



*Quaggio ecc. v. al.
d'Erizzo (all'ing. Redd. Bon. Co. po.)*

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA

PROF. G. TUSINI.

Contributo Clinico ed Anatomico-Patologico

ALLO STUDIO

DELLA

TUBERCOLOSI DEI TUMORI OVARICI

PEL

PROF. DOTT. GIUSEPPE TUSINI



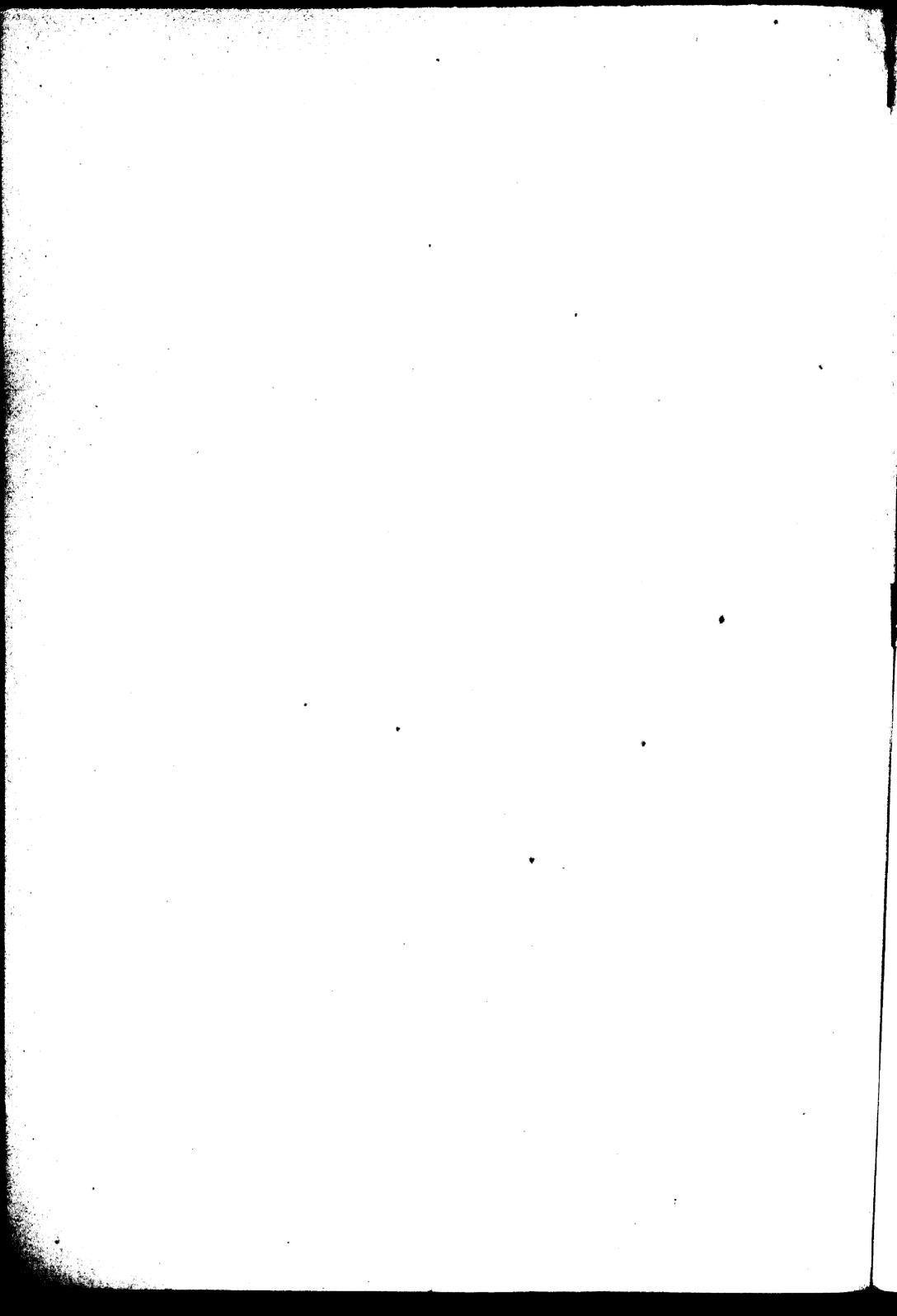
IN PISA

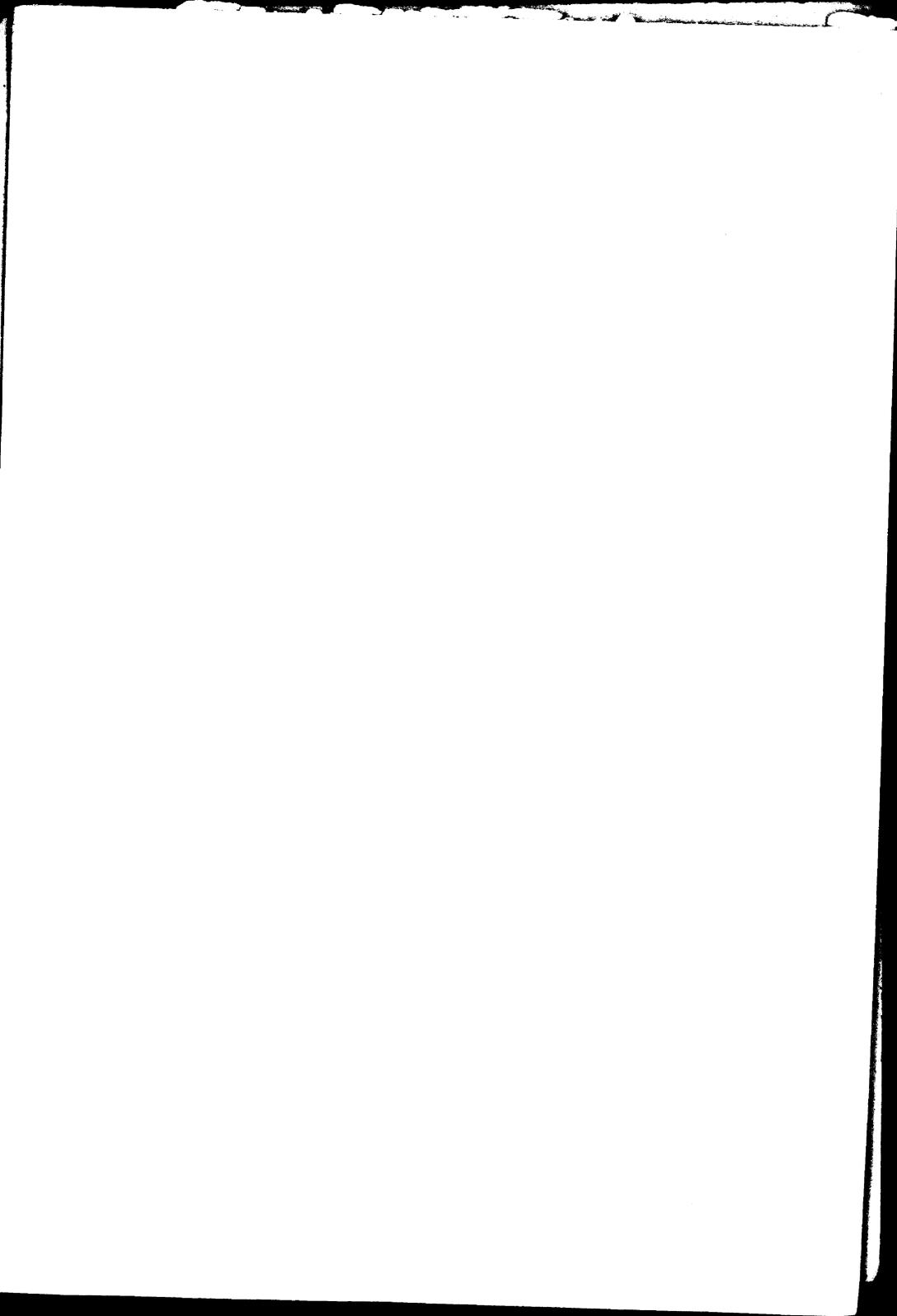
DALLA TIPOGRAFIA DEL CAV. F. MARIOTTI

Piazza dei Cavalieri, 6.

1904

Min. G. 24. 94







ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
PROF. G. TUSINI.

Contributo Clinico ed Anatomico-Patologico

ALLO STUDIO

DELLA

TUBERCOLOSI DEI TUMORI OVARICI

PEL

PROF. DOTT. GIUSEPPE TUSINI



IN PISA

ALLA TIPOGRAFIA DEL CAV. F. MARIOTTI
Piazza dei Cavalieri, 6.

1904



La tubercolosi degli annessi uterini ha acquistato da parecchi anni tanta importanza che non vi è chirurgo, con pratica anche non molto estesa, che non ne abbia osservati ed operati parecchi casi.

Non altrettanto può dirsi per la tubercolosi dei tumori delle ovaia, la quale è stata invece trovata rarissime volte, tantochè non mi riuscì di riunirne che 14 osservazioni sicure in tutta la letteratura chirurgica.

Per questo credo utile riferire di un caso che ho avuto opportunità di studiare e di operare, ed il cui reperto anatomico-patologico, mentre rischiarava alcune particolarità del singolare decorso clinico, è anche interessante per alcune modalità di estrinsecazione del tumore dovute all'infezione tubercolare degli organi in cui questo si è sviluppato.

Trattasi di certa GENOVESI CAROLINA in RINALDI, di anni 21, attendente a casa, di Sarzana. — La paziente nulla presentava nel gentilizio; aveva avuto soltanto una polmonite di cui era guarita rapidamente e non aveva più sofferta, prima dell'attuale, alcun'altra malattia degna di nota.

Mestruada a 13 anni, la era stata in seguito sempre regolarmente e si era maritata all'età di 17 anni, rimanendo sterile.

Due mesi dopo il matrimonio aveva avuto un'abbondante menorragia e poi dopo era stata sempre fortemente dismenorroica. Due anni prima di ricorrere alle mie cure, si era ricoverata allo spedale per forte dolorabilità dell'addome con febbre altissima, sopraggiunta nel periodo mestruale. Constatata una tumefazione fluttuante e dolorabile nel fornice vaginale posteriore, estendentesi in alto ed a sinistra del bacino, le era stata praticata dal chirurgo la colpotomia posteriore dando esito ad un'enorme raccolta di pus. L'inferma aveva lasciato l'ospedale guarita, pur persistendo una tumefazione cospicua nella cavità del bacino.

Dovette però nuovamente ricorrere all'ospedale perchè in un successivo periodo mestruale, dopo parecchi giorni di dolori fortissimi e di alta temperatura, aveva emessa spontaneamente dalla vescica una considerevole quantità di pus restando fortemente piurica per tre mesi circa. Guarita anche questa volta di tale incomodo, senza alcuna riduzione del tumore addominale, ad una susseguente mestruazione era stata colta di nuovo da dolori e da febbre che era cessata soltanto colla emissione spontanea dall'intestino retto di una abbondante quantità di pus. Da allora quando dal retto, quando dalla vagina aveva sempre avuto ad ogni periodo mestruale una discreta perdita di pus, con riacutizzazione del dolore e con rialzi termici considerevoli. Inoltre non che scomparire, era andata anzi sempre più crescendo la tumefazione del ventre, per cui onde mettere fine alle sue sofferenze era venuta a consultarmi.

Dall'esame obbiettivo rilevavasi che essa era giovane di sviluppo e di conformazione scheletrica regolare; con pelle bruna, un po' pallida e secca; con mucose visibili rosee; con

pannicolo adiposo sottocutaneo discretamente abbondante e con muscoli bene sviluppati ed abbastanza validi.

Il cuore, i polmoni ed i reni erano sani; l'apparato digerente era normale, fuorchè lamentavasi la paziente di abituale stitichezza, pronunciatasi maggiormente alcun tempo dopo l'accennata evacuazione di pus dall'intestino.

All'ispezione presentava una tumefazione della metà inferiore dell'addome, massimamente sporgente alla regione ipogastrica e che si estendeva nella fossa iliaca sinistra ed un po' meno anche verso destra.

Questa tumefazione mantenevasi immobile durante gli atti della respirazione. Alla palpazione trovavasi che la regione ipogastrica, la iliaca sinistra e la parte più mediale della iliaca destra erano occupate da un tumore plurilobato di consistenza varia, dove teso-elastica, dove più molle ed in alcuni tratti oscuramente fluttuante.

Alla palpazione anche moderata, il tumore manifestavasi sempre più o meno dolorabile in tutta la sua estensione.

Colla palpazione combinata potevasi rilevare che il tumore respingeva fortemente in basso il fornice vaginale sinistro, il fornice posteriore, ed il fornice anteriore. A destra invece attraverso il fornice vaginale non disteso, apprezzavasi una tumefazione bernoccoluta, dura, dolorabile, del volume circa di un mandarino, aderente all'utero e continuantesi colla restante tumefazione la quale sembrava circondare l'utero da ogni parte.

Respingendo in alto il collo uterino per quel poco appena che era possibile, si poteva apprezzare, ma non distintamente, il fondo dell'utero al di sopra della tumefazione mediana anteriore.

Introducendo una sonda in vescica, notavasi che fra essa e la parete anteriore del ventre esisteva una tumefazione rotondeggiante e sporgente nella regione ipogastrica; la ve-

scica, iniettandovi del liquido, si distendeva fra la parete anteriore dell' utero e la parete posteriore del tumore ipogastrico elevandosi tanto in alto da nascondere completamente, quando era ripiena, il fondo uterino.

L' utero era pochissimo, appena spostabile verso l' alto, immobile negli altri sensi, e la tumefazione che lo circondava era fissa lateralmente a sinistra e nella profondità della pelvi.

All' ispezione vaginale vedevasi il muso di tinca un po' grosso, non eroso, respinto a destra ed in alto nell' angolo vaginale, nascosto dalle protundenze degli altri fornici. Nell' angolo tra il fornice posteriore ed il sinistro esisteva un piccolo orificio da cui gemeva appena qualche goccia di pus, ed uno specillo introdotto in esso dirigevasi posteriormente ed in alto per non oltre 2 centimetri, senza penetrare in alcuna cavità, ed era evidentemente il residuo dell' antica colpotomia.

L' utero misurava in lunghezza centim. 9.

Con un dito introdotto nel retto si sentiva l' intestino circondato da masse dure quasi cicatriziali, ma la mucosa fin dove potevasi palpare, era completamente liscia e normalmente scorrevole sugli altri strati.

Diagnosi. — Cistoma ovarico a sviluppo intralegamentoso sinistro, fissato alle pareti ed agli organi pelvici da parametri purulente aperte in vagina, nell' intestino e nella vescica, con annessite destra.

Considerando l' inutilità di tutti gli altri mezzi terapeutici, l' età giovanile della paziente, le misere condizioni in cui era ridotta da due anni di sofferenze continue e colla minaccia sempre imminente del pericolo di vita, mi decisi ad operarla pur non nascondendomi la difficoltà dell' intrapresa.

Operazione 1. settembre 1903. — Raggiunta la completa

narcosi cloroformica, la paziente vien posta nella posizione di Trendelenburg. Faccio allora un'incisione sulla linea mediana dall'ombellico alla sinfisi pubica, approfondandomi fino al peritoneo. Completata l'emostasi delle pareti, apro il ventre ed estraggo subito al di sopra della vescica una ciste libera nel peritoneo, della grossezza di un uovo, afflosciata, con parete sottile e con liquido chiaro trasparente. Ma tutta la pelvi è occupata da una grossa tumefazione che si può considerare divisa in tre parti. L'anteriore è formata da una ciste grossa come un arancio, a parete sottile, che lascia trasparire un contenuto bruno ematico, e ricopre completamente la vescica. Essa è collegata da membrane d'origine infiammatoria ad una seconda tumefazione bernoccoluta e più grossa che occupa tutta la parte sinistra e posteriore della pelvi, aderendo totalmente alle sue pareti. La tuba allungata, ingrossata, nodosa, corona a guisa d'arco la sommità della tumefazione, la quale presentasi costituita da una grande quantità di cisti di varia grossezza ed a contenuto liquido bianco opalino o variamente brunastro, ematico. Esse sono situate fra le pagine del legamento largo divaricate ed ispessite assieme all'ovaio mal riconoscibile alla vista e un po' meglio apprezzabile al tatto per la sua maggior consistenza, quantunque ingrossato e deformato da un numero considerevole di piccole cisti sviluppate in tutta la sua spessorezza. Una ciste assai più grossa, del volume circa di una testa di feto a termine, continuasi direttamente coll'estremo esterno della tuba e aderisce totalmente alla parete sinistra del bacino. La tumefazione poi estendesi anche al di dietro dell'utero, al quale pure aderisce completamente, fino a confondersi cogli annessi del lato opposto ingrossati. Questi formano un ammasso unico per le membrane di essudati che li avvolgono facendoli aderire al pavimento pelvico, alla parete destra dell'utero ed agli annessi di sinistra. Una larga

falda d'omento aderisce a tutta la parte superiore di questa tumefazione, formando una specie di diaframma fra essa e la restante cavità addominale.

Resecata fra allacciature la falda d'omento aderente, le anse intestinali vengono respinte verso il diaframma e protette da parecchie flanelle. Procedendo cautamente per via ottusa, posso, rompendo le aderenze, peduncolare gli annessi di destra ed asportarli, previa allacciatura frazionata rasente alla parete destra dell'utero ed all'inserzione uterina della tuba.

Per la tumefazione sinistra comincio fra allacciature a sezionare la tuba alla sua inserzione sull'utero, punto sicuro di ritrovo, per estendermi man mano alla dissezione del tumore dagli organi circostanti ed eventualmente aderenti.

Nello staccare alcune aderenze dalla parete sinistra dell'utero, si rompe una grossa ciste e ne fuoriesce un'abbondante quantità di liquido bruno ematico che coll'afflosciarsi della tumefazione, permette un miglior riconoscimento delle parti ed una più sicura e rapida dissezione. Posso quindi facilmente snucleare dal legamento largo parecchie altre cisti di forma ovoidale più o meno allungate, a parete sottilissima, a contenuto chiaro trasparente, leggermente opalino, in tutto rassomigliabili alle cisti spermatiche dell'uomo. A queste poi seguono altre cisti conglobate da grossi tralci di connettivo duro, nodoso, che le riunisce in una massa unica alla parte esterna della tuba ed all'ovaio.

Una di queste cisti, a parete molto ispessita, aderisce al sigma colico la cui parete si attacca a quella della ciste formando un piccolo imbuto ch'io stacco rasente la parete cistica introflettendolo per maggior sicurezza ed avvicinandone il contorno introflesso con una sutura a borsa di tabacco, come si suol fare per la resezione dell'appendice. Così liberato in addietro il tumore, posso anteriormente sgusciarlo anche nella porzione sua superiore al davanti della vescica, la quale spin-

gesi molto in alto, ma non presenta con esso alcuna intima aderenza.

Nel distaccare infine le aderenze parietali pelviche e profonde, s'incontrano due grossi noduli di tessuto duro, cicatriziale, dei quali l'uno segue il decorso dell'uretere, l'altro si sperde profondamente verso l'inserzione vaginale posteriore. Evidentemente sono questi i residui delle due raccolte purulente apertesi l'una spontaneamente non in vescica, come credevasi, ma nell'uretere; l'altra in vagina per opera del chirurgo. Tenendomi molto rasente alla parete cistica, stacco a colpi di forbice anche queste aderenze asportando il tumore. Completata l'emostasi che durante l'operazione erasi fatta provvisoriamente col pinzettamento dei vasi più grossi e colla compressione mediante flanelle, faccio la più scrupolosa pulizia della pelvi. Ma poichè per il grande numero e per l'estensione delle aderenze staccate, perdura qualche piccolo stillicidio di sangue, pongo uno zaffo di Mikulicz a scopo emostatico da togliersi dopo 24 ore.

Tolti i punti al decimo giorno, l'operata guarì senz'alcun incidente e da allora in poi ha sempre accaduto ai suoi lavori abituali in perfette condizioni di salute.

Esaminando ora i pezzi asportati dalla parte sinistra si trova che sono costituiti dalla salpinge, dall'ovaia, da pareti sottili di cisti e da una larga falda d'omento ad esse aderente. La tuba al suo estremo uterino ha uno spessore poco più grosso del normale, va poi subito gradatamente ingrossandosi tanto da raggiungere un volume 4-5 volte maggiore e si deforma per molteplici nodosità riunite in più giri da briglie di tessuto connettivo d'origine infiammatoria. Ad esso è tanto aderente l'ovaia, di volume più che doppio del normale, che può dirsi costituisca colla tuba una massa unica, dura, bernoccoluta, con cisti della grossezza da quella di un

piccolo pisello a quella di una nocciuola. Per le aderenze tanto fitte avvenute nei ripetutisi processi infiammatori nella località, l'ovaia si continua senza limiti di demarcazione con noduli più o meno grossi e con piccole cisti situatê nello spessore del legamento largo.

Al suo polo esterno trovasi poi una ciste assai grossa, la cui parete sottile e liscia internamente, è all'esterno frastagliata pel distacco avvenuto delle aderenze durante l'atto operatorio.

Più in basso stanno frammenti di cisti di uguale natura che si ruppero durante l'operazione. Soltanto una cisterella del volume di una mandorla è unita all'estremo tubarico esterno da un peduncolo lungo e sottile, contiene un liquido chiaro, limpido e tenue ed assomiglia in tutto all'idatide del Morgagni. Nella parte del legamento largo ispessito che involge tuba ed ovaia, sporgono a varia distanza cinque piccoli bottoncini a forma di clave. L'estremità rigonfia di ognuno di essi vedesi sgusciare da un corto, liscio ed esile picciuolo, ed è tutta regolarmente pieghettata in modo da richiamare l'idea di piccoli padiglioncini tubarici.

I pezzi asportati a destra sono la tuba colle identiche alterazioni che a sinistra, frammenti dell'ovaia corrispondente in degenerazione cistica e porzione di parete di una grossa ciste ad essa aderente e che appartiene agli annessi del lato opposto.

Tagliando perpendicolarmente in varie parti la tromba sinistra, la cavità tubarica appare a guisa di lunga e stretta fessura, molto irregolare, mentre che in alcuni punti sembra del tutto obliterata.

La mucosa è in alcuni tratti molto ispessita ma la grossezza della tromba è fatta quasi interamente a carico della parte muscolare e connettiva di essa, che in qualche luogo è molto compatta, dura e lucente. Non si scorge in tutta la sua spessore alcun punto di rammollimento.

La falda omentale resecata, al di fuori dei tratti aderenti, è liscia e levigata e l'adipe fra le sue pagine sierose è per consistenza e distribuzione normale. Soltanto in un punto prossimo alle sue aderenze annessiali esiste un unico tubercolino della grossezza di una piccola capocchia di spillo.

I pezzi vennero conservati in alcool e frammentini di tuba, d'ovaio di legamento largo e delle piccole escrescenze claviformi furono induriti in alcool assoluto, inclusi in paraffina, sezionati al microtomo ed i tagli furono coloriti in parte coi comuni mezzi a doppia colorazione, in parte col liquido di Erlich e di Ziehl per la ricerca dei bacilli della tubercolosi.

Esaminando a piccolo ingrandimento sezioni di tuba nei punti più alterati, si trova la parete muscolare ispessita da enormi tralci di connettivo che intersecano ampiamente i fasci muscolari longitudinali divaricandoli.

Il connettivo tra i fasci muscolari in molti punti è fibroso, compatto, disposto a noduli più o meno grossi di aspetto cicatriziale; altrove è invece riccamente infiltrato di corpuscoli bianchi che formano focolai di varia grandezza ed in alcuni luoghi è chiaramente visibile una disseminazione di tubercoli caratteristici in vari stadii di evoluzione. Questi ultimi sono più numerosi nel tratto di parete tubarica corrispondente all'inserzione della mesotromba e si continuano fra le pagine sierose del legamento largo il cui adipe è ridotto a piccole zolle intersecate da larghi tralci di connettivo più o meno compatto.

L'infiltrazione leucocitaria è grande fra gli strati muscolari longitudinale e circolare tubarici, ma tra i fascetti dello strato circolare si distribuiscono più frequenti i tubercoli divaricandone più o meno le fibre, le quali in alcuni tratti sono appena riconoscibili, ed in altri non scorgonsi

affatto perchè i tubercoli vi sono tanto numerosi da confondersi senza interruzione con quelli largamente disseminati nello spessore della mucosa e della sottomucosa tubarica.

La cavità della tuba è molto anfrattuosa pel fatto che la mucosa è tanto fortemente ed irregolarmente ispessita, da presentare in alcuni punti delle vere masse polipoidi. Esiste in alcuni tratti una cospicua iperplasia glandolare ed una grande abbondanza di tessuto citogene riccamente infiltrato di leucociti e molto vascolarizzato, con tutto l'aspetto di un vero tessuto fungoso.

È in questo tessuto sottomucoso che i tubercoli sono più riccamente disseminati così che in alcuni luoghi tutto lo strato della mucosa viene completamente sostituito da un aggregamento di tubercoli in vario stadio di sviluppo, ai quali s'interpone appena qualche residuo glandolare più o meno deformato.

Scorrendo fra le pagine della mesotromba ed esaminando sempre a piccolissimo ingrandimento i frammenti del legamento largo estirpati anche più profondamente, si trova che questo è ridotto ad un ammasso di connettivo in gran parte di neoformazione infiammatoria, in cui si distribuiscono numerosissimi vasi sanguigni di grosso, di medio e di piccolo calibro.

Le piccole zolle adipose residue presentano le loro maglie di sostegno ingrossate e tutte infarcite da corpuscoli bianchi i quali si raggruppano a focolai più o meno grossi nei punti nodali di esse molto ispessiti.

Fra le pagine del legamento stanno inoltre elementi epiteliali disseminati a gruppi più o meno grossi costituiti per lo più da tubuli variamente lunghi e flessuosi. (Fig. I). Alcuni di essi, apparentemente pieni, sono isolatamente distribuiti tra i fasci di connettivo coi quali si alternano e formano delle serie lunghe e strette di cellule epiteliali che

talvolta ad un'estremità si divaricano formando un'ansa più o meno ampia. Altri invece, quantunque riuniti in ammassi di varia grandezza, non sono tuttavia racchiusi in una capsula connettivale propria; hanno tutti presso a poco la medesima ampiezza e tagliati in più sensi, mostrausi appena divisi da un'esilissima rete di lasso connettivo che li sorregge.

In qualche luogo, per rottura dei setti sottili che dividono parecchi tubuli vicini, alcuni di essi si fondono e formano piccole cisti a contorni più o meno frastagliati a seconda del numero maggiore o minore dei tubuli che si sono fusi. Infine per rottura dei setti fra tubuli molto dilatati, formansi delle escrescenze papillomatose che sembrano quasi partirsi da una parete comune per spingersi dentro la cavità pseudo-cistica che le contiene.

In prossimità della pagina anteriore del legamento largo, trovansi alcune zone epiteliali di forma circolare ben circoscritte da una capsula propria di connettivo con qualche fibra muscolare interposta. (Fig. II). Dalla parete si partono in direzione regolarmente raggiata numerose papille più o meno denticolate ma l'una dall'altra indipendenti. Il connettivo papillare è molto lasso e sostiene un epitelio cubico unistratificato, sprovvisto di cilia e nell'insieme si ha la configurazione di una microscopica tuba sezionata in un sito molto ricco di pliche quale, per esempio, si ha in una tuba normale tagliata presso l'ostio uterino. Esaminando poi sezioni fatte in serie, si trova che ad un certo punto la parete propria di connettivo man mano si assottiglia finchè si apre e le papille prima rinchiusi espandonsi libere e rilette sulla pagina peritoneale. Quivi si allungano fortemente e sembrano ricoprirsì di più strati di cellule epiteliali.

Ciò è però dovuto al vario modo con cui le papille libere si presentano più o meno tangenzialmente al taglio, perchè in alcune sezioni molto sottili ed appropriate è facile,

anche ad ingrandimento più forte, riconoscere un unico strato di epitelio di rivestimento. Quivi però invece che cubico l'epitelio si fa più alto, cilindrico ed in alcuni punti presentasi chiaramente ciliato.

È appunto a questi tratti che corrispondono quelle cinque piccole escrescenze picciolate, claviformi che vedevansi macroscopicamente sporgere sulla parete anteriore della mesosalpinge.

Nello spessore dell'avventizia dei vasi venosi più cospicui che scorrono nel legamento largo, trovansi noduli tubercolari alcuni recenti, altri di data più antica e nei quali è chiaramente mantenuta la caratteristica struttura del tubercolo (Fig. III). Altri noduli tubercolari più piccoli si ripetono con frequenza parietalmente ai vasi minori mentre che se ne trovano scarsamente o affatto nel tessuto circumambiente.

Orbene, anche attorno ai vasi più piccoli che si distribuiscono ai fasci del connettivo fra i lobuli epiteliali, trovansi dove infiltrazioni leucocitarie più o meno diffuse, dove veri e proprii tubercoli ben riconoscibili in tutti i loro elementi costitutivi. Quivi formansi perciò dei noduli assai cospicui, mentre che il processo tubercolare, seguendo i vassellini che vi s'insinuano, si estende alle sottili espansioni papillariformi ed in più punti all'interno dei setti intertubulari. In questo connettivo tanto lasso, l'infiltrazione si fa allora molto cospicua; i setti s'ingrossano, si deformano e diventano più o meno largamente nodosi (Fig. IV). Dove poi l'invasione tubercolare è molto progredita, parecchi noduli vicini si fondono rompendo e distruggendo l'epitelio di rivestimento dei setti e delle papille, cosicchè intere zone adenomatose vengono sostituite dal tessuto tubercolare fra i cui noduli restano appena poche tracce dei tubuli epiteliali distrutti (Fig. I).

Ma la gran massa del tumore era costituita, come si

è detto, dalle grosse cisti a parete sottile, a contenuto liquido, chiaro, trasparente o più torbido e denso, apertesi in parte prima, in parte durante l'operazione. Esaminando alcuni frammenti delle cisti più grosse, trovansi costituite appena da una sottile membrana di rivestimento esterno e da uno straterello di lasco connettivo in cui stanno molti vasi di calibro più o meno cospicuo, limitati internamente da un esile strato di connettivo fibrillare con radi nuclei e che sembra sprovvisto di una qualsiasi ricopertura epiteliale. Però se si fanno delle sezioni nelle parti più profonde delle cisti dove l'azione del trauma operatorio è stata minore; e se si ha cura invece che di staccare una listerella isolata di parete, di prendere il fondo della cisti e sottoporlo, così pieghettato come resta per l'indurimento subito, alle varie successive manipolazioni senza più toccarne la interna superficie, si trova che internamente pure la ciste è tappezzata da uno strato di epitelio assai ben distinto.

A seconda della maggiore o minore distensione subita dalla parete, quest'epitelio modifica la propria forma. Anche in un piccolo tratto parietale, specialmente in corrispondenza di qualche plicatura, si possono riconoscere le sue varie fasi di adattamento nel passaggio graduale della forma cilindrica a quella cubica ed anche assai piatta (Fig. V). In alcuni tratti visti isolatamente, sarebbe anzi assai malagevole il distinguere questi elementi da quelli di un comune rivestimento endoteliale, d'onde è assai facilmente spiegabile la divergenza che si riscontra fra gli autori nella descrizione di cisti certamente di identica natura. In alcuni luoghi dove la parete è un po' più grossa, si trovano nel suo spessore parecchi spazi fessurali della forma e della disposizione degli spazi linfatici, ma visti ad un conveniente ingrandimento la parete che li delimita appare anche in questi rivestita di un epitelio cubico che man mano passa a forme sempre più schiacciate.

Sotto la pagina anteriore del legamento largo è facile trovare in mezzo a parecchi di questi spazii qualche piccolissima cisterella rimasta chiusa e bene individualizzata, ma evidentemente della stessa natura degli spazii vicini e delle cisti molto più grosse già sopra notate (Fig. VI). Tanto nel suo rivestimento interno, come in quello di qualche piccolissimo spazio che trovasi nello spessore della sua fine parete, trovasi sempre un unico strato di epitelio il quale ha forma cilindrica nel fondo della ciste, corrispondente alla sua base d'impianto nel legamento, mentre che va man mano facendosi cubico ed infine assai piatto al polo opposto corrispondente alla sua porzione libera.

In corrispondenza dell'impianto di parecchie cisterelle notasi nell'interno qualche rara papilla elementare che forma un piccolissimo rialzo ma che non dà alcun accenno a qualsiasi proliferazione epiteliale. Appare come una plica di epitelio ad un solo strato che ricopre una sottile papilla di connettivo lasco il quale sorregge un piccolo vaso sanguigno centrale (Fig. VII).

Anche nello spessore di queste piccole cisterelle come in quelle più grosse si trovano attorno ai vasi sanguigni dei tubercoli in varie fasi di evoluzione; in alcuni luoghi anzi l'infiltrazione tubercolare è già tanto cospicua anche nelle piccole cisti da occupare in qualche punto quasi tutta la spessezza della parete cistica (Fig. VI).

Da quanto è stato possibile rilevare dall'esame microscopico, dobbiamo intanto ammettere che il tumore della paziente era per la maggior parte costituito da grosse cisti semplici del paraovario ed in molto minor proporzione da parti solide dovute sia a proliferazione di elementi embrionali residui nell'ilo dell'ovaia, sia a proliferazioni di residui nei legamenti larghi dei dotti di Müller.

Tanto nelle pareti delle cisti come fra le zolle adenomatose del tumore, esistevano numerosissimi tubercoli i quali in modo evidente dimostravano prediligere il decorso dei vasi sanguigni.

Esisteva infine una infezione tubercolare molto cospicua della salpingi.

Raffrontando il decorso clinico col reperto anatomo-patologico siamo qui costretti ad ammettere una infezione primitiva delle salpingi con diffusione successiva alle ovaie.

La paziente ha cominciato ad accusare i suoi malanni soltanto due mesi dopo il matrimonio. Non può dirsi sicuramente se l'infezione già preesistesse latente e localizzata nelle tube o se sia stata innestata col coito. Quest'ultima ipotesi però non è molto probabile perchè oltre che manca qualsiasi labe tubercolare nella famiglia del marito, avendo io più tardi lungamente osservato il marito stesso accolto nell'ospedale per poliartrite reumatica, ho constatato col più minuzioso esame clinico la perfetta integrità dei suoi organi genitali. È vero però che è ormai clinicamente accertato e sperimentalmente dimostrata la trasmissibilità della tubercolosi dal maschio alla femmina pel tramite degli organi genitali, senza che l'agente infettante debba necessariamente produrre alterazioni anatomiche nei testicoli.

Ma tralasciando tale questione che ha importanza assai relativa nel caso nostro, è certo che l'esplosione della infezione coincise colla maggiore attività degli organi sessuali, come suole ordinariamente accadere. Credo fuor di dubbio che la localizzazione primitiva sia avvenuta nelle salpingi; difatti è nelle tube che furono trovate le alterazioni più profonde con tutte le varie modalità di reazione dei tessuti corrispondenti ai varii stadii di evoluzione del morbo, quali si riscontrano nelle salpingiti tubercolari a lento decorso.

Ma mentre che abitualmente alla infezione salpingitica

suole succedere in tempo più o meno remoto un'infezione peritoneale circoscritta o totale, nel caso nostro invece il peritoneo può considerarsi come integro, ed infatti al contrario l'ovaio e gli elementi epiteliali intralegamentosi che possono ritenersi in dipendenza dell'ovaia medesimo. Ma l'infezione neppure è avvenuta certamente per via diretta dalla tuba all'ovaia come nel caso di Madläner, e quindi si verificò pel tramite della corrente sanguigna o di quella linfatica.

Seguendo sezioni della tuba, del legamento largo e del tumore, si può infatti sempre vedere (Fig. III) che è lungo il decorso dei vasi di ogni calibro che si disseminano i tubercoli. Però nelle numerosissime sezioni non ho mai potuto riscontrare alterazioni profonde delle pareti vascolari sanguigne; soltanto i tubercoli che ne seguivano il decorso infiltravano più o meno estesamente coi loro elementi rotondi più periferici l'avventizia dei vasi più grossi.

Ora è noto che i linfatici della tuba e dell'ovaio, come quelli del fondo uterino e del legamento largo corrispondente, seguono esattamente il decorso dei vasi sanguigni venosi (Sappey) indipendentemente dal decorso delle arterie. Leopold e De Sinety hanno inoltre dimostrato che in questa regione i vasi linfatici formano delle vere guaine linfatiche perivascolari attorno alle vene. Ciò mi conforta ad ammettere pei reperti surriferiti, che nel caso nostro l'infezione tuberculare debba essersi diffusa per questa via agli elementi embrionali del parametrio ed all'ovaio.

Può lo stimolo di questa infezione avere indotto una maggiore attività negli elementi embrionali ivi preesistenti allo stato di riposo, affrettando lo sviluppo di un tumore che fino allora non aveva dato per lo meno alcun indizio di esistenza? È a notarsi a questo proposito che, per quanto ha rivelato l'esame microscopico, tutti i residui embrionali che più frequentemente possono trovarsi fra le pagine del le-

gamento largo, hanno partecipato alla costituzione del tumore, ciò che faciliterebbe l'ipotesi di una reazione di questi tessuti ad uno stimolo comune che si sarebbe fatto egualmente risentire su tutti. Per lo meno è ammissibile che alla invasione tubercolare debba aver corrisposto un maggior incremento di un tumore preesistente.

Nei 14 casi di tubercolosi di tumori ovarici trovati nella letteratura, trattasi in 12 di cistomi ovarici e in 2 di cisti dermoidi nei quali si accenna ad una continuità del processo tubercolare dalla tuba all'ovaio senza che la via di diffusione possa essere anatomicamente dimostrata. Olshausen vide che in un caso la tuba tubercolosa penetrava nell'interno di una ciste versandovi i bacilli tubercolari. Nel caso di ciste unica Madläner ammette una tubercolosi primitiva della salpinge, rottura ed infezione dell'ovaia con aumento di essa, rammollimento e caseificazione centrale con formazione di ciste fino alla grossezza di una testa.

Nel caso nostro si può più precisamente seguire il decorso dell'infezione parallelamente al decorso clinico per la speciale fenomenologia che ha presentato.

L'infezione infatti iniziata nella tuba, procedendo dal connettivo tubarico lungo le vie linfatiche, ha invaso le porzioni sottosierose del corrispondente legamento dove i linfatici raccolgonsi in maggiore abbondanza. Quivi si è distribuita alle pareti delle cisti sottosierose che formavano la parte più voluminosa del tumore e che quasi sicuramente già preesistevano, provocando forse lo sviluppo di altri elementi embrionali che vi si trovavano. Comunque l'infiltrazione tubercolare delle pareti cistiche deve essere stata assai cospicua, come dimostra la fig. III che rappresenta una cisterella microscopica in cui pur tuttavia l'invasione tubercolare della parete è molto progredita. Da ciò un rapido aumento di volume delle cisti con maggior tensione delle pareti, donde i

primi disturbi della paziente accentuantisi, pel maggiore afflusso sanguigno, durante i periodi mestruali. Avvenuta poi l'erosione della sottile parete di una di queste cisti, si ebbe infezione del contenuto con formazione di una vasta raccolta purulenta che dovette essere incisa dal chirurgo attraverso la vagina; e così successivamente deve essere accaduto per le altre raccolte che si apersero spontaneamente nel retto e nell'uretere, coincidendo sempre coi periodi mestruali; giacchè dopo le aderenze avvenute, la tuba, l'ovaio ed il tumore formavano una massa unica con molteplici vie di comunicazione coll'esterno.



Fig. 1.



Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 2.

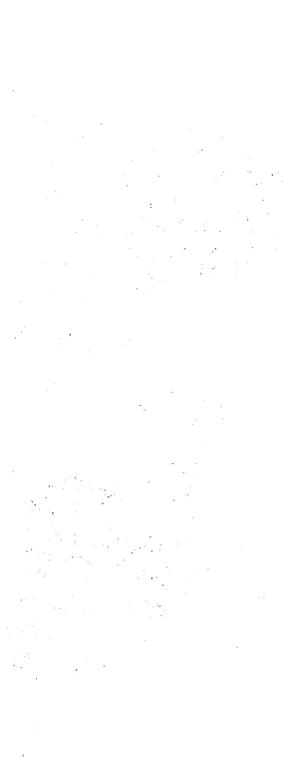


Fig. 3.



Fig. 6.

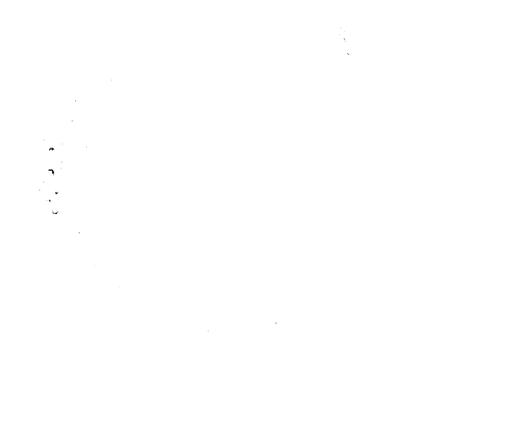


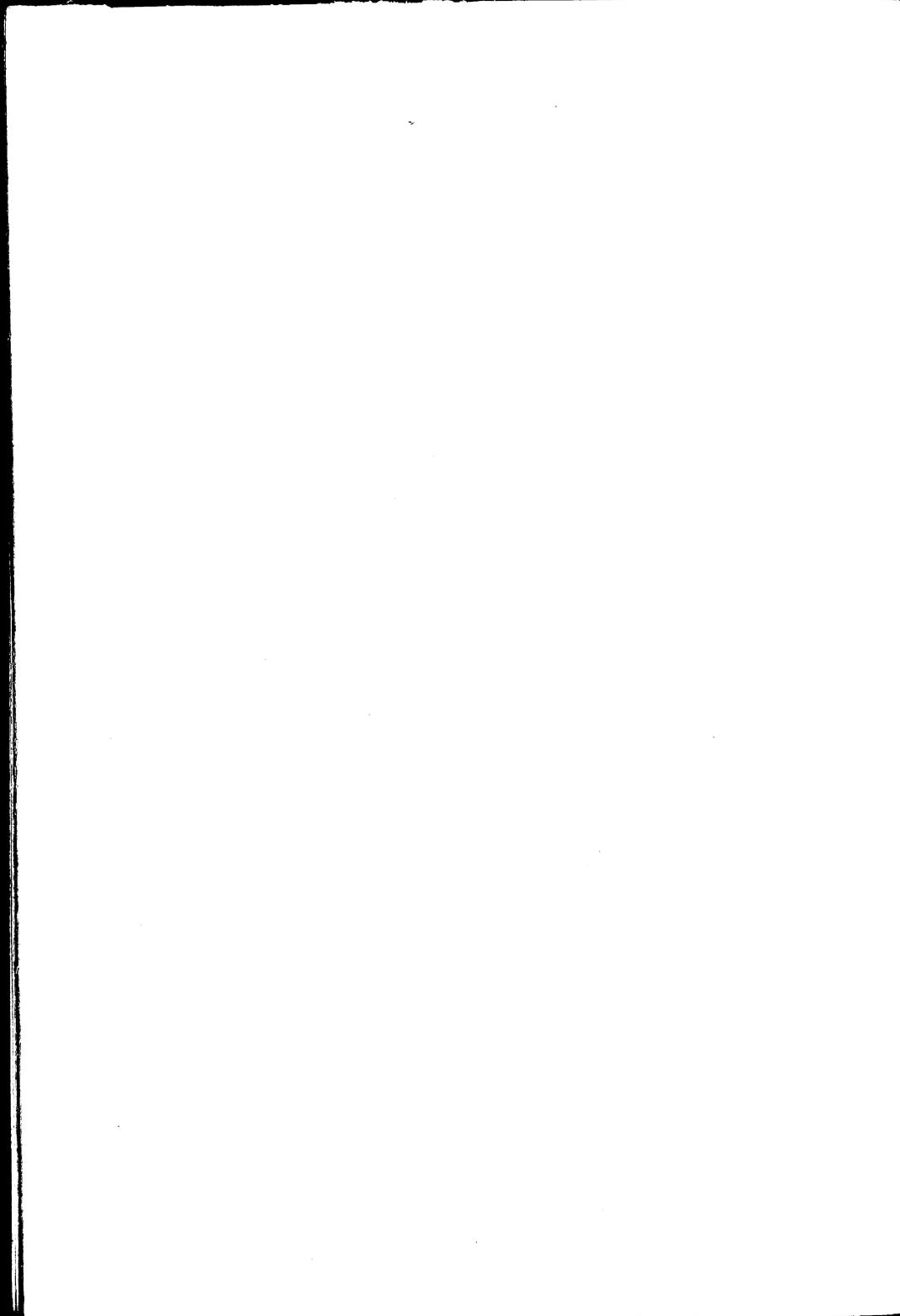
Fig. 7.





BIBLIOGRAFIA

- SCHOTFLAENDER. — *Monatsschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 5.*
- SPENCER WELLS. — *Transact. Path. Society 1863-64.*
- BAUMGARTEN. — Ein Fall von Kystoma ovarii mit tuberculöser Entartung der Cystenwand. *Virch. Arch. Bd. 97.*
- SAENGER. — Tuberculosos Kystoma ovarii bei Tuben- und Bauchfelltuberculose. *Centralbl. f. Gyn. 1890.*
- GADE. — Cystidermoidea: Kystopapilloma proliferans et tuberculosis ovarii. *Centralbl. f. Gyn. 1893.*
- KELLY. — Tuberculosis of the Fallopian tubes and peritoneum. Ovarion tumor. *Jhon's Hopk. Hosp. Rep. 1890.*
- V. KRZYWIKI. — *Ziegler's Beiträge f. path. Anat. 1899.*
- HEIBERG. — *Festschrift R. Virchow. Bd. II.*
- MADLENER. — *Centralbl. f. Gyn. 1894.*
- ID. — *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 15.*
- GUNSDREW. — *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 12.*
- OLSHAUSEN. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 45.*
- ELSAESSER. — Ueber einen Fall von tuberculosem Ovarialkystom. *In. Diss. Tübingen. 1899.*
- GULLEMEIN. — La tuberculose de l'Ovaire. *Rev. de Chirurgie. 1894.*
- PRÜSSMANN. — Zur Tuberculose der Eierstocksgeschwülste. *Arch. f. Gyn. Bd. 68.*
- WECHSBERG. — Zur Tuberculose der Eierstocksgeschwülste. *Monat. f. Geb. und. Gyn. 1903.*



SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

FIG. I (*Oc. 4. Ob. a^o; Zeiss*). Adenoma cistico dell'ovaio sinistro con invasione tubercolare. I tubercoli in alcuni punti sono in così gran numero che hanno sostituito quasi del tutto interi noduli adenomatosi.

FIG. II (*Oc. 3. Ob. a^o; Zeiss*). Sezione longitudinale di una delle piccole escrescenze papillariformi sporgenti sulla pagina anteriore del legamento largo. Scorrendo la serie delle sezioni è facilmente dimostrabile la continuità dell'epitelio che tappezza le papille libere disposte a padiglione coll'epitelio che riveste le pliche lunghe e sottili provvedute di un contorno connettivale proprio con qualche fibrilla muscolare. Le pliche hanno direzione longitudinale come quella delle pliche tubariche, ed anche per la forma, la disposizione e gli altri caratteri dell'epitelio queste rilevatezze sono simili alle così dette tube accessorie. — Nei setti connettivali di sostegno sono qui pure disseminati tubercoli in vario stadio di evoluzione.

FIG. III (*Oc. 1. Ob. 2.; Koristka*). — Sezione della mesotromba. — Attorno ai vasi sanguigni venosi di medio e di piccolo calibro, si trovano disseminati tubercoli che seguendo i vasi si distribuiscono

fra il connettivo del legamento fino ai sottili tramezzi intertubulari dei noduli adenomatosi inclusi nella mesotromba.

FIG. IV (*Oc. 3. Ob. A.; Zeiss*). Sezione di una papilla tubarica accessoria con infiltrazione tubercolare.

FIG. V (*Oc. 4. Ob. B.; Zeiss*). Sezione della parete di una grossa ciste semplice del legamento largo sinistro nella quale è dimostrato il successivo passaggio dello stesso epitelio dalla forma cubica e cilindrica fino alla piatta pseudo-endoteliale.

FIG. VI (*Oc. 3. Ob. a°; Zeiss*). Sezione di una piccolissima ciste semplice sottosierosa del legamento largo la parete della quale è in un punto tutta infarcita da tubercoli.

FIG. VII (*Oc. 4. Ob. C.; Zeiss*). Piccola papilla elementare nell'interno della ciste semplice rappresentata dalla figura precedente.





