ESTRATTO

ANNO V — N. 3 PUBBLICAZIONE MENSILE MARZO 1939-XVII
SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE

La Clinica

DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI
DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA
PADOVA

PROF. RAFFAELE PAOLUCCI
DIRETTORE
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
ROMA

REDATTORE CAPO
MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA
G. BASSI E G. SOTGIU

REDATTORI PER LA CHIRURGIA
A. QUIRI E E. RUGGIERI

SEGRETARIO DI REDAZIONE
E. BERNABEO

ANNO QUINTO
1939

MEDICA ROMA R. BIBLIOTECA

Su due casi di tubercolosi ematogena dei muscoli della parete addominale.

DOTT. ALDO SCALFI
ASSISTENTE

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA

La Clin.

CLINICA CHIRURGICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
Direttore: Prof. G. MORONE

Su due casi di tubercolosi ematogena dei muscoli della parete addominale.

DOTT. ALDO SCALFI
ASSISTENTE

È nozione comune che il bacillo di Koch, nei cui confronti così frequente è la morbilità della maggior parte degli organi e tessuti dell'economia umana, si localizza assai di rado in modo clinicamente primitivo nel tessuto muscolare striato. La rarità di tale evenienza è ritenuta espressione di tutta una serie, in effetti mal conosciuta, di proprietà biologiche ed anatomiche del terreno nei confronti dell'agente infettivo, proprietà che della lesione condizionerebbero il meccanismo patogenetico di insorgenza ed evoluzione; essa rappresenta uno degli elementi principali atti a giustificare l'interesse apportato da ogni contributo alla conoscenza della lesione, cui sono inerenti anche problemi diagnostici e terapeutici di non minore momento.

Di tale malattia non solo è raro l'individuazione clinica, ma è raro anche il riscontro al tavolo anatomico: ORLANDI (citato da ASTUNI) ne avrebbe trovato un solo caso su oltre 18 mila autopsie. Questa constatazione tenderebbe ad escludere la possibilità che la lesione sia in effetto più frequente di quanto la pratica clinica, per una insufficente conoscenza, porterebbe a ritenere, in modo analogo a quanto si avverò per altre malattie poco note. Va pure notato che, anche con le migliorate cognizioni e possibilità diagnostiche nostre, il ritmo con cui i nuovi casi osservati vengono resi noti non è per nulla aumentato in questi ultimi tempi; cosicchè, mentre all'inizio di questo secolo era nota una quarantina di casi, la statistica compilata da CULOTTA, per quanto incompleta, nel 1929 ne riportava 64 casi, ed una accurata consultazione della letteratura da parte nostra ha portato, salvo involontarie omissioni, il numero di casi pubblicati a tutt'oggi a 115. Infatti ai 64 casi riportati da CULOTTA, oltre i suoi quattro, vanno aggiunti a tutto il 1929 i seguenti, omessi dall'Autore: uno rispettivamente di MONTPELLIER, di PONCET, di MELCHIOR, di RUGH, di ZONDEK, di DANSEL, di SIELAFF, di BONS, di CAMPATELLI, di MERLINI, di ALFONSO, di FIASCHI e ROSSI, di KIZUKA, di BERGER e di MIELER Y. KUAS; due rispettivamente di PETIT e GUINARD, di SPELTA, di CAPPONAGO, di BIANCHETTI, di GIACOBBE, di FITTIPALDI e tre di ZAHNERT.

Dal 1929 ad ora ne furono pubblicati 23 (PRUSSIA, PERRANDO, BLAVET DI BRIGA, CLAMMOND (7), BUDAK, HANKE (2), BATTAGLIA, GEBHARDT, MILCH, OKAUROTO, KAZDA, KUSHIZACHI e SAITO (2), PETTINARI, ROSSI, ASTUNI), cui aggiungo due casi osservati nella Clinica Chirurgica di Pavia, che, per essere stati riscontrati a carico dei muscoli della parete addominale, ove è di gran lunga meno frequente la localizzazione nel confronto dei muscoli degli arti, accentrano in sè altro motivo d'interesse.

battiti ascoltatoriamente. Temperatura assente nel periodo di degenza.

Scroto: All'ispezione si nota che l'emiscroto di sinistra è leggermente più basso del normale; alla palpazione il didimo è un po' più piccolo e più molle dell'omologo del lato opposto. Si nota poi il deferente ingrossato, liscio, non duro. Il funicolo è pure ingrossato.

Esame delle urine: (16-9-1937). Color paglierino. P. sp. 1020. Reazione alcalina. Albumina, zucchero, indacano, sangue: assenti. Nel sedimento: qualche globulo bianco e rari cristalli amorfi.

Cutireazione (14-9-1937): positiva (+).

Esame radiologico: (Prof. Bignami) (14-9-1937).

Tubo digerente: Nulla di particolare a carico del torace.

Stomaco: di volume normale, tonico, leggermente destroposto, ad altezza pressochè normale, a pliche e pareti regolari. Esso appare spostabile con la contrazione delle pareti addominali, e alle manovre palpatorie. Svuotamento nei limiti di tempo normale. *Bulbo duodenale*: in posizione posteriore rispetto all'antro, elastico, spostabile, senza segni di alteraizoni. Nulla a carico del tenue terminale, se si eccettua la presenza di dilatazioni segmentarie isolate. Le anse in detta sede appaiono però spostabili.

Ceco: ha replezione facile e regolare, forma normale.

Colon: la progressione della materia baritata avviene con lentezza per l'arresto della testa a livello del limite superiore della massa iliaca sinistra. Tale limite viene superato in seconda giornata alla ventiquattresima ora.

Clisma opaco (18-9-1937). Il controllo mediante clisma opaco ha dimostrato l'assoluta identità del reperto precedentemente ottenuto con la somministrazione per os. La colonna opaca, infatti, dopo un prolungato arresto, ha superato il tratto iliaco che decorre medialmente alla massa e probabilmente al di dietro di essa. Tale tratto intestinale appare deformato, ma non infiltrato. Probabilmente esso è compresso dalla massa.

Reazione di Wassermann (22-9-1937): negativa.

Con diagnosi di processo granulomatoso della parete addominale ad evoluzione cronica, si interviene chirurgicamente.

Operazione: (Prof. Morone) 24-9-1937: In anestesia locale si pratica incisione elissoidale della cute e del sottocutaneo, stando circa ad un cm. dai limiti della tumefazione. Sempre mantenendosi in tessuto sano, si escide detta tumefazione che appare a carico della muscolatura, prolungantesi però in profondità, fino a raggiungere il tessuto properitoneale e ad interessare per una zona di circa un cm. il peritoneo stesso, che viene pure esciso in tessuto sano: si rende allora manifesta una lassa aderenza del peritoneo con l'ansa sigmoide, aderenza da cui si può con facilità isolare il sigma, che appare normale per forma, consistenza, elasticità e per il calibro. L'ispezione della cavità addominale dimostra che tutto appare normale, e così pure il peritoneo parietale.

Invece il cordone spermatico di sinistra è intimamente inglobato nella tumefazione, nella sua porzione inferiore, tanto da essere impossibile il suo isolamento. Si procede pertanto all'orchiectomia sinistra di necessità, già prospettata al paziente.

Sutura del peritoneo in seta.

Sutura della parete a strati con punti in catgut robusto, tra i due margini muscolo-aponeurotici; si riesce ad ottenere ricostruzione della parete senza ricorrere a plastiche particolari.

Sutura della cute in punti staccati in crine.

Decorso post-operatorio normale. Guarigione per primam della ferita.

L'a. viene dimesso guarito in 17ª giornata.

Esame macroscopico del pezzo: Il pezzo patologico, appena asportato, dimostra anzitutto che il processo morboso, era nella sua grandissima parte, sviluppato a carico dei muscoli della parete addominale nella sua porzione laterale e precisamente dell' obliquo interno e trasverso che, in corrispondenza della tumefazione, perdono la loro individualità per riacquistarla ad un cm. circa dalla sua periferia. La tumefazione all'esterno appare costituita da un tessuto opaco grigiastro, di consistenza duro-fibrosa, quasi lignea in alcune zone, mentre prevalentemente al centro si ha la sensazione di un lieve grado di elasticità dei tessuti.

Alla sezione, secondo il suo maggior asse, si rileva anzitutto che si tratta di tessuto fibroso compatto pressochè su tutta l'estensione della tumefazione, in cui non è più riconoscibile il tessuto muscolare. Qua e là, sparse in alcune zone, esistono come delle fessure, in genere a piccolo lume, contenenti un tessuto simile a tessuto di granulazione che sia in preda a processi degenerativi, misto a scarsissima quantità di un liquame giallo-rossastro. Assenti corpi estranei.

Per l'esame microscopico furono prelevati numerosi pezzi alla periferia ed al centro della tu-

mefazione, in corrispondenza delle fessure contenenti tessuto di granulazione degenerato. Furono pure allestiti preparati istologici della piccola porzione di peritoneo rimasta aderente. I metodi di colorazione furono quelli comunemente in uso. Va notato pure che la fissazione del pezzo in toto era stata fatta in formalina.

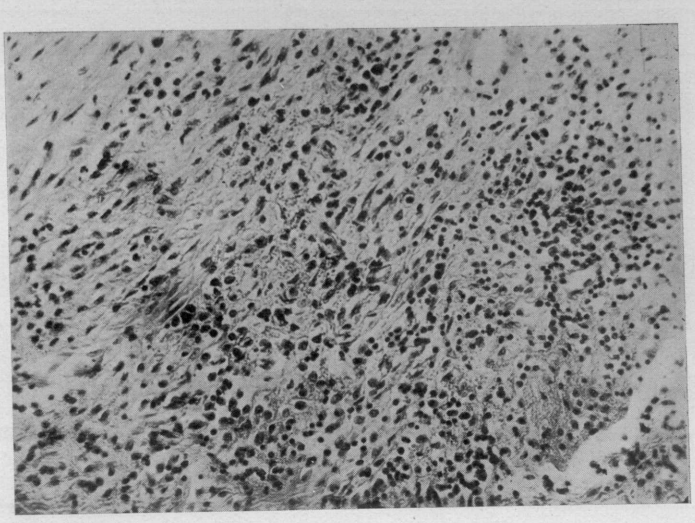

Fig. 5 — Caso I - Dettaglio della figura precedente a più forte ingrandimento. All'infiltrazione parvicellulare si associa proliferazione mesenchimale.

Esame istologico: Nelle zone periferiche i preparati istologici dimostrano dei processi degenerativi a carico delle fibrocellule muscolari che appaiono in parte rigonfiate, in parte spezzate e granulose: altre presentano scomparsa della striatura trasversale, alcune infine presentano aumento dei nuclei del sarcolemma, e ciò si manifesta più spiccatamente man mano che dalla periferia si va verso il cento della lesione. La caratteristica più evidente è la presenza, tanto attorno ai vasi sanguigni quanto ai capillari di minor calibro, di infiltrati a tipo parvicellulare (v. fig. 1, 2, 3). Questi in alcune zone appaiono esattamente disposte a manicotto attorno al lume vasale, mentre in altre da tale manicotto si diffondono con delle ramificazioni negli interstizi tra fibra muscolare, e tra i vari fascetti di essa. In altre zone ancora, oltre agli elementi parvicellulari, si può notare una certa reazione, che in alcuni punti è anche cospicua, di cellule del connettivo interfascicolare, il che aumenta la dissociazione e la compressione dei singoli gruppi di fibre muscolari. Si ha pertanto che maggiore è la degenerazione dell'elemento muscolare là dove più spiccati sono i fenomeni infiltrativi e reattivi. A carico degli elementi vasali sono reperibili fatti non molto spiccati di endovascolarite. Progredendo dalla periferia verso il centro, si nota la graduale sostituzione al tessuto muscolare di tessuto tipicamente infiammatorio, fra il quale non son più riscontrabili fibrocellule muscolari normali, ma soltanto sostanza granulosa amorfa, espressione dei processi degenerativi e necrobiotici in atto, Infine, nella porzione centrale, ed in modo particolare in corrispondenza di quelle fessure ricoperte da granulazioni che si erano già rimarcate all'esame macroscopico, si riscontra un tipico tessuto infiammatorio riccamente vascolarizzato, costituito per lo più da elementi parvicellulari e da elementi giovani dovuti a reazione connettivale. In alcuni di tali punti questo tessuto infiammatorio assume una disposizione a focolaio, al centro del quale sono riscontrabili una o più cellule giganti circondate da elementi epitelioidi e da scarsi elementi linfoidi, determinando così, anche per la struttura delle cellule giganti, che è quella tipica delle cellule di LANGHANS con

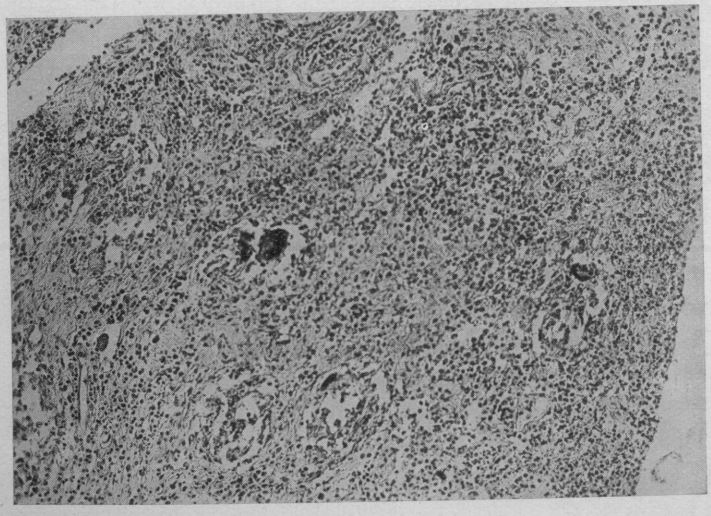

Fig. 6. — Caso I - Tessuto di granulazione tubercolare con cellule giganti.

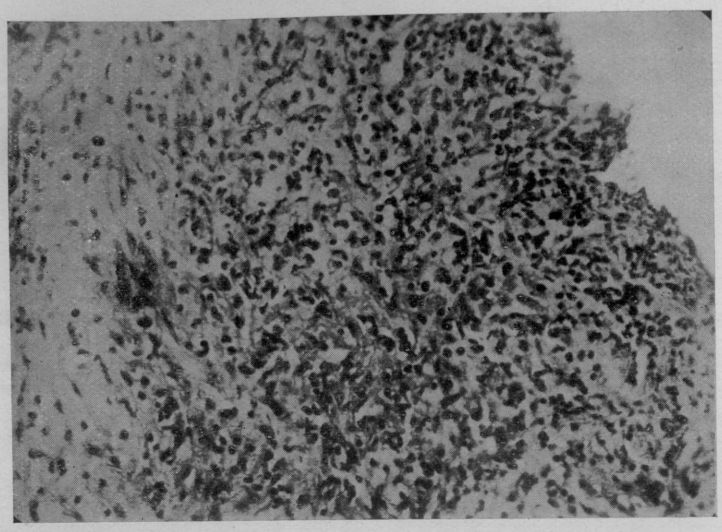

Fig. 7. — Caso II - Parete dell'ascesso, con prevalenti infiltrati parvicellulari, senza note di specificità.

numerosi nuclei periferici, il tipico comune aspetto del tubercolo.

Infine, con le colorazioni elettive per il connettivo, si nota la presenza di una cospicua impalcatura connettivale che, da fascicolare nelle zone periferiche, assume un aspetto tipicamente reticolare nelle porzioni dove si erano riscontrati i tubercoli.

Con un preparato allestito con la colorazione secondo ZIEHL, non ha potuto essere messo in evidenza il bacillo di Koch; va però ancora ricordato che il pezzo aveva subìto una lunga fissazione in formalina. L'esame istologico del piccolo pezzo di peritoneo esciso dimostrò a carico di esso un ispessimento dovuto a proliferazione connettivale, con scarsissima reazione infiammatoria, del tutto aspecifica.

*O*ss. II. - G. N., di anni 24, coniugata, casalinga, da Codevilla. Data d'ingresso in Clinica: 29 novembre 1937.

A. F.: Padre vivente e sano; madre morta a 42 anni per nefropatia. Un fratello della p. è tuttora vivente e sano.

A. R.: Nata a termine, da parte eutocico, ebbe normali i primi atti fisiologici. Nella prima infanzia ammalò di morbillo, del quale guarì senza postumi degni di nota. Mestruò la prima volta a 14 anni: i flussi furono sempre regolari per qualità, quantità e ritmo. Ebbe l'ultima mestruazione il 25 ottobre 1937.

A 20 anni sposò uomo sano e tuttora vivente: da questa unione ebbe una gravidanza condotta regolarmente a termine. Non accusa malattie degne di nota all'infuori dell'attuale.

A. P.: Nel mese di maggio u. s. la p. si accorse casualmente della presenza all'ipocondrio di destra, un poco inferiormente all'arcata costale, di una tumefazione non molto rilevata, di forma globosa, del volume uguale a quella di un uovo di gallina, apprezzabile più facilmente allorchè la parete anteriore dell'addome era in istato di rilasciamento. La p. non aveva mai, fino a tale epoca e nemmeno nel periodo successivo sino all'attuale, accusati disturbi della sfera digestiva. Non ebbe mai febbre, non ittero. La tumefazione, affatto indolente, sia spontaneamente, che alla laplazione, non era causa di nessuna molestia. La p. tuttavia, preoccupata di tale abnorme rilievo, si fece vedere da un sanitario, che consigliò una terapia a base di iodio e applicazioni locali di pomate risolventi. Circa tre settimane dopo, poichè la tumefazione non modificava i proprii caratteri, la p. si fece visitare da un radiologo che avrebbe praticato un esame del tubo digerente, e successivamente una colecisto- e una pielografia (discendente). Sull'esito di tali indagini non si son pututi raccogliere dati sicuri.

Nei mesi successivi, e fino al periodo attuale, la massa non avrebbe modificato, o almeno di poco, il proprio volume: tutti gli altri caratteri della tumefazione sono rimasti inalterati. Persisteva l'assenza di una sintomatologia subiettiva. Qualche giorno fa l'a., fattasi nuovamente visitare da un sanitario, venne consigliata ad entrare in clinica per accertamento diagnostico ed eventuali cure.

E. O. G.: Condizioni generali di nutrizione e di sanguificazione buone. Cute e mucose visibili, rosee. Pannicolo adiposo modicamente sviluppato. Muscolatura tonica e trofica. Scheletro regolare. Nulla ai vari apparati.

Polso: regolare, ritmico, valido, 70.

Temperatura: 36,7°. *Pressione* R. R. Mx 118.

Capo: n. n.

Collo: n. n.

Torace: cilindrico conico: emitoraci simmetrici a buona espansibilità. Nessun rilievo abnorme a carico dell'apparato respiratorio.

Cuore: nei limiti. Ictus in quinto spazio, un

centimetro medialmente alla emiclaveare. Toni puri su tutti i focolai di ascoltazione.

Addome: pianeggiante. Fegato e milza nei limiti. Rene destro leggermente ptosico. v. E. O. L.

Art: n. n.

Rachide: n. n.

Addome: *E. O. L.* - All'ispezione si osserva in corrispondenza del quadrante supero-esterno di destra la presenza di una tumefazione di forma globosa del volume di un mandarino, a limiti netti, se si fa eccezione per la sua parte mediale. La cute è di aspetto normale e alla palpazione risulta elastica e sollevabile in larghe piege. Palpatoriamente tale tumefazione è lievemente sporgente, ha una forma nettamente globosa; il volume è quello osservato all'ispezione. I limiti regionali vanno da un dito dall'arcata costale sino alla linea ombellicale trasversa, e dalla linea mediana all'emiclaveare. Ha una superficie liscia, consistenza teso-elastica. Bidigitalmente è apprezzabile una marcata sensazione di pseudofluttuazione. È spostabile in senso trasversale, soltanto però dal lato esterno verso la linea mediana. Non è dolente, nè spontaneamente, nè palpatoriamente. Alla palpazione bimanuale si rileva che detto tumore ben palpabile solo dalla mano anteriore non ha contatto lombare e non è ballottabile. Il tumore non si sposta con i movimenti di lateralità dell'ammalata; con i movimenti respiratori, invece, si sposta in senso antero-posteriore. Il segno di MINKOWSKI è negativo. Se si fanno contrarre all'a. vigorosamente i muscoli della parete addominale, il tumore non è più palpabile; a lieve contrazione si direbbe che divenga più individuata.

Alla percussione si rileva una lieve ottusità a risonanza timpanica in zona tumorale. Tra tumore e fegato si ha una zona di sonorità in senso trasversale, della larghezza di un dito.

Non si apprezzano le linfoghiandole regionali.

Esame delle urine: 22 novembre 1937. P. Sp. 1018. Reazione acida. Albumina, zucchero, indacano, sangue: assenti. Nel sedimento qualche globulo bianco.

Cutireazione: 24-11-1937: positiva (+ +).

R. Wassermann: 28-11-1937: negativa.

Esame del sangue: 2-12-1937. Glob. rossi 4 .200.000; Glob. bianchi 6.000; Emoglobina (Sahli) 78.

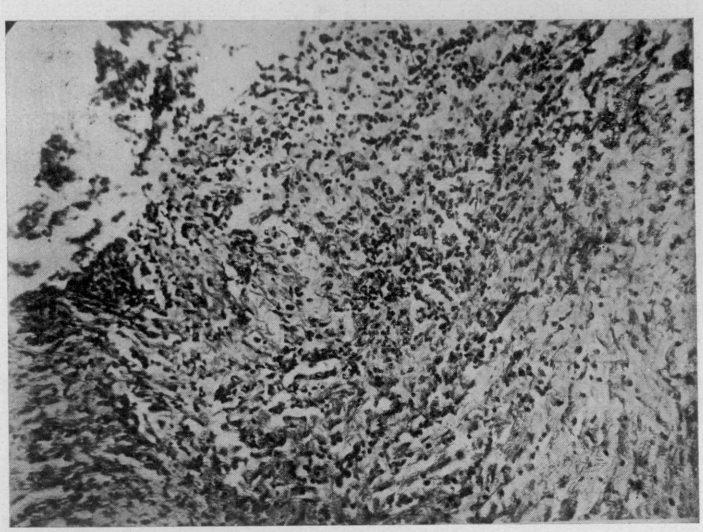

Fig. 8. — Caso II - Parete dell'ascesso. Rapporto tra zona infiammatoria e tessuto muscolare.

Formula leucocitaria: Neutrofili 57 %; Linfociti 20 %; Monociti 15 %; Eosinofili 1 %; Basofili 0.

Operazione: (Prof. G. Morone, 4-12-1937): In anestesia generale eterea si pratica incisione verticale della lunghezza di circa 6 cm. in corrispondenza della massa, e precisamente sulla porzione centrale alta del muscolo retto destro dell'addome. Aperta la fascia e separato per via otttusa un sottile strato di fibrocellule muscolari, si cade su una raccolta racchiusa in una cavità pseudo-cistica. Il volume della cavità ha il maggior asse secondo il longitudinale del muscolo per circa 6 cm., una larghezza di 3 cm. e uno spessore di circa 1 cm. e mezzo. La parete di tale cavità è intimamente connessa con il tessuo muscolare circostante, ed è costituita da un elemento compatto grigiastro, specie nella sua porzione più esterna, mentre dal lato interno ha un aspetto che grossolanamente ricorda il tessuto di granulazione in preda a fatti degenerativi con un colorito tendente al gialletto. Il contenuto di tale cavità è rappresentato da un liquame semidenso di color giallo marcato, purisimile, contenente però delle sottilissimi laminette gialle, lucenti. Data la intima connessione delle pareti della cavità con il muscolo, esse vengono escisse nella loro totalità dopo che si è asportato tutto il contenuto liquido. Nella cavità residua si lascia un piccolo zaffo di garza idoformica, mentre con punti staccati in catgut si pratica il ravvicinamento dei fasci muscolari onde ottenere l'obliterazione della cavità stessa.

Sutura della fascia in punti staccati in catgut.

Sutura della cute in punti staccati in crine di Firenze.

Decorso post-operatorio normale.

La temperatura, salita in seconda giornata a 38,3°, cade in terza giornata per crisi, per non più ripresentarsi. In terza giornata vien tolto lo zaffo e dalla cavità esce poca quantità di liquido sieroso gialletto; lo zaffo vien sostituito con un piccolissimo tubo di gomma, attraverso il quale successivamente, a giorni alterni, si pratica istillazione di liquido di Calot sclerosante, infine di tintura di jodio diluita. Diciotto giorni dopo l'atto operativo si ha cicatrizzazione completa della ferita e l'a. viene dimessa.

Ricerche istopatologiche e batteriologiche: Con il liquame estratto si praticano culture sui terreni più comuni, su agar Pollacci e su terreno di Löwenstein: ugualmente si procede con piccoli frammenti della parete.

Il liquido contenuto nella cavità viene esaminato a fresco e con colorazione su striscio. Anzitutto colpisce la scarsa quantità di elementi del pus, fra i quali si può notare una decisa prevalenza di linfociti: è invece presente una forte quantità di piccoli cristalli grossolanamente irregolari, ma talvolta esagonali, di un colorito giallo tenue e per lo più raggruppato in una sostanza tenue amorfa, interpretabile verosimilmente come prodotto di processi di necrosi delle fibre muscolari.

Sui preparati per striscio, colorati con i vari metodi di circostanza, tra i quali quello di ZIEHL, non si riesce ad individuare la presenza di alcun germe, nè in modo particolare, del bacillo di Koch.

L'esame istologico di frammenti della parete asportata ha dato il seguente reperto: la parete pseudo-cistica è costituita da un tipico tessuto infiammatorio quale si riscontra nei processi cronici; all'esterno, vale a dire verso il muscolo, è costituita da un tessuto connettivo adulto in prevalenza fibroso, che fa corpo con i fasci di fibre muscolari, le quali, nella sua immediata vicinanza, sono in preda a lievi processi degenerativi. Verso la cavità, invece, la parete è costituita da tessuto di granulazione con spiccatissima infiltrazione a tipo linfocitario, la quale costituisce dal lato più interno una specie di fascia che la separa dalla restante porzione della parete. Tale infiltrazione parvicellulare, sebbene meno spiccata, si presenta però anche nelle altre sue porzioni. È infine riscontrabile su tutto il suo spessore una proliferazione non molto accentuata di elementi mesenchimali che si presentano con caratteristiche di elementi giovani. Ancora su due dei numerosi preparati istologici istituiti furono riscontrate, fra tessuto fibroso e tessuto di granulazione, rare cellule giganti, dotate di numerosi nuclei disposti alla periferia e possedenti tutti i caratteri delle cellule giganti tubercolari; attorno ad esse non si riscontrarono cellule epitelioidi tipiche, sebbene fosse un po' più marcata la proliferazione di elementi mesenchimali. Non è stato poi possibile dimostrare la presenza su tali preparati del bacillo di Koch.

A distanza di circa 30 giorni dalle semine praticate sui vari terreni di cultura, mentre tutte quelle atte a dimostrare la presenza dei comuni piogeni, anaerobi e miceti, sono state negative, le culture su terreno di Löwenstein, sia con il liquido estratto sia con i frammenti della parete, risultarono positive per il bacillo di Koch, il quale poi fu dimostrato essere di tipo umano. Pertanto, se le ricerche isto-patologiche erano favorevoli a far ritenere le lesioni come dovute ad un processo tubercolare, malgrado l'assenza di tipici tubercoli, quelle batteriologiche, essendosi dimostrate positive per il bacillo di Koch, diedero l'assoluta conferma di tale diagnosi.

***

Dei due casi descritti è mia intenzione esaminare le caratteristiche in relazione ai dati forniti dalla letteratura sull'argomento.

Innanzi tutto, per quanto riguarda la denominazione è ormai da tutti preferito il termine di tubercolosi muscolare ematogena (ZIEGLER), che esclude tutte le forme secondarie a lesioni contigue ossee ed articolari e che indica anche una fase del meccanismo patogenetico, a quello di primitiva che, nella quasi assoluta maggioranza dei casi, ha un valore puramente clinico, essendo la localizzazione muscolare del germe non dovuta a penetrazione diretta dall'esterno, ma a propagazione metastatica da un focolaio clinicamente silente. Al più potrebbe essere usata l'associazione dei due termini ematogena e primitiva per esprimere il concetto dell'assenza di localizzazioni contemporanee in altri organi o tessuti e per escludere da tale gruppo di miositi specifiche tutte le forme (di cui eb-

bi a segnalare un caso di notevole interesse), pur esse di natura sicuramente ematogena, che si osservano nelle tubercolosi miliariche in atto. È ovvia l'importanza clinica di tale distinzione.

Prendendo in esame i dati eziologici, è da rilevare che nella letteratura non si trova cenno sul tipo del bacillo di Koch, causa della lesione muscolare; ciò è probabilmente imputabile alle scarse ricerche batteriologiche eseguite. L'utilità dell'individuazione del tipo del bacillo va messa in relazione alla concezione, dovuta soprattutto alle più recenti ricerche, che, assai più spesso di quanto non si creda, alcune forme di tubercolosi siano da imputarsi al bacillo di tipo bovino od aviario, il che spiegherebbe anche il particolare comportamento. Nel nostro secondo caso in cui furono praticate le ricerche batteriologiche, ci siamo preoccupati di tale quesito ed avemmo le prove che trattavasi di bacillo di tipo umano.

Avendo già sottolineata la rarità della lesione, per quanto riguarda la frequenza, mi basta accennare all'opinione di KUSHIZAKI e SAITO che sostengono essere la miosite tubercolare più frequente in Europa che in Giappone ed a quella di KAZDA sulla sua maggior frequenza in Italia per quanto riguarda l'Europa.

Un'importanza particolare non è in genere (CHIARELLO, PERRANDO) attribuibile al fattore costituzionale e così pure al sesso, sebbene riguardo alla varia frequenza discordi siano i pareri: per CULOTTA l'infezione si trova in eguale proporzione nell'uomo e nella donna, per KUSHIZAKI e SAITO il sesso maschile avrebbe una prevalenza di 2 a 1. Quanto all'età, ZELLER ritiene la lesione più frequente fra i 10 ed i 40 anni; CULOTTA dalla fanciullezza ai 35; KUSHIZAKI e SAITO il secondo decennio seguito dal primo e dal terzo rispettivamente. PERRANDO rileva che la predilezione per l'età giovane potrebbe essere messa in rapporto col fatto che pure in tale età si osserva una maggiore frequenza di localizzazioni tubercolari nei vari altri organi. Ricordiamo però che la lesione fu descritta anche nell'infanzia e nella vecchiaia: vedi i casi di BATTAGLIA (6 anni) e di CULOTTA, (5 anni), di KAISER (71 anni) e ASTUNI (75 anni). Una certa importanza, da tutti riconosciuta, avrebbe la sede di sviluppo della lesione: i più colpiti sono i muscoli dell'arto inferiore, specie dal lato flessorio (ASTUNI), indi quelli dell'arto superiore, poi, con molta minor frequenza, quelli del tronco e del collo. Secondo alcuni (SIELAFF) per le membra prevale la localizzazione all'avambraccio, per il tronco ai muscoli del dorso. La localizzazione ai muscoli della parete addominare sarebbe rara; una quindicina di casi secondo RUSCICA, con prevalenza della regione sottombelicale. In linea generale sarebbero colpiti prevalentemente i muscoli sottoposti a maggiore lavoro (FRIDA, PERRANDO, CULOTTA). La professione pertanto potrebbe avere un certo valore.

Come in ogni altra affezione, si è data da alcuni (HANKE, FIASCHI, REVERDIN, D'ANTONA) particolare importanza, quale fattore eziologico, al trauma ed in ispecie ai piccoli traumi ripetuti (LEYARS). Altri (CHIARELLO) nega tale rapporto; si obbietta dai più che solo in un numero trascurabile di casi si è potuto dimostrare un intimo nesso, anche solo cronologico, tra trauma e insorgenza della lesione; alla concezione che assegnerebbe pertanto al traumatismo un valore puramente occasionale (PERRANDO) portano pure i contradditori risultati di ricerche sperimentali al proposito, attraverso le quali non si può giungere ad altre conclusioni fuor che il trauma determina una rottura nell'equilibrio della vita biologica del muscolo, diminuendo in tal modo le sue alte capacità di difesa di fronte al bacillo di Koch.

Se tutti sono d'accordo nell'ammettere

quest'ultima proprietà del tessuto muscolare, ben lungi si è dall'averne individuata la ragione. Il TRIA, partendo da risultati ottenuti sperimentalmente in vitro, immaginava che l'acido sarcolattico, prodotto dall'attività muscolare possedesse spiccate prerogative germicide; BESCOUT oltre a tale meccanismo di difesa, pensava esistessero nel muscolo sostanze a funzione antitossica contro il bacillo tubercolare e sottolineava l'importanza della ricca vascolarizzazione del tessuto. BOURGET era portato a credere ad un'azione di difesa determinato dalla contrazione muscolare; questi ultimi due meccanismi erano invocati da ZELLER.

RICHET ammetteva la presenza di sostanze antitossiche contro il bacillo tubercolare, e tale convincimento lo spingeva a suggerire la somministrazione di succo muscolare nella cura della tubercolosi. In effetti fu dimostrato che in animali con tubercolosi generalizzata i muscoli non contengono bacilli e che non provocano, se ingeriti, l'infezione (CHUSSÉ, THOMASSIN). STRAUSS ritiene che la ricca rete dei capillari ematici determinerebbe la facile eliminazione dei germi; HEMERY vede l'ostacolo principale nella ricchezza dei capillari linfatici del connettivo interfascicolare. Per una incompatibilità biochimica tra muscolo e bacillo propende CAGNETTO, per cui la localizzazione sarebbe possibile solo dopo modificazione prolungata dell'equilibrio difensivo, il che egli ritiene di dimostrare constatando la frequente insorgenza della lesione sperimentale in muscoli affetti da trichinosi. CULOTTA, notando che gli organi maggiormente colpiti da tubercolosi sono quelli ricchi di reticolo-endotelio, mentre il muscolo ne è scarsamente fornito, attribuì a questa ultima condizione anatomica la rarità della localizzazione; ma D'ANTONA controbatte tale ipotesi facendo notare come il reticolo-endotelio venga generalmente ritenuto un elemento di difesa contro il bacillo di Koch, e PETTINARI obietta che la scarsezza di reticolo-endotelio non può far altro che condizionare il quadro della risposta istomorfologica all'infezione, caratterizzato spesso dalla scarsezza di cellule epitelioidi e giganti e di tubercolosi tipici.

PERRANDO, in assenza di elementi probativi per l'uno o l'altro di tali meccanismi ritiene che tutto un complesso di fattori con varia prevalenza di qualcuno di essi volta a volta concorra ad effettuare la condizione capace di neutralizzare i poteri di difesa del muscolo.

Sempre riguardo al problema patogenetico, ed in particolare alla via seguita dal bacillo per giungere al muscolo, pressochè unanime è l'opinione che sia quella sanguigna, in verità suffragata da costanti reperti istologici.

In relazione a quanto s'è detto sul problema etio-patogenetico, i dati forniti dai nostri casi non apportano elementi atti a suggerire sostanziali modifiche alle considerazioni suddette che piuttosto tendono nella generalità a convalidare: così per l'età, effettivamente nel secondo e terzo decennio (24 e 33 anni nei nostri casi) si riscontra più facilmente la lesione, il che sta fondamentalmente ad indicare che essa si sviluppa di preferenza in individui nella loro piena attività fisica. Se si tiene presente che nella patologia delle pareti addominali si è usi dare una certa importanza al sesso, in quanto nella donna la gravidanza sarebbe in grado di determinare a loro carico una particolare condizione predisponente, vien fatto di chiederci se anche nella tubercolosi ematogena dei muscoli della parete addominale, al sesso, nel senso precedentemente indicato, competa un certo valore quale fattore etiologico. La risposta al quesito impostato in questi termini è negativa: su venti casi pubblicati, compresi i nostri, vi è una netta predominanza del sesso maschile sul

femminile con 13 casi contro 7. Si ha pertanto anche nel caso della sede parucolare, la proporzione di 2 ad 1 indicata dagli AA. giapponesi per la totalità dei casi descritti.

Quanto alla sede, la localizzazione da noi osservata non è poi così rara come è ritenuta generalmente; su 115 casi da noi raccolti fu riscontrata venti volte con una percentuale di una volta su sei; verrebbe pertanto subito dopo quella agli arti inferiori e quella ai superiori. Nessun elemento forniscono i nostri casi per attribuire al fattore costituzionale ed al trauma un qualsiasi valore eziologico.

In relazione al meccanismo patogenetico ed in particolare al problema della peculiare difesa del muscolo contro il bacillo di Koch, mi sembra ovvio che l'indagine anatomo-clinica non possa dare, come nei nostri casi, probativi suggerimenti alla sua interpretazione che solo dalla ricerca biochimica, in particolar modo sperimentale, potrà trovare la soluzione.

Allo stato attuale della questione non si può che ammettere la possibilità d'intervento di tutti i singoli fattori precedentemente indicati, ma mentre alcuni, come da noi PERRANDO, ammettono la prevalenza di qualcuno di essi da caso a caso, io credo più verosimile che la loro coesistenza in armonico equilibrio e dipendenza, conferisca al muscolo un particolare stato di difesa. Così se l'acido sarcolattico non deve essere ritenuto efficace al punto da uccidere di per sè il bacillo, una certa azione protettiva non può essergli negata; così, se la attiva circolazione ematica non può essere invocata da sola come atta ad allontanare il germe, perchè in altre sedi si verifica la stessa circostazna e proprio ove più spiccata è l'irrorazione, si ha con maggior frequenza l'insorgenza della lelesione tubercolare, (ad es. le ossa), può aver egualmente un certo valore in quanto associata alla contrazione muscolare che, determinando modificazioni di forma e volume dell'organo, collabora forse a creare condizioni meccaniche per cui si rende difficile al bacillo una permanenza in situ sufficiente al suo innesto. Una prova indiretta dell'importanza di tale fattore circolatorio e funzionale delle forme ematogene lo si può desumere dal fatto che il tessuto muscolare è assai meno resistente ed è più facile preda allorchè la lesione si sviluppi per contiguità.

La scarsezza di tessuto connettivo ed in particolare di tessuto reticolo-istiocitario nel muscolo di per sè potrebbe solo condizionare il reperto isto-patologico della lesione come sostiene PETTINARI, il che del resto è di comune osservazione in casi simili, ma non impedire l'impianto del bacillo; è un fatto però che un tessuto povero di tali elementi non deve rappresentare un terreno ideale all'insorgenza di un processo tubercolare se quest'ultimo è di gran lunga più frequente negli organi di essi ben provvisti. Ora a me pare che nel valutare la difesa del muscolo all'infezione tubercolare si debbano tener presenti tutti i possibili fattori che in parte ho indicati, perchè solo l'armonica cooperazione fra di essi può determinarla e d'altra parte solo la loro intima associazione dà al muscolo una fisionomia biologica del tutto particolare nei confronti degli altri tessuti. Infatti alcuni di questi elementi, presi isolatamente, si riscontrano anche in altri organi che all'apposto ammalano con straordinaria facilità di tubercolosi; così nel polmone si ha attivissima circolazione, si hanno modificazioni di forma e di volume cospicue, ma l'assenza degli altri fattori che cooperano in sinergia condiziona in senso negativo un'efficace protezione.

Sta di fatto che ai tentativi più teorici che pratici di individuarne le cause fondamentali corrisponde nella realtà una difesa cospicua del tessuto muscolare non solo di fronte alla infezione tubercolare ma an-

che, se pure in minor grado, di fronte agli altri processi infiammatori, cosicchè non stupirebbe che ulteriori ricerche fornissero la dimostrazione pratica dell'ipotesi avanzata dal RICHET e seguita da BESCOUT, verificata in vitro da RICHET figlio, che ammette la presenza nel tessuto muscolare di sostanze ad azione tossica contro il bacillo di Koch, capaci di determinare una vera batteriolisi.

Il quadro anatomo-patologico è ritenuto uno dei più vari fra quelli determinati dal bacillo di Koch; ne consegue una lunga serie di classificazioni più o meno ricche di suddivisioni in varie forme. PRUSSIA attribuisce a quest'ultime un valore prevalentemente teorico in quanto esse non rappresenterebbero che differenti stadi di evoluzione del processo tubercolare. Niente di più vero, ma sarebbe un errore il trascurare l'individuazione delle varietà più comuni che, per possedere differenti caratteristiche cliniche, per la loro varia evoluzione, per i provvedimenti terapeutici che richiedono volta a volta, interessano molto da vicino non solo il patologo, ma ancor più il clinico per la loro diagnosi, prognosi e terapia.

Delle varie classificazioni proposte, fra le quali le più note appartengono a LEYARS e OMBREDANNE, DURANTE, CHARIELLO, ecc. mi pare sia la migliore quella dovuta a KUSHIZAKI e SAITO, che è una derivazione di quella dovuta a CORNET, GUST ed HEMERY, e che essendo recente, si basa sui dati forniti da un numero assai cospicuo di pubblicazioni. Essa distingue tre forme principali di miosite: 1ª) nodulare, 2ª) ascessuale, 3ª) fungoso-sclerotica.

È ovvio che fra di ese esistano numerose forme di passaggio che per le loro caratteristiche essenziali rientrano però nell' uno o nell' altro dei gruppi principali Quanto alla relativa frequenza di ciascuna di esse, i suddetti AA. danno in base alla statistica da essi raccolta il 60 % di forme nodulari, il 37 % di forme ascessuali e solo l'1 % di fungoso-sclerotiche. Non tutti sono dello stesso parere e CULOTTA afferma essere invece la forma ascessuale la più frequente. L'ultima delle tre forme suddette affettivamente è la più rara (KAZDA); secondo ZAHNERT sarebbero conosciuti solo due casi, cui va aggiunto uno degli AA. giapponesi.

Del reperto istopatologico due punti mi pare utile ricordare: il primo riguarda l'inizio della lesione che è sempre vasale e perivasale con immediata compartecipazione del connettivo circostante e successiva evoluzione del processo che si svolge sempre a carico del tessuto connettivale posto fra i fasci di fibre muscolari, le quali, separate e compresse, sottoposte all'azione delle tossine tubercolari, solo secondariamente cadono in preda a processi degenerativi e necrobiotici. Il quadro istologico conferma pertanto che il bacillo penetra nel muscolo per via ematica.

In secondo luogo è segnalato che, precipuamente per alcune forme (CHIARIELLO, DELORME, DURANTE, PERRANDO) si può avere assenza di cellule giganti ed un quadro grosso-modo simile a quello di una miosite aspecifica.

Per quanto concerne i nostri casi, il primo va considerato come uno delle rare forme di miosite fungoso-sclerotica per la presenza di granulazioni tubercolari in scarsa quantità con poca tendenza alla colliquazione, raggruppate in ammassi circoscritti da connettivo abbondante, con tendenza alla sclerosi. Ben evidenti sui preparati istologici risultarono le lesioni perivasali e del connettivo perifascicolare, espressione iniziale del processo tubercolare, e la secondaria compartecipazione delle fibre muscolari.

Assai meno chiaro il reperto isto-patologico del secondo caso ove non esistevano che caratteristiche generiche di processo

infiammatorio cronico nel tessuto che circoscriveva la raccolta escessuale. Nella numerosissima serie di preparati allestiti a scopo diagnostico furono rinvenute solo in due di essi pochissime cellule giganti con carattere di tipicità; ciò significa che l'esame istologico deve essere integrato dall'esame batteriologico se si vuole nella totalità dei casi individuare con esattezza l'agente eziologico. Interpretare l'assenza o la marcata rarità di cellule giganti non è facile; più fattori devono concorrere, fra i quali prevalentemente la virulenza del germe, lo stato allergico dell'ammalato ed in relazione a questi la reattività di fronte al bacillo di Koch proprie del tessuto muscolare, condizionata dalla sua povertà di tessuto reticolo-istiocitario.

Il multiforme aspetto anatomo-patologico, anche in relazione alla varia sede che può assumere la lesione, determina la complessità della sintomatologia obbiettiva; quella soggettiva, soprattutto negli stadi iniziali, non di rado manca, e se esiste è in genere di scarsa entità, senza caratteristiche particolari: alle sensazioni dolorose vaghe (dolore localizzato spontaneo, a tipo gravativo, secondo PERRANDO) talvolta a carattere nevralgiforme, si può in rari casi associare, in relazione alla sede particolare, una diminuzione della funzione che può giungere fino all'impotenza.

Richiamata da tali disturbi l'attenzione sulla parte, ma talora anche in modo affatto casuale, l'ammalato si accorge della presenza di una tumefazione. I caratteri semeiologici di quest'ultima sono notevolmente vari, come è di facile intuizione, ed in relazione alla sua sede, ma soprattutto alla varietà anatomo-patologica cui essa appartiene ed al suo stadio di sviluppo. Un po' convenzionalmente si è usi farne una descrizione schematica che da un lato mette in evidenza le caratteristiche generiche proprie di una tumefazione a sede intramuscolare e che non hanno nulla di specifico nei confronti della lesione tubercolare e che dall'altro enumera i rilievi clinici che si possono fare per ciascuna delle varietà anatomo-patologiche più comuni in cui può presentarsi la lesione. Avendo nel nostro caso riconosciute tre principali varietà, la nodulare, l'ascessuale e la fungoso-sclerotica, si può in linea generale ripetere con molti altri AA. che nel periodo di stato si tratta di una tumefazione a sede intramuscolare, per lo più unica, talora multipla, talora ovoidale col maggior asse per lo più parallelo a quello del muscolo, talora grossolanamente globosa oppure a tipo di piastrone, con volume variante da quello di un pisello a quello di un'arancia, a limiti in genere netti, a superficie per lo più liscia, la cui consistenza può essere la più varia: dalla fluttuante, nelle forme ascessuali, alla duro-parenchimatosa nelle nodulari, alla duro-fibrosa nelle forme sclerotiche. A questi caratteri si associano quelli comuni, come già dissi, alle tumefazioni intramuscolari. È pure ovvio che, allorquando la tumefazione superi i limiti del muscolo primitivamente invasi, determini tutta una serie di modificazioni nei tessuti circostanti, fra le quali possono assumere particolare significato quelle a carico della pelle, sia sotto forma di infiltrazione ed arrossamento sia di tragitti fistolosi.

Lo stato generale dell'ammalato, infine, non è in genere, in un primo tempo, nè compromesso nè influenzato; quest'ultima evenienza si è avverata in rari casi (secondo HANKE) in cui l'ammalato accusava astenia, aumento di temperatura, mancanza di appetito ed era costretto a letto.

Il decorso dell'affezione è dei più gravi: gli AA. giapponesi già citati riferiscono il dato statistico di una media dai 2 ai 3 mesi, ma nella realtà esistono casi a decorso rapidissimo molto rari, quali quello riportato da DANSEL (7 giorni) altri a decorso assai lento come osservò RUGH (4 anni).

Si può pertanto dire che per ogni caso clinico i singoli rilievi semeiologici possono essere del tutto differenti e che d'altra parte non esista neppure un quadro clinico che possa essere considerato non dico patognomonico, ma neppure caratteristico della tubercolosi muscolare ematogena così da permettere una diagnosi diretta.

Il riconoscimento, pertanto, di tale affezione, anche per la sua rarità, risulta particolarmente arduo ed impone di frequente un complesso problema di diagnosi differenziale.

Innanzi tutto deve essere posta con esattezza la diagnosi di sede nel senso di stabilire da quale tessuto od organo provenga l'affezione: giacchè, se in linea teorica esiste un complesso di segni semeiologici atti alla sua individuazione, nella pratica ciò non dovrebbe risultare sempre facile, se si tengono presenti, per dirla con KUSHIZAKI e SAITO, « alcune interessanti false diagnosi » quali quella di HILLER, in cui una tubercolosi ematogena del muscolo retto di destra all'ipocondrio, fu scambiata per una colecistite, e quella di GIACOBBE in cui, data la sede nell'obliquo interno e trasverso, fu posta diagnosti di ernia inguinale.

Stabilita la diagnosi di sede intramuscolare, la diagnosi differenziale deve tener conto di una lunga serie di lesioni che possono presentare carattere molto simile a quello della tubercolosi ematogena specie in uno stadio precoce.

SIELAFF ne ha fatto una complessa elencazione comprendendo forme rarissime distinte in tre gruppi: 1°) neoplasie fra le quali il rabdomioma, il leiomioma, il condroma, l'osteoma, il fibroma, il neurofibroma, l'angioma, il lipoma, il sarcoma delle parti molli e i tumori metastatici; 2°) tumefazioni da parassiti (dracontiasi, botriocefalus liguloides, echinococco e cisticerco); 3°) infiammazioni specifiche (sifilide, moccio, lebbra, actinomicosi e sporotricosi).

Se da un punto di vista strettamente teorico tutte le malattie elencate da SIELAFF possono essere prese in considerazione, dal punto di vista pratico il numero di esse viene ad essere di molto diminuito e ciò per la straordinaria rarità di alcune di esse e per l'impossibilità di farne la diagnosi, se non attraverso esame istologico.

Nel gruppo delle neoplasie, premesso che dal punto di vista clinico il rabdomioma, il leiomioma, il fibroma ed il neurofibroma unico possono considerarsi dotati di caratteri clinici assai simili e che sono quelli dei tumori fibro connettivali benigni onde l'impossibilità della loro differenziazione; tenuto ancora conto che il condroma e l'osteoma presentano una durezza tale quale in nessuna forma tubercolare può riscontrarsi, se si eccettua il caso in cui esistano avanzati processi di calcificazione (ma allora si ha il dato diagnostico differenziale di un precedente stadio in cui la tumefazione non possedeva tale caratteristica consistenza), si può dire che da un punto di vista pratico solo i tumori a tipo fibro-connettivale, l'angioma, il lipoma ed il sarcoma tra le neoplasie richiedono di essere presi in considerazione per la diagnosi differenziale, mentre fra le altre lesioni l'echinococco, la sifilide, le micosi muscolari ed i flemmoni lignei.

Dopo aver ricordato che alla valutazione accurata dei reperti semeiologici della tumefazione vanno associate tutte le ricerche sierologiche e che la puntura esplorativa si dimostra in tale circostanza un prezioso ausilio diagnostico; che infine particolarmente ardua è la diagnosi, allorchè le lesioni sono inziali a sviluppo intramuscolare, cercheremo di mettere in evidenza quali sono i principali elementi atti a differenziare le affezioni sopraddette.

Nel caso in cui il malato si accorga precocemente dell'affezione ed essa si presenti

nella forma nodulare, l'esclusione dei tumori benigni a tipo fibroconnettivale risulterà di estrema difficoltà. In particolari circostanze di sede, allorchè l'esplorazione del muscolo sia agevole, in caso di neoplasie benigne si potrà avvertire una maggiore individualizzazione della tumefazione, la sua consistenza presenterà più spesso un carattere di maggior durezza. La successiva evoluzione del processo invece permette differenziarle abbastanza bene; le neoplasie benigne in genere crescono più lentamente anche se progressivamente, e mantengono i loro caratteri fisici inalterati; il nodulo tubercolare ha un'evoluzione per quanto cronica sempre però proporzionatamente più rapida e per i processi che in esso si svolgono, per lo più a carattere degenerativo, man mano si accresce presenta una sempre maggiore elasticità fino a divenire molle ed anche fluttuante allorchè si abbia colliquazione estesa.

L'angioma non presenta per lo più una forma tipicamente nodulare come il processo tubercolare allo stadio iniziale; la sua forte elasticità e depressibilità lo possono però far scambiare con una forma con marcata colliquazione se non con un vero ascesso freddo. Per quanto talora di difficile apprezzamento, possiede però sempre una riducibilità che può ai nostri effetti esser ritenuta dato patognomonico ed è inoltre notevolmente dolente alla pressione, dato questo da alcuni (Lecène e Molonguet) ritenuto nell'ambito delle affezioni muscolari come caratteristico.

Ardua la diagnosi differenziale col lipoma, la cui superficie lobulata non viene riconosciuta per la sede sottofasciale che occupa e la cui consistenza pseudo-fluttuante, se esclude la forma tubercolare nodulare in stadio precoce, può dar l'impressione della presenza di un contenuto liquido e pertanto orientare verso la diagnosi di ascesso freddo o di nodulo tubercolare a colliquazione avanzata.

La puntura esplorativa si rende necessaria ed è in grado di dirimere il dubbio.

Il sarcoma infine, allorchè abbia sviluppo intramuscolare, può essere con una certa facilità scambiato con una lesione tubercolare nodulare e non rari sono i casi della letteratura a proposito di tale errore diagnostico. Effettivamente da un punto di vista semeiologico i caratteri di entrambi possono essere straordinariamente simili; si rende necessario pertanto una minuta disamina di tutti i dati forniti dall'anamnesi e dall'esame obbiettivo generale e la valutazione del comportamento, allorchè la tumefazione dati da qualche tempo, della consistenza in rapporto all'aumento di volume della tumefazione: nel sarcoma essa in genere non varia se non in casi particolari ed a decorso avanzato, l'opposto si ha di regola nella forma specifica per i processi degenerativi che vanno man mano istituendosi. La puntura esplorativa infine potrà essere utile anche in tale caso: dal sarcoma si potrà estrarre, ed è reperto frequente, sangue puro per la sua ricca vascolarizzazione; dal nodo tubercolare o si otterrà reperto negativo o piccoli frustoli il cui esame microscopico dimostrerà trattarsi in linea di massima di processo infiammatorio. Non potendosi attendere a scopo diagnostico una ulteriore evoluzione della tumefazione, allorchè si abbia il dubbio trattarsi di sarcoma, perchè contraria ai dettami di un'efficacia terapia dei tumori maligni, sarà questo il caso ove maggiormente vi sarà indicazione ad una biopsia che sarà curativa in quanto, per essere la lesione ancora limitata, consisterà nell'asportazione totale della tumefazione.

Può sorgere il sospetto trattarsi di sarcoma anche nei casi di miosite fungoso-sclerotica; per quest'ultima staranno: l'evoluzione particolarmente lenta di tale for-

ma specifica, la durezza, più che fibrosa, lignea, l'assenza di limiti netti per il graduale passaggio dal tessuto sano alla tumefazione, che risulta precocemente fissa in rapporto al volume assunto.

Per quanto riguarda l'echinococco, la puntura esplorativa darà un sicuro responso, non volendo tener conto, per brevità d'esposizione, anche di alcuni dati semeiologici differenziali.

Quanto alla sifilide ed in particolare alla gomma, può darsi frequente il caso di notevoli somiglianze con la tubercolosi nodulare, cosicchè l'esame semeiologico talora non è in grado di per sè di fornire elementi per una diagnosi di sicurezza, ottenibile solo mediante le sierodiagnosi.

Delle micosi, la sporotricosi può simulare una tubercolosi ematogena specie nella sua forma a localizzazioni multiple; la localizzazione però ai soli muscoli è rarissima poichè in genere è associata quella in altre sedi ed in genere al sottocutaneo ove la gomma sporotricotica con rapida evoluzione provoca ulcerazione della cute, permettendo così la sua individuazione.
Allorchè la tubercolosi muscolare si localizza ai muscoli della parete addominale e si presenta sotto la forma fungoso-sclerotica, può rendersi necessaria una diagnosi differenziale con il granuloma actinomicotico e con quella da corpo straniero. È la circostanza che si verificò nel nostro primo caso; nella discussione clinica di quest'ultimo avremo occasione più innanzi di accennarvi.

Ancora un particolare merita di essere segnalato a proposito della diagnosi: anche l'esame istologico non sempre permette di accertare la natura tubercolare delle lesioni muscolari sospette, per i motivi che abbiamo accennato a proposito dell'anatomia patologica. Allorchè si interviene, sia a scopo bioptico sia a scopo curativo, si presenta come utile precauzione ai fini diagnostici il procedere alla ricerca biologica e batteriologica del bacillo di Koch.

Per quanto riguarda *la prognosi*, la malattia lasciata a sè non guarisce; attraverso la colliquazione, la fistolizzazione e possibili infezioni da sovrapposizione, la diffusione del processo ad altri organi e tessuti, si perviene alla cachessia ed alla morte del paziente. Subordinatamente alla cura, la prognosi, almeno per quanto riguardo la vita se non per la parte e la funzione, è favorevole. La cura è in grado infatti di portare a guarigione il malato. Trascurando alcuni tipi di terapia, appoggiati nei tempi passati da alcuni, come la cura alla Bier, raccomandata da Dansel, il trattamento con iniezione di tubercolina, la cura conservativa ad oltranza secondo Budak, di reale efficacia è solo la cura chirurgica che consiste nell'asportazione ampia del focolaio tubercolare, quale si pratica anche in altre lesioni tubercolari chirurgiche. Il trattamento con liquidi modificatori deve essere solo riservato (Chiariello) alle forme in cui le condizioni generali non consentono quello radicale; o, come suggeriscono Kushizaki e Saito, nei casi in cui quest'ultimo e la Roentgenterapia non abbiano portato a guarigione definitiva.

Infine, esporremo in breve qualche considerazione d'indole clinica suggerita dallo studio dei nostri casi in particolare e che ci sembra degna di menzione.

Nel primo caso, in cui la lesione era a struttura fungoso-sclerotica di raro riscontro, il dato clinico di maggior rilievo fu rappresentato dalla lunga durata della lesione (10 anni circa) quale non fu mai riscontrata nei casi pubblicati. Pur tenendo conto che le forme fungoso-sclerotiche posseggono una evoluzione più lenta in quanto sono quelle in cui l'organismo reagisce con maggior successo ed in cui la forte proliferazione connettivale rappresenta un meccanismo d'efficace difesa, pure

si resta molto perplessi sul modo di interpretare una latenza del processo specifico già in atto di così eccezionale durata. Quest'ultimo dato ha rappresentato un non facile ostacolo alla diagnosi eziologica. Esclusa la sifilide anche per la negatività della reazione Wassermann, esclusi i tumori benigni per le modalità d'accrescimento della tumefazione nei confronti del tessuto circostante e per la particolare consistenza, escluso il tumore maligno per il carattere tipicamente cronico della sua evoluzione, rimanevano da discutersi oltre la forma tubercolare, il granuloma da corpo straniero e quello actinomicotico.

Contro quest'ultimo stava il dato anamnestico, con precisione riferito dal paziente, che all'inizio la tumefazione era ben circoscritta, di forma globosa, a sede intraparietale e relativamente superficiale, dotata di una certa mobilità; ne veniva come conseguenza logica il ritenere la tumefazione primitivamente a carico dei tessuti costituenti la parete addominale, e essendo ormai il problema ristretto ai processi infiammatori cronici, l'ammettere che essa fosse inizialmente limitata e contenuta entro un muscolo, in quanto dotata di una certa mobilità. Oltre a questi elementi sfavorevoli all'ipotesi del granuloma actinomicotico, il quale, in detta sede, è quasi esclusivamente di provenienza intestinale e pertanto profonda, con tendenza a superficializzarsi, infiltrando i tessuti, v'era anche l'evoluzione del processo il quale, benchè datante da 10 anni, non aveva ancora interessato i tegumenti e non mostrava ancora accenno alla funzione purulenta.

Non ci fu invece possibile individuare elementi di qualche valore atti a differenziare la natura tubercolare da quella determinata da corpo straniero di provenienza intestinale, il quale, come è noto, può comportarsi come se fosse primitivo della parete addominale ed ha una evoluzione eminentemente cronica: una diagnosi eziologica non fu possibile neppure durante l'intervento operativo e potè essere posta solo mediante l'esame istologico. La rarità della particolare forma anatomo-patologica del processo tubercolare, la sua eccezionale durata sono i due elementi principali che hanno impedito il successo diagnostico.

L'asportazione generosa del focolaio morboso praticata mantenendosi sempre in tessuto sano, è stata sufficiente, malgrado l'estensione del processo, ad una definitiva guarigione, ottenuta per primam.

Merita di essere segnalato che, in rapporto alla sede ed allo sviluppo del processo infiammatorio, può verificarsi la necessità, come è accaduto nel nostro caso, di dover praticare l'orchiectomia e ciò non solo per l'impossibilità tecnica di operazione conservativa, ma, dati gli intimi rapporti assunti con il granuloma dal cordone spermatico, per la logica presunzione che il processo tubercolare si fosse esteso agli elementi di quest'ultimo.

Per quanto concerne il secondo caso i reperti semeiologici accuratamente rilevati permisero la diagnosi di sede della tumefazione localizzata alla porzione superiore del muscolo retto di destra dell'addome e pertanto inutili, se non dannosi, gli esami colecistografico, pielografico e del tubo digerente praticati in altra sede a scopo diagnostico. Di fronte ai dati anamnestici e semeiologici che abbiamo ampiamente riferito nella storia clinica, quattro eventualità dovemmo prospettare e precisamente se si trattasse di lipoma, di angioma, di processo sifilitico o tubercolare rispettivamente. Esclusa la sifilide anche per la negatività delle reazioni sierologiche e l'angioma per l'asseiza di riducibilità e perchè indolente anche alla pressione, la diagnosi differenziale si ridusse fra il lipoma e l'ascesso freddo. Una puntura esplorativa avrebbe risolto rapidamente il dubbio.

Il lipoma è in detta sede non raro; i reperti semeiologici rilevati nel loro insieme possono essere comuni alle due affezioni, tenendo anche presente che la sede sottofasciale non permette il rilievo di alcuni fra i più importanti di essi. Vi fu uno solo dei dati fisici rilevati che orientò di preferenza la diagnosi, pur con delle riserve, verso la forma tubercolare, e fu la consistenza. Infatti nella storia clinica abbiamo accennato alla sensazione nettamente avvertita di pseudo-fluttuazione: anche il lipoma dà la sensazione di essere pseudofluttuante ma abitualmente non in modo così marcato ed evidente, specialmente se di piccole dimensioni ed a sede sottofasciale, relativamente profonda. Di qui un giustificato sospetto di presenza di liquido e, data l'impostazione del problema, di processo tubercolare. A rendere più giustificata l'ipotesi, esisteva il dato di una cutireazione alla tubercolina nettamente positiva, cui si poteva concedere un certo valore per la negatività ad ogni ricerca clinica e radiologica di altre lesioni specifiche e la documentazione di una linfocitosi relativa all'esame del sangue.

Da quanto abbiamo esposto risulta evidente la notevole difficoltà di porre un'esatta diagnosi clinica di una lesione che i recenti contributi al riguardo dimostrano meno rara di quanto si ritenesse in passato e che pertanto merita di essere sempre meglio conosciuta nelle sue caratteristiche cliniche. Tanto più che l'affezione, se riconosciuta ed opportunamente curata, come avvenne anche per il nostro secondo caso in cui alla terapia chirurgica facemmo seguire un trattamento con liquidi modificatori, è suscettibile di definitiva guarigione.

BIBLIOGRAFIA

ZELLER - *Beitrage Z. Klin. Chir.*, 1903.

LEYARS - *La Semaine Médicale*, pag. 163, 1904.

ALESSANDRI - *Boll. della R. Acc. Med. di Roma*, 1905.

KAISER - *Arch. f. Klin. Chir.*, 1909.

BOBBIO - *Policlinico, Sez. Chir.*, 1909.

MELCHIOR - *Beitr. Z. Klin. Chir.*, 1910, vol 70.

PANDOLFINI - *Arch. ed Atti Soc. Ital. di Chir.*, 1910.

FORMIGGINI - *Clinica chirurgica*, 1911.

SPELTA - *La Riforma medica*, 1911.

ZONDEK - *Munch. Med. Woch.*, 1917, n. 27.

PELLETTINI - *Arch. Ital. Chir.*, 1923.

SIELAFF - *Mitt. Grenzgeb. Med. und Chir.*, 1921, vol. 23.

SALTIKOW - *Ziegler Centralblatt f. Allg. Path.*, XIII, pag. 715.

CAGNETTO - *Lavori Istituto di Anat. Pat. di Padova*, vol. XIII.

CAMPATELLI - *Pensiero Medico*, 1924.

ALFONSO - *Z. Org. Chir.*, 1925, vol. 32.

MONTEMARTINI - *Annali Italiani di Chirurgia*, 1926.

BIANCHETTI - *Policlinico, Sez. Chir.*, 1926.

CAPPONAGO - *Bollettino delle Cliniche*, 1923.

MERLINI - *Archives des Méd. des Enfants*, 1924.

FIASCHI - *Soc. Med. Chir. della Romagna*, 1928.

GIACOBBE - *Z. Org. Chir.*, vol. 46, 1929.

ZANHERT - *Dtsch. Z. Chir.*, 1929, vol. 221.

FITTIPALDI - *Zbl. f. Chir.*, 1930.

CULOTTA - *Rivista della Patol. e Clin. della Tubercolosi*, 1929.

D'ANTONA - *Minerva Medica*, 1930, I.

PERRANDO - *Annali Ital. Chir.*, 1931.

HANKE - *Dtsch. Z. Chir.*, vol. 235, 1932.

BATTAGLIA - *Z. Org. Chir.*, 1933, vol. 62.

GEBHARDT - *Med. Klin.*, 1933, II.

PRUSSIA - *Policlinico, Sez. Pratica*, 1931, II.

BUDAK - *Z. org. Chir.*, 1932, vol. 58.

MILCH - *Amer. J. Med. Sc.*, 1934, vol. 188.

RUSCICA - *Arch. Ital. Chir.*, vol. 24.

KAMOTO - *Z. Japan Chir. Ges.*, 1934, vol. 35.
KAZDA - *Arch. f. Klin. Chir.*, 1935, vol. 182.
CHIARELLO - La tubercolosi extra-polmonare. Ed. Wassermann.
PEDROLI - *Giorn. med. Militare*, 1935.
PETTINARI - *Rassegna Intern. di Clin. e Terapia*, 1936, vol. 17.
BLAVET di BRIGA - *Boll. e Mem. Soc. Piemontese di Chirurgia*, 1933.
KUSIZAKI e SAITO - *Beitrage Z. Klin. Chir.*, 1937, vol. 165.
COSTANTINI - *Annali dell'Istituto Maragliano*, vol. V.
TRIA - Riportato da FORMIGGINI.
CLAIRMONT - *Klin. Wochsch.*, 1930.
DANSEL - Citato da KUSIZAKI e SAITO.
ROSSI - *Atti e Mem. Soc. Lombarda di Chirurgia*, 1938.
ASTUNI - *Arch. Ital. di Chir.*, vol. in onore di DONATI, 1938.
SCALFI - *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1938.

66502