



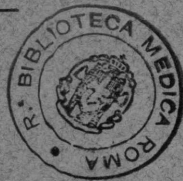
REPARTO OFTALMICO ED ISTITUTO ANATOMO-PATOLOGICO
dell' Ospedale degl' Incurabili

Min. S. S. 27.99

Angioma cavernoso bilobare dell' orbita

pel

Dr. LUIGI POLIGNANI.



NAPOLI
Stab. Tipografico Cav. A. Tocco
S. Pietro a Majella, 31
1896.



REPARTO OTTALMICO ED ISTITUTO ANATOMO-PATOLOGICO
dell' Ospedale degli Incurabili

Angioma cavernoso bilobare dell' orbita

di

Dr. LUIGI POLIGNANI



NAPOLI
Mab. Tipografico Cav. G. Tasso
S. Pietro a Maipio 74
1893

Lo speciale reperto microscopico di un tumore orbitario asportato, ad un'inferma, nel Riparto Oftalmico dell'Ospedale degl'Incurabili, ai primi di Febbraio di questo anno, mi spinge alla pubblicazione della presente osservazione clinica, recando a questo modo un modesto contributo alla patologia delle neoplasie orbitarie (1).

L'inferma, una robusta giovane di anni 24, tale T. N. da Fuorigrotta, da un anno sposa, ha sempre goduta la migliore salute: nè ebbe a riportare cadute o traumi al capo, nè malattie oculari o altro morbo in relazione della presente sua infermità: nè ciò che più importa nella sua famiglia vi hanno precedenti di morbi ereditarii o di neoplasie.

Ella riferisce che da pochi mesi ha notato la comparsa di un piccolo nodulo allungato in prossimità del canto interno della palpebra inferiore, nodulo che gradatamente divenne sempre più appariscente e distinto da un alone brunastro.

Alla nostra osservazione si presenta sull'inizio della linea orbito geniena della metà sinistra del volto, ad un centimetro di distanza dall'angolo interno dell'occhio, e a pochi millimetri dalla regione del sacco lagrimale, una tumefazione della cute di colorito livido ardesiaco.

La tumefazione di forma oblunga, così distinta, era larga quasi mezzo centimetro, e si prolungava in basso obliquamente per oltre

(1) Devo l'opportunità di questa osservazione alla cortesia del Prof. Direttore del Reparto Oftalmico dell'Ospedale degl'Incurabili Dr. G. B. Sbordone, che ivi operava la presente inferma.

un centimetro, disperdendosi nelle parti prossime, ove il colorito ardesiaco si confondeva in una lieve tinta rosea della cute.

La palpebra inferiore dell'occhio sinistro appariva alquanto aumentata di volume, paragonandola a quella corrispondente dell'occhio destro; la chiusura della rima palpebrale si compiva presso che bene, e per la descritta condizione della palpebra inferiore, l'occhio appariva lievemente deviato in alto ed in fuori.

Alla palpazione si rilevava, in corrispondenza della sede indicata, una massa di consistenza dura elastica, rotondeggiante nella sua sommità che, limitata fra due dita, si riscontrava prolungarsi in basso ed in dentro fra i tessuti molli dell'orbita, in guisa che essa poteva alquanto venire ricacciata, facendosi in certo modo scomparire la bozza cutanea.

La massa adunque era di poco spostabile lateralmente — ma non riducibile nel suo volume — dimostrandosi in realtà allocata fra il margine infero interno dell'orbita ed il bulbo oculare; non subiva questa massa spostamenti con i movimenti bulbari, nè cercando di comprimerla, il bulbo oculare ne appariva a sua volta deviato.

Niuna sensazione di fluttuazione nè di pulsazione nel tumore, il quale non mostrava rapporti vascolari o di continuità con le parti prossime per quanto era dato intuire; e però non fummo indotti a praticare una puntura esplorativa.

In base all'anamnesi riferita, ponendo mente al decorso del tumore, ed alla sua relativa riducibilità, si potette arguire che trattavasi di un tumore vascolare; e per la considerazione che il tumore si mostrava fornito di capsula senza rapporti diretti con le parti prossime, non si potette escludere nell'insieme che il tumore potesse avere analogia con un tumore cistico. La necessità dell'operazione s'imponeva quindi in ogni caso.

L'operazione fu praticata senza altro nel seguente modo. Con un taglio lievemente curvilineo in corrispondenza della linea orbito genica, venne incisa la cute della tumefazione per una lunghezza di poco più di due centimetri, e diviso del pari il connettivo cellulare sottostante se ne divaricarono i lembi mediante due uncini ottusi.

Si cercò quindi di distaccare, con un bisturi ottuso il tumore che direttamente appariva fra le incisioni praticate, dai tessuti prossimi, non tanto nelle parti laterali quanto nella sua porzione posteriore; giacchè il tumore, che alla osservazione a cute integra era

apparso non molto grande, ora si mostrava relativamente maggiore di volume, approfondito come era nella cavità orbitaria, rimanendo per un margine addossato al bordo infero interno del cavo orbitario.

Con una pinza venne tratto fuori per l'apertura suddetta il tumore, che occorre liberare nella sua metà posteriore da alcune aderenze connettivali in cui trovavasi impigliato.

Lavata con la soluzione di sublimato tutta la fovea lasciata vuota dal tumore asportato, vennero messi dei punti di sutura ai lembi della ferita cutanea. L'inferma completamente guarì, senza alcun fatto reattivo della ferita, nel decorso di pochi giorni.

Il tumore esciso presentava la forma di una grossa fava, misurando nel suo asse verticale 28 m.m., una larghezza variabile da 14 a 16 m.m., ed uno spessore di 8 m.m. a 12 m.m. (v. fig. 1^a).

Il tumore, senz' alcuna interruzione nella sua superficie, era avvolto da connettivo, a superficie levigata qui e là prominente, e si poteva considerare costituito di due lobi o estremità alquanto arrotondate, mentre era depresso nella sua parte mediana o di congiungimento dei due lobi di sopra indicati.

La superficie del tumore mostrava di caratteristico un colorito brunastro disposto a chiazze nelle sue due facce, specialmente in corrispondenza delle porzioni più prominenti. Con un taglio sagittale alla massa intera divisi in due metà il tumore, che a questo modo minutamente descrivo.

Il tumore fornito di unica capsula connettivale, risulta costituito di due lobi quasi eguali per grandezza, divisi dalla sezione praticata in quattro parti (v. fig. 2).

Ogni lobo del tumore appare contenuto in una capsula propria, in guisa che emerge il criterio che debba trattarsi di due tumoretti prossimi l'uno all'altro, ed insieme avviluppati da una capsula connettivale comune.

La superficie di sezione di questi lobi si mostra presso a poco simmetrica in entrambi. Ed infatti vi si vede un colorito generalmente brunastro della superficie di sezione, che consta di tante chiazze brunastre o rossastre, le quali, viste con una lente d'ingrandimento, corrispondono a tante piccole cavità ematiche, fra cui decorrono fasci fibrosi connettivali.

Il tumore fu indurito in alcool, e conservato una metà per la Raccolta anatomo-patologica, ne proseguì dell'altra porzione il

trattamento consecutivo per l'esame microscopico, preferendo la colorazione del pezzo in litio carminio con l'inclusione in paraffina.

Con un piccolo ingrandimento l'aspetto della superficie dei due lobi è presso a poco identico. Si rileva dapprima che le due masse, ciascuna circondata da fasci di connettivo di identica struttura che le limitano, sono contenute in unica capsula di connettivo.

Il tumore consta di innumerevoli cavità contenenti sangue, ognuna bene separata dalle prossime da connettivo, di cui la conformazione nella massa è quella di un reticolo dall'aspetto più diverso.

Queste cavità ematiche o spazi cavernosi sono di varia grandezza, verso il centro del tumore più grandi in uno dei detti lobi, frammisti da connettivo che molte altre ne comprende di minime, mentre che nell'altro lobo le cavità più grandi le riscontro invece alla periferia del tumore; attorno alle quali si raddensano molteplici cavità più piccole.

Questi spazi trabecolari, grandi o piccoli che si vogliano considerare, contengono del sangue, di ordinario non alterato nella sua composizione: cioè corpuscoli ematici e leucociti bene conservati, come di elementi in circolazione (vedi fig. 3 Hartnack, ob. 1 oc. 5).

La forma di questi spazii lacunari è la più varia, a seconda si osserva una o più parti del preparato, e dove in specie le ramificazioni del connettivo sono più fitte le dette cavità ematiche ne sono del tutto stivate: come non è raro riscontrare un'esile fascio connettivale che suddivide una stessa cavità, o che semplicemente s'inframmette nella cavità ematica.

Queste innumerevoli cavità ematiche o spazi lacunari, che si vogliano dire, sono però dovunque separate da tessuto connettivo nucleato o di tessuto a cellule fusiformi, e queste nel tumore in esame non sono rare a riscontrarsi.

Il connettivo d'inviluppo e di separazione dei due lobi del tumore peraltro occorre esaminare in speciale modo.

Ed infatti, osservando pure a debole ingrandimento, come in parte disegnai nella fig. 3, di già indicata, si rileva che l'inviluppo connettivale presenta fra le sue maglie minimi spazietti lacunari del pari riempiti di sangue, o vuoti, o talvolta infiltrati di elementi cellulari, di cui parecchi pigmentati. Nel connettivo che intercede poi fra i due lobi del tumore vi hanno infiltrazioni cellulari, disposte sia in grosse zolle sia a cordoni isolati lungo i fasci del connettivo, che

gradatamente si disperdono nella trama rimanente del tessuto fondamentale.

Nello stroma del tumore, o fra gli spazi del connettivo interlacunari, vanno rilevate date agglomerazioni parvicellulari rotondegianti, talvolta con piccoli vasi ed elementi linfoidi distribuiti nel reticolo connettivale.

Ed in prossimità dei minimi spazii lacunari, fra i due lobi del tumore, decorrono lungo i fasci connettivali altre ramificazioni di elementi pigmentati, i quali seguendo le varie trabecole del connettivo riescono a limitare altri piccoli vasi e spazii lacunari spesso privi di sangue: da ciò nasce in date zone del tumore l'aspetto di un tessuto trabecolare pigmentato.

In altri punti ancora queste cellule granulo-pigmentate si addensano insieme comprese dal connettivo, come è dato vedere nella fig. 3, in ispecie alla periferia del tumore.

Osservando con maggiore ingrandimento, è dato rilevare l'intima costituzione delle varie cavità lacunari (v. f. 4. Zeiss oc. 3 ob. D. D.).

Le dette cavità generalmente — e soprattutto le più grandi — mostrano un rivestimento endoteliale di ordinario semplice, mentre in altre non ve n'è traccia.

Non mancano peraltro esempi di cavità con tunica fibrosa connettivale in ispecie in molte cavità prossime ai grandi fasci connettivali.

Si rileva inoltre l'infiltramento di granuli di pigmento presso alcune delle cavità lacunari, nelle cui pareti si vedono minimi vasi sanguigni.

Questi vasi del tessuto fondamentale si riscontrano sia allogati fra le cavità lacunari, bene costituiti nei loro elementi, sia con elementi cellulari infiltrati nel loro lume, come nella detta fig. 4 ve ne ha traccia.

Altrove fra le cavità non mancano esempi di arterie minime a pareti bene costituite, occupate in tutto o in parte da corpuscoli ematici, ed intorno ad esse la consueta conformazione del connettivo interlacunare con elementi fusiformi, (vedi fig. 5, Zeiss oc. 3 obb. DD).

Speciale rilievo meritano alcuni elementi cellulari fusiformi del connettivo che predominano nel tumore in esame. Gli elementi cellulari fusiformi sono disseminati lungo i fasci connettivali nello stro-

ma stesso del tumore, anzi si può dire che diano una nota caratteristica al tumore.

Questi elementi cellulari si riscontrano talvolta fino presso gli accumoli pigmentati in precedenza notati, in specie ad un maggiore ingrandimento (v. fig. 6, Zeiss oc 3. ob. F), e sono in grande parte bene differenziati.

Gli elementi fusiformi parvi cellulari di ordinario si dispongono isolati lungo i fasci del connettivo e in prossimità di qualche vase; spesso essi si distribuiscono a fascetti che s' intrecciano, fra loro. Questi elementi in maggior parte risultano costituiti da un nucleo bene differenziato con prolungamento distinto; talvolta, invece appena si osserva un po' di protoplasma, ed i prolungamenti sembra che derivino dal nucleo come nelle fibre nucleari.

La sostanza pigmentata a forte ingrandimento (v. fig. 6, Zeiss oc. 3 ob. F) si vede costituita da minimi elementi finamente granulari, rifrangenti, dal colorito giallo fosco o brunastro; talvolta insieme così addensati da costituire vere zolle di pigmento; e non di rado sono rappresentati da detrito cellulare. Essa è di origine ematica, come da reazioni praticate.

Questi gruppi di cellule pigmentate — comunemente — si dispongono a grossi fusi lungo i fasci del connettivo alla stessa guisa degli elementi cellulari connettivali; e però sono rintracciabili in vari punti dello stroma del tumore e nei setti connettivali e fra le cavità lacunari, ed in predominio, come accennavo, alla periferia del tumore, concorrendo quindi alle varie chiazze pigmentate che si notavano alla superficie dell' intero tumore.

Questo il reperto microscopico che conferma e rischiarla la diagnosi clinica, in guisa da potere in modo agevole interpretare clinicamente il tumore descritto.

Rilevo senz' altro che il tumore esaminato, fondamentalmente costituito da due lobi omologhi, ciascuno provvisto di capsula propria ed insieme contenuti da un involuppo comune di connettivo, consta di innumerevoli spazi cavernosi o lacunari contenenti sangue, con pareti non prive di piccole arterie. Il tumore quindi ripete la costituzione e la struttura dell' angioma cavernoso.

In alcune osservazioni di altri autori si rileva che i setti del tumore risultarono di trama connettivale con o senza fibre elastiche ed infiltrato di piccole cellule. Nell' osservazione del tumore di Brun-

schwig vi erano cristalli gialli di ematoidina, di raro vi hanno fibre muscolari lisce, focolai emorragici, fleboliti e del grasso. Pochi vasi nutritizi penetrano nel tumore [Panas (1)].

Questi angiomi dell'orbita furono descritti clinicamente da più tempo, e con le osservazioni riferite dagli autori se n'è venuto gradatamente illustrando la letteratura; nella quale troviamo esempi di angiomi con predominio di vasi arteriosi, o di venosi in genere; o di forme miste, o di semplici telengectasie, come anche di linfangioma: come del pari è da ammettersi una trasformazione fra date varietà di angiomi, così come in simili tumori di altre parti organiche venne riscontrato.

La forma comune in cui l'angioma si mostra nell'orbita è la cavernosa, carattere riscontrato e rilevato dal Berlin, nella raccolta dei casi noti all'epoca sua: però l'interpretazione della loro insorgenza rimase, in gran parte, dubbia.

Accennerò solo che queste forme di angiomi semplici, tumori erettili o telengectasie che si sviluppano nelle palpebre possono penetrare nell'orbita, e non v'ha dubbio che essi si confusero con i tumori aneurismatici, sempre che si attribuì loro come punto di partenza il fondo dell'orbita [Stellwag von Carion (2)].

E d'altra parte non mancarono altri (Demarquay) che in alcune forme di tumori in connessione con le palpebre, rilevarono la forma clinica di tumori erettili venosi, ma di ciò manca la dimostrazione anatomica, tranne nei casi di Velpeau e di Dieulafoy. Vi era dunque qualche confusione presso gli osservatori sulla classifica degli angiomi.

Chi avesse l'opportunità di riscontrare singolarmente tutti i 50 casi riferiti sia dal Berlin, sia i consecutivi 21 casi nominati dal Panas, cioè 1 de Wecker, 3 di Panas, quello di Dolgenkow, di Snell, di Grüning, di Gosseti, di Samelshon, di Camuset, di Thompson, di Eloui, di Capdeville, di Gallenga, di Goussenbauer, di V. Duyse, di Brinken, di Fialkowski, di Iones, di Brunshawig, di Ahrens, di Bock, e poi le osservazioni di Foerster, di Westhoff, di Oberthny, di Berlin, di Tailor, di Rivington, di Valude etc. avrebbe agio di convincersi che in qualche

(1) PANAS — *Traité des Maladies des Yeux*. T. II, p. 422. Paris-Masson, 1894.

(2) DE WECKER et LANDOLT — *Ophthalmologie*. Vol. IV, pag. 638. Paris, Le-crosnier 1889.

caso la sede di prima insorgenza dell'angioma rimase non assodata: in altri per l'assenza dell'esame istologico, ed in ispecie per i casi, i quali prima vennero riferiti quando la tecnica microscopica non era ancora nata, o appena corredo di pochi, mancando l'interpretazione minuta dell'intima natura del tumore operato, unica guida il criterio clinico, si idearono delle classifiche minute di angiomi, spesso non comprovate dall'esame istologico: talchè solo in pochi vi ha uno studio completo del tumore riferito. Io riporto in ultimo la letteratura, ed uscirei dai limiti di questo mio lavoro se volessi singolarmente occuparmene.

Nelle osservazioni riferite negli ultimi tempi peraltro, meglio assodata la patogenesi dei tumori, soprattutto dopo gli studi di Virchow, le neoplasie orbitarie furono vieppiù compulsate e la loro insorgenza giustamente interpretata.

Ricorderò solo alcuni accenni sullo sviluppo degli angiomi, prima di occuparmi del tumore che descrissi.

Virchow, ammette che gli angiomi possano originarsi nell'orbita ed infatti egli dice (1): " Senza alcun dubbio, s'incontrano nella profondità dell'orbita degli angiomi cavernosi; un caso di tale genere è stato descritto minutamente da de Graefe (2). Io ho visto ed esaminato la preparazione anatomica, e non posso che confermare le sue osservazioni. Era un tumore munito di una forte capsula, così poco aderente al tessuto grassoso dell'orbita, che essa potette essere rimossa quasi senza perdita di sangue. Non di meno essa si componeva di un tumore spongioso a maglie fine e molto fitte „.

Questo è il primo caso identificato anatomicamente come angioma cavernoso; e con esso si vide l'esame anatomo-patologico dilucidare e interpretare l'osservazione clinica.

L'osservazione poi di Lebert (3), che esamina un tumore esciso da Dieffenbach, al disotto della palpebra superiore, ed in cui rileva la natura di un tessuto spongioso ed areolare e con pareti provviste di vasi propri, non tarda adunque a far notare come gli angiomi della palpebra potessero ripetere l'identica struttura di quelli orbitari

(1) *Die Krankhaften Geschwülste*, T. III, p. 358. Berlin 1867.

(2) *Arch. für Ophthalmologie*, T. VII. A. 2 p. 12.

(3) *Abhandlungen aus dem Gebiete der Chirurgie*, Berlin 1848, p. 88.

Da questi cenni si rileva che quanto veniva intuito variamente dai primi ricercatori nella interpretazione dei singoli casi, sui quali essi portarono il loro esame, fu in prosieguo assodato dall'anatomia patologica.

In tale guisa venne riconosciuta la possibilità dell'insorgenza di tumori vascolari identici cioè delle telengettasie e degli angiomi cavernosi.

Prevale però la forma cavernosa negli angiomi orbitari. Ed a tale proposito dice il Fuchs (1) “ quanto ai tumori cavernosi, inversamente di ciò che avviene per i tumori telengettasici, essi nascono abitualmente nell'orbita stessa e si sviluppano lentamente “ ricacciando il bulbo sempre più in avanti „.

Un fatto importante che richiamò l'attenzione in special modo di Dieulafoy e di Carron de Villards, è l'incapsulazione abituale della massa del tumore; e questo suo carattere di una capsula esterna o di un involucro cellulare fa distinguere un tumore cavernoso dall'angioma semplice.

La forma dunque del tumore da me esaminato è quella di angioma cavernoso a decorso lungo, in un' inferma di 23 anni.

Il suo decorso lentissimo, l'età dell'inferma, l'assenza dei dolori, la sua relativa depressibilità come si è detto hanno fatto sospettare la presenza di un angioma, quantunque l'assenza di soffio e di ereggitività e di pulsazione potevano anche giustificare la diagnosi di un semplice tumore cistico.

La sua sede di origine è stato il cavo orbitario, ed il criterio clinico m' induce ad ammetterne il punto di prima insorgenza alla parete interna dell'orbita.

Per la sua etiologia basta ricordare che gli angiomi semplici o telengettasie denominati pure nei vascolari si trovano specialmente in quei punti, in cui si chiudono le fessure fetali (angiomi fessurali) (2).

L'angioma cavernoso in ispecie dell'orbita avrebbe eguale l'origine; e per il Virchow, inoltre l'angioma cavernoso trova la spiegazione in molteplici casi in certe disposizioni fetali. L'origine dell'angioma dell'orbita è quindi del tutto spiegata in base all'anatomia patologica ed alla sua etiologia.

(1) T. FUCHS — *Manuel d'Ophthalmologie*. Paris, Carré 1892, p. 654.

(2) ZIEGLER — *Anat. Patol.* vol. 1° pag. 224. PASQUALE, Napoli 1883.

E già il Desmarres (1), benchè non l'avesse dimostrata, aveva ammessa la possibilità che questi tumori nelle palpebre si originino da una semplice macchia pigmentata o da un nèvo, e si sa che la struttura del nèvo vascoloso cioè la struttura di un angioma cavernoso sia della palpebra sia dell'orbita è identica: come quella di un angioma della cute e di altri organi.

È del pari ammesso da tutti come l'angioma debba considerarsi fra i nèvi vascolari tuberosi (Broca) alla stessa guisa che si considera nèvo vascolare liscio o piano l'angioma semplice di Virchow, il flammeus ecc. Da ciò emerge il criterio che entrambi debbano considerarsi insorti per un disturbo embrionale o fetale. Anzi giova osservare che l'angioma si riscontra frequentemente combinato alla presenza di nèvi periorbitari.

Considero ora brevemente la formazione della capsula involgente nel tumore esaminato, ed in special modo la capsula di connettivo che distingue ogni lobo del tumore.

Anche ad occhio nudo se cerchiamo di divaricare i due lobi del tumore è del tutto visibile un tramezzo connettivale fatto da lamine di connettivo che divide il tumore; tramezzo connettivale che va quindi a confondersi con il connettivo che avvolge l'intero tumore.

Negli angiomi dell'orbita è da tutti ammesso che il connettivo, che insieme raggruppa una neoformazione angiomatosa, derivi dal connettivo dell'orbita stesso, o possa derivare da quello di rivestimento interno del cono dei muscoli dell'occhio.

In tale guisa l'angioma cavernoso può solo talvolta *clanicamente* essere considerato per una semplice produzione cistica: come è pure ammessa una trasformazione limitata dell'angioma in una cisti.

A quest'uopo rilevo dal lavoro di Tailor, di avere egli potuto ciò dimostrare nel tumore da lui riferito, concordando la sua osservazione clinica con quella di Holmes-Coote, Virchow, Hawkins ed altri; e questa trasformazione sarebbe dovuta alla progressiva distensione delle pareti degli stessi spazi sanguigni oblitterati in più punti e resi indipendenti dai vasi vicini. Inoltre occorre ricordare che può notarsi una iperplasia del tessuto connettivo del tumore a causa di infiammazione spontanea o a scopo terapeutico.

(1) *Leçons cliniques sur la chirurgie oculaire*, p. 341, 1874.

Nel tumore che ho descritto sarebbe da ammettere o una forma di angioma duplice o uno strozzamento divisorio fatto dalle lamine connettivali nella trama intera del tumore.

A me sembra che abbia potuto fino da principio originarsi da due noduli primarii distinti, involuppati progressivamente dal connettivo. A ciò m'induce la considerazione di avere notata una disposizione diversa delle cavità lacunari o spazi cavernosi nel tumore: in uno dei lobi le cavità sono disposte verso la periferia, mentre nell'altro esse sono più grandi al centro.

La forma depressa a fava nel tumore in discorso, credo bene di attribuirle alla compressione subita dal tumore schiacciato come era contro il margine infero interno dell'orbita, e probabilmente nella sua progressione in avanti, quando cominciava ad estrinsecarsi in fuori dell'orbita.

Non è da confondere in ultimo la trasformazione cistica di un angioma cavernoso con una cisti ematica.

I casi in cui si ammise l'esistenza di versamenti sanguigni spontanei nel cavo orbitario posteriore non furono constatati dall'anatomia patologica. Essi sopravverrebbero negli individui anemici, emofilici e tenderebbero a riassorbirsi spontaneamente. Spesso si trattava di cisti dermoidi in cui una puntura aveva determinato una emorragia, ovvero si trattava di angiomi cavernosi (1).

Il valore anatomico patologico di una cisti ematica è quello di una raccolta di sangue in una sacca connettivale, dovuta ad usura, trauma o alterazione nutritiva della parete vasale: e però la patogenesi di un angioma cavernoso non può andare confusa con quella di una cisti ematica.

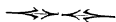
Tuttavia appare ammessa la possibilità dell'incistidamento degli spandimenti sanguigni dell'orbita nelle osservazioni di Tavignot, e di Fischer, ed inoltre le osservazioni di Pamard padre e di Mooren, relative a due tumori contenenti una materia nera, sono forse da considerarsi come osservazioni di angiomi trasformati: ma tutto ciò non può da solo stabilire l'esistenza di cisti melanotiche o pigmentarie.

Diagnosticato un tumore cavernoso, occorre praticarne l'eli-

(1) DUPLAY et RECLUS — *Trattato di Chirurgia* — DELENS — *L'occhio ed i suoi annessi* (11° vol. IV, p. 1, fasc. 137) Torino 1895.

nazione (1), benchè il suo decorso di ordinario sia lentissimo, pure non mancano osservazioni di complicazioni oculari, con diminuzione della vista e restringimento del campo visivo: e persino i sintomi di una nevrite ottica con stasi venosa ed atrofia papillare, furono egualmente riscontrati nei casi avanzati (de Wecker).

Esprimo i miei ringraziamenti al Chiarissimo Prof. Armani per i consigli che mi dava nella presente trattazione.



(1) Gli angiomi cavernosi dell'orbita furono curati sia con l'asportazione chirurgica, sia con l'elettrolisi, sempre che questa fu possibile praticare. A quanto mi è dato conoscere l'ettrolisi a tale scopo fu messa in atto dal Thompson di Indianopolis-Indiana, molti anni sono, e più recentemente dal Valude e con ottimo risultato. Vedi i cenni relativi nella Bibliografia.

BIBLIOGRAFIA

- SCHÖN — (Morgagni). Pathologische Anatomie des Auges p. 129, 1828.
- AD. SCHMIDT — Von Ammon's Zeitschrift für die Ophthalmologie II p. 263, 1831.
- ROQUETTA — *Révue méd.* IV, p. 400, 1832, due casi.
- ALBERTHUNG — Surgical observations on injuries of the head and miscellaneous subjects, p. 228, 1840.
- CARRON DE VILLARDS — *Traité pratique des maladies des yeux*, 1840.
- VELPEAU — *Dictionnaire* en XXX volumes, p. 310, 319 e 1400, 3 casi. 1840.
- LEDUAN — *Consultations de Chirurgie*, p. 170.
- DIEULAFOY — *Examinateur médical*, n.º 26, 1842.
- ANDRAE — Fischer's Lehrbuch der gesammten Entzündungen, p. 361, 1846.
- TAVIGNOT — Des kystes de l'Orbite. *Journal de conn. méd.-chir.* Luglio 1848.
- LEBERT — *Abhandlungen aus dem Gebiete der Chirurgie*, Berlin, 1848, p. 88.
- WALTON — *Operative Ophthalmical Surgery*, p. 258, 1853.
- BROCA (in Demarquay l. c., p. 299). 1853.
- DEMARQUAY — Des tumeurs de l'orbite. *Tesi d'agregé*. Paris 1853.
- PAMARD — *Annales d'Oculistique* XXIX, p. 26. 1853.
- MACKENZIE — I, p. 435, 1856.
- DOLGENKOW — *Wesnik. Opht.*, 1856.
- RICCI — *Dublin. Quart. Journal*, nov. 1856, p. 338.
- WOOD — *New-York Journal*, July, 1857.
- CARRON DE VILLARDS — *Ann. d'ocul.* sept-oct., 1858.
- FOUCHER — *Gaz. des Hop.*, p. 141, 1858.
- SOLER — *El siglo medico*, n. 332, maggio 1860.
- DE GRAEFE — *Arch. für Ophthalmologie*, t. VII A. 2, p. 12. 1860.
- DEMARQUAY — *Traité des tumeurs de l'orbite*. Paris 1860.
- CHAUVEL — « Orbite » nel *Diet. encycl. des sc. méd.*, 2ª serie t. XVI.
- MAZEL — *Union médicale*, p. 163, 1861.
- HODGES — *Boston med and surg. Journal*. t. II p. 417, 1864.
- DE KEMPF — *Allgem. Wiener med. Zeit.* IX p. 17, 1864.
- STELLWAG DE CARION — *Die Ophthalmologie etc.* III, p. 1275. 1865.
- SIBOLD — *Dans Stellwag de Carion* II 2, p. 1345. 1865.
- KÜCHLER — *Deutsche Klinik*. p. 213, 1866.
- KÜCHLER — *Deutsche Klinik*, 1866, l. c. probabilmente un caso descritto come meloma.
- VIRCHOW — *Die krankhaften Geschwülste* t. 3. p. 358. Berlin 1867.
- MANZ — *Klin. Monatsbl.* p. 182, 1868.
- MORTON — *Amer. Journ. of med. Science* July, 1870.
- HOLMES — *Chicago med. Journ.* January, 1871.
- JEFFERSON — *Ophth. Hosp. Rep.* VII, p. 187, 1871.
- LAWSON — *Lancet*, I, p. 116, 1871.

- HORNER — *Klin. Monatsbl.*, p. 18, 1871.
- VAN SANTE — *Nedrl. Tysch. f. Genesk* 1, n. 3.^o, p. 1872.
- KEMPERDICK — *Arch. f. Klin. Chirurgie*, XVI, p. 575, 1873.
- GRÜNING — *Arch. f. Augenh. u. Ohr.*, p. 168, 1873.
- DESMARRES — *Loc. cit.* t. I, p. 234, 1874.
- BRAUN — *Annalen der Chirurg. Gesellschaftzn. Moskau*, p. 418, 1875.
- CARTER — *Lancet*, December, 1875.
- M. IOCKO — *Naskiewicz. Gazeta Lekarska*, p. 760 e 792, 1875.
- RIVINGTON — A case of pulsating tumour of the left orbit, etc. *Med. Chir. Transact*, 1875, t. LVIII, p. 184.
- KNAPP — *Arch. f. Augen. Ohrenkeilk.* VI, p. 38, 1876.
- GAGITUA — *Essai sur les kystes de l'orbite. Tesi Paris* 1877.
- SNELL — *Lancet*, 1886, p. 163.
- GOSSETI — *Ann. di Ottahn*, p. 265, 1878.
- FOERSTER — *Arch. f. Opht.* XXIV, 2., p. 108, 1878.
- MARTIN — *Ann. d'Oculist.* juillet, août, 1879.
- BILLROTH — *Chirurg. Klinih. Wien.* 1871-1876, p. 101, 1879.
- SAMELSON — *Berl. Klin. Woch.*, p. 1, 1880.
- SATTLER — *Handbuch der Augenh. von Graefe und Saemisch* Bd. VI, Lipsia 1880.
- CAMUSET — *Gaz. d'opht.* XI p. 338, 1882.
- ELOUI — *Arch. d'Opht.* 1882, p. 260.
- CAPDEVILLE — *Marseille Méd.* p. 5, 1882.
- GALLENGA — *Giorn. Accad. R. di Torino* p. 382, 1882.
- CAMUSET — *Gaz. d'Ophthalm.* XI, p. 338, 1882.
- THOMPSON — *Nell' Arch. für Augenheilkunde.* XIV-22 p. 170, tradotto da Schö-nemann di Berlino. 1882.
- PANAS — *Arch. d'Ophthalm.* I, p. 1, 1882, due casi. *Arch. d'Ophthalm.* T. III, 1883.
- GOUSSENBAUER — *Wien. Med. Woch.* 1883.
- VAN DUYSE — *Angiome simple lipomatode de l'orbite avec concrétions phlé-bolithiques.* Extr. du livre subil. publié par la Société de med. de Gaud, 1884.
- BRINKEN — *Klin. Mbl.*, p. 128, 1884.
- FIALKOWSKI — *Vest Opht. Kief.* 1, p. 26, 1884.
- MALPAS — *Contribution à l'étude clinique des tumeurs de l'orbite. Tesi Paris*, 1887-1888.
- IONES — *Trans. of the Opht. Soc. U. K.*, IX, p. 59, 1889.
- DE WECKER — *Traité d'Ophthalmologie* t. IV, p. 843.
- BRUNSWIG — *Arch. d'Opht.* Paris 1889, p. 419.
- AHRENS — *Klin. Mbl.* 1889, p. 419.
- BROCC — *Traitement des mal. de la Peau.* Paris. Doin. 1890, p. 546.
- KAPOSI — *Pathologie et Traitement des maladies de la Peau*, vol. 2.^o, p. 354 etc. Masson. Paris 1891.
- PANAS — *Arch. d'Opht.* III, 1883, p. 9, et *Progrès Médical.* 1891, p. 279.
- BOCK — *Centralb. f. pr. Augenh.*, p. 261, 1892.
- FUCHS — *Manuel d'Ophthalmologie.* Paris, 1892.
- WESTHOFF — *Arch. f. Augenh.* XXXII, p. 141, 1893.

- OBERTHNY — Surg. obs. on inj. head, etc., p. 228, 1893.
- WALTER — Contribution à la pathogénie des angiomes de l'orbite. St. Petersburg Medicinische Wochenschrift. Febbraio 1893.
- FEUER — Extirpation d'une tumeur caverneuse de l'orbite. Ann. d'Oculistiques. T. CIX. Avril 1893.
- LAGRANGE — Melanome. Ann. d'Oculistique. T. CIX. Giugno 1893.
- BERLIN — Graefe et Saemisch, VI, p. 698.
- PANAS — Traité des Mal. des Yeux, t. II, p. 422, Paris 1894.
- KALT — Angiome encapsulé de l'Orbite. Arch. d'Ophthalmologie, 1894.
- FROTINGHAM — Pulsating Tumour of Orbit, resembling true Aneurism. American Journ. of the med. Sc. Vol. LXXIII, p. 97, 1894.
- SATTLER — Pulsirender Exophthalmus. Handbuch der gesamten Augenheilkunde von Graefe und Saemisch. Vol. VI.
- TAILOR — Lavori della Clin. Ocul. di Napoli, vol. IV, fasc. II, 1895.
- JOCQS — Contribution au diagnostic des tumeurs vasculaires de l'orbite. Annales d'Oculistique. T. CXIII. Mai 1895.
- BECKER — Arch. für Opht. de De Graefe. Vol. XVI, fasc. I, 1895.
- VALUDE — Angiome kystique de l'orbite: électrolyse. Annales d'Oculistiques. Agosto T. CXIV. 1895.
-

Spiegazione delle Figure.

Figura 1^a — Aspetto dell'intero tumore — Disegno a grandezza naturale.

Figura 2^a — Aspetto del tumore diviso nel senso sagittale nelle sue due metà.

Figura 3^a — *a)* Disposizione degli spazii trabecolari in una porzione periferica del tumore; *b)* fasci connettivali della parete; *c)* deposito di sostanza pigmentata fra i fasci connettivali della parete.

Figura 4^a — Costituzione a maggiore ingrandimento delle cavità lacunari, *a)* corpuscoli ematici, *b)* connettivo interlacunare.

Figura 5^a — *a)* Esempi di arteria minima, occupate in tutto o in parte di corpuscoli ematici; *b)* con elementi fusiformi nel connettivo interlacunare.

Figura 6^a — *a)* Elementi fusiformi del connettivo a maggiore ingrandimento; *b)* Sostanza pigmentata a forte ingrandimento.

fig. 3.

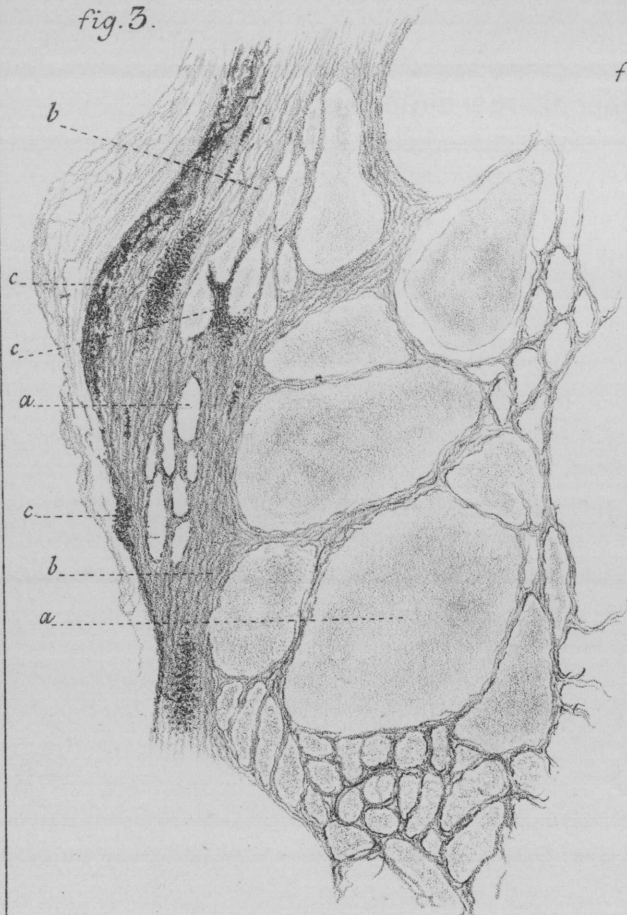


fig. 2.

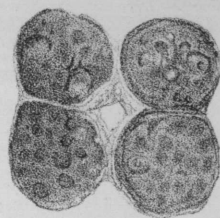


fig. 1.



fig. 6.

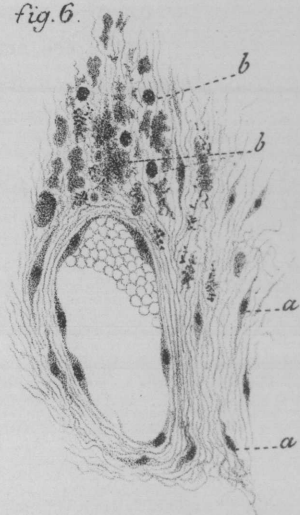


fig. 4.

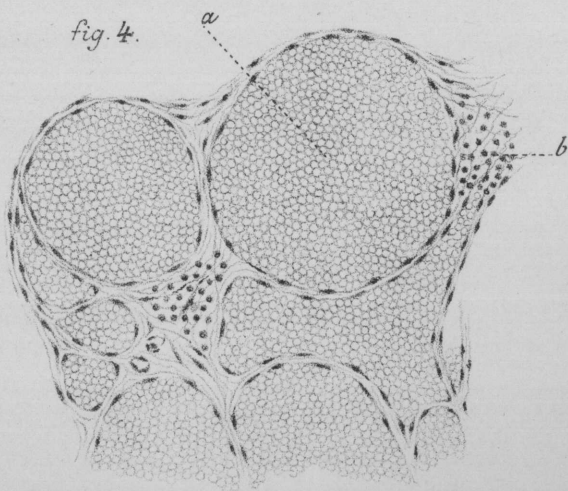


fig. 5.

