alle sostanze coloranti, poi con alterazioni fisiche otticamente rilevabili.

Disturbi nutritivi, sotto forma di processi regressivi, incontriamo negli elementi del connettivo, ma essi mostrano una più alta resistenza vitale. Dalle lesioni vasali con diffuse emorragie bisogna ammettere facili disturbi circolatorii, trombosi, ecc. e questo spiegherebbe anche le estese necrosi.

Mi pare che siano degne di ogni considerazione quelle forme glandolari a cul di sacco, descritte in alcuni punti del tumore.

A prima giunta, non sarebbe facile assegnar loro una giusta interpretazione; ma poi nel vedere i loro caratteri embrionali, la maniera di perdersi di questi infundiboli glandulari nel tessuto circostante, ove pare di vederne ancora vestigia già invase da nuova formazione, — dalla somma di molti caratteri, io sono propenso ad ammettere la loro singolare influenza, a ritenerli in breve come il vero punto di partenza, da cui per un illimitato potere formativo ed evolutivo si sia avuto il tumore.

Ed ora, dopo l'osservazione di un caso particolare, ci si presenta il campo a fare qualche considerazione sull'argomento da un punto di vista più generale. Troviamo opinioni molteplici e discordanti; differenze da alcuni messe come caratteristiche, per farne una distinta classe di tumori; mentre altri crede che debbano ritenersi i cilindromi, siccome modalità di tumori sarcomatosi od epiteliali. Veramente, quando vediamo contrapporsi opinioni autorevoli, come quelle di SATTLER-BILLROTH, i quali li considerano come angiomi plesiformi; quelle di KÖSTER, ARMANI ed altri i quali li ritengono come tumori principalmente epiteliali: dinanzi alla incertezza di ZIEGLER, e FRIEDLAENDER il quale specialmente non crede possibile stabilire netti limiti tra neoplasie epiteliali e sarcomatose; bisogna confessare che difficoltà non mancano per risolvere la questione.

Nondimeno, devo da parte mia confessare, che qua o là s'insinua il sospetto che in alcune opinioni, le più discosti dal vero, vi sia stata troppa facilità di giudizi. Già prima di ogni altro mi pare, che una grossolana causa di divergenza stia nella importanza differente data alle parti costitutive dei tumori esaminati.

A leggere alcuni lavori sull'argomento mi son dovuto convincere, che il nome di cilindroma era dato talvolta dalla semplice disposizione di cilindri colloidei, considerandoli come fatto di primaria importanza, anzichè come un semplice accidente, delle funzioni nutritive degli elementi.

D'altra parte, mi pare che non fu tenuto conto della fase evolutiva in cui la neoplasia fu studiata. Sono circostanze, le quali spesso mutano ogni aspetto di uno stesso fatto: da esse dipendono frequentemente anche divergenze di concetti, poichè il differente interesse clinico, la sede della neoplasia, la condizione dell'individuo sono tante ragioni le quali hanno potuto far sì, che identici tumori fossero esaminati, quando erano già perduti i caratteri iniziali più importanti.

Che una speciale partecipazione dei nuclei dell'avventizia vasale possa dare simile forma di neoplasia, è un fatto discutibile; che sarcomi possano prendere tale aspetto, è possibile. Ma se si tendesse ad eliminare quanto vi è di vago nella scienza; se si considerasse che il nome di sarcoma non ha alcun valore chiaro, ma comprende neoplasie miste di differenti produzioni — fuorchè le epiteliali e simili, — se si tentasse di dare a questi ultimi tumori un nome, considerando principalmente i caratteri degli elementi costitutivi, anzichè la loro grossolana disposizione, si potrebbe convenire, che il numero dei cilindromi veri viene sempre più ristretto, ed essi devono classificarsi fra le neoplasie epiteliali. Alla quale classe li aggregano indirettamente anche quegli autori, che li considerarono come produzioni da endotelio linfatico.

Nel chiudere queste pagine sono fortunato di esprimere la mia riconoscenza al Prof. ARMANI, per molti schiarimenti importanti da Lui datimi.

LETTERATURA

MAIER. — Beiträg. zur Cylindr. Virch. Arch. Bd. 14.

BILLROTH. — Patol. e Terap. gen. chirurg.

SATTLER. — Ueber sogen. Cylindrome. Berlin 1874.

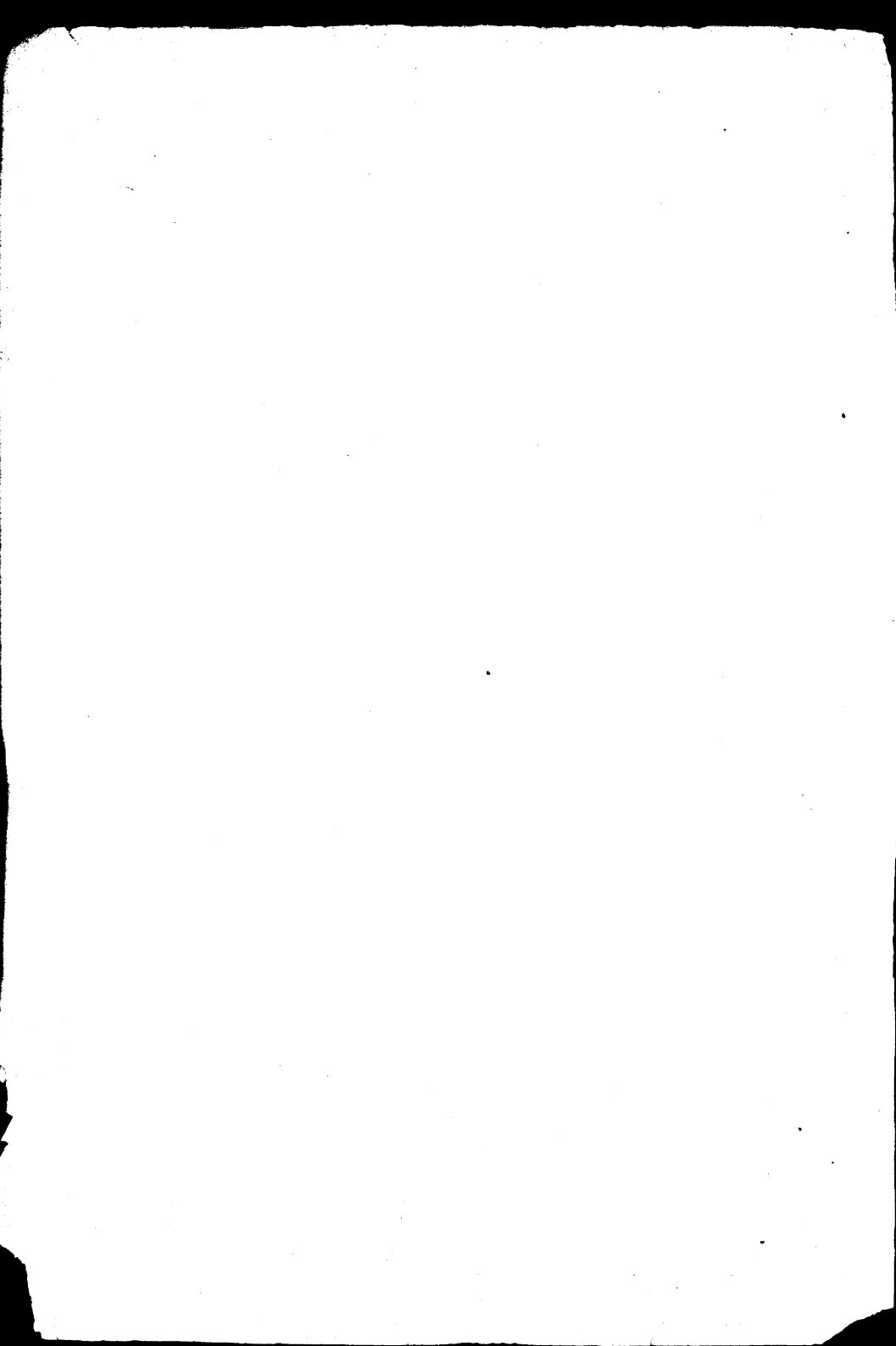
STEUDENER. — Beiträge zur Onkologie. Virch. Arch. Bd. 42.

FRIEDLAENDER. — Ueber Geschwülste mit hyaliner Degeneration.
Virch. Arch. Bd. 67.

- BÖTTCHER. — Zur Cylindrome. Virch. Arch. Bd. 42.
KOSTER. — Virch. Arch. Bd. 40.
EWRTSKY. — Zur Gylindromfrage. Virch. Arch. Bd. 69.
PACQUET e HERMANN. — Journal de Physiol et Anatom. 1864.
WALDEYER. — Mixoma arbor. intravasc. funic. sperm. Virc. Arch.
Bd. 44.
CORNIL e RANVIER. — Manuel d'Histol. path. vol. 1.° pag. 319.
ARMANNI. — Encicl. med. ital. Vol. 2.° Art. Carcinoma.
ZIEGLER. — Trattato d'Anat. Patol. Vol. 1.° pag. 245 e 270.
FORSTER. — Orbitalgeschwülste. Arch. f. Ophtalmol.
ALT. — Adenom der Thänenndrüse — Arch. f. Augenheilk. Bd. 10.
SANTEREAU. — Tumeurs de la glande lagrimale. 1878.
RICHTET. — La Semaine médicale. 1886.
MOLLIE e CHAUDELOUX. — Epithel. colloid. intraac. gl. lagr. Lion.
méd. n.° 46-46.
BECKLINGHAUSEN. — Arch. f. Ophtalm. Bd. 12.
ORTH. — Cursus der Norm. Histologie.
DE VINCENTIS. — Tumore della glandola lagrimale.
-

Spiegazione delle figure.

- Fig. 1.^a Nidi cellulari di carattere glandolare con globi colloidei negli spazii.
Microsc. Zeiss. Oc. 2. Obb. B.
Fig. 2.^a Maglie molto larghe della rete linfatica.
Micr. Zeiss. Oc. 2. Obb. B.
Fig. 3.^a a) incipiente trasformazione degenerativa degli elementi i quali sono scolorati; b) idem con avanzata necrosi al centro.
M. Hartnack. Oc. 2. Obb. 2.
Fig. 4.^a Fase più avanzata della fig. 2.^a, interrotte in molti punti le anastomosi si vedono lunghi cilindri cellulari in mezzo a tessuto jalino.
M. Zeiss. Oc. 2. Obb. B. tub. allung.
Fig. 5.^a Gruppi di cul di sacco glandulari dai quali è partita la neoplasia.
M. Hartnack. Oc. 2. Obb. 4.
Fig. 6. Un cilindro cellulare a forte ingrandimento.
M. Zeiss. Oc. 4. Obb. DD.
-



2

Abel