

# 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**



**Fibro-condro-osteoma del vasto  
mediale della coscia.**

**DOTT. CARLO UGGERI**  
ASSISTENTE

**L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA**

*Mise B*  
*OK*  
*PP*

## Fibro-condro-osteoma del vasto mediale della coscia.

DOTT. CARLO UGGERI

ASSISTENTE

Gli AA. più recenti che hanno trattato dei tumori primitivi dei muscoli striati (SALTO, CALZOLARI, ecc.) li dividono in: 1°) connettivomi ad elementi adulti o maturi, o benigni (angiomi, lipomi, fibromi, miomi, osteomi); 2°) connettivomi ad elementi embrionali o immaturi, o maligni (sarcomi, endotelomi); 3°) connettivomi a carattere intermedio, che da benigni possono trasformarsi in maligni (mixomi e condromi).

A queste tre categorie alcuni AA. vorrebbero aggiungere un'altra classe, quella dei tumori misti, cioè composti da due o più tessuti (fibro-angiomi, fibro-lipomi, ecc.). CALZOLARI non ritiene però sia il caso di farne una categoria a parte, perchè i tumori primitivi dei muscoli striati, si presentano raramente come neoplasie pure, ma risultano di regola costituiti da due o più tipi di blastomi. Sembra quindi, in base ai concetti di questi AA., che tali tumori misti siano da ascrivere alla categoria a cui appartiene il tessuto prevalente.

Se si deve accettare tale concezione va classificato tra i condromi il caso che riferirò, sebbene si tratti in realtà di un tumore misto.

Secondo MEYENBURG i condromi dei muscoli appartengono alle più grandi rarità. Sebbene non precisabile, è assai limitato

il numero dei casi riferiti e non tutti quelli descritti sotto questo nome pare debbano essere ritenuti tali.

L'origine della neoplasia viene spesso riferita a cause traumatiche (WOLKMANN, SCHULTZ, SECOURGÉON, MANER, HONSELL). Bisogna tener presente poi che le masse cartilaginee sono spesso unite alla muscolatura vicina da tratti connettivali: è lecito allora chiederci se non ci si trovi davanti in questi casi ad una « miosite ossificans traumatica sine ossificatione », cioè arrestata allo stadio cartilagineo. Questo infatti può in molti casi precedere l'ossificazione vera e propria. DURANTE è propenso ad ammettere una genesi di questa natura.

A tale interpretazione stanno però contro due circostanze: il condroma ha potuto venir osservato in sedi dove non si è mai notata ossificazione traumatica (muscoli della mano - SCHULTZ, SECOURGÉON, CALZOLARI). Vi è poi un certo numero di casi di condroma in cui una pregressa lesione meccanica o non ha potuto essere accertata o viene espressamente negata (PAULET, KRAMER, LENGEMANN, KOLACZEK, DENOUVILLIERS). È da osservare infine che l'accrescimento nella miosite ossificante è limitato, mentre è progressivo nel condroma (MEYENBURG).

La sede del condroma è la più varia:

faccia pleurica del diaframma (KRAMER) adduttori della coscia (KOLACZEK e DE-NOUVILLIERS); massetere (PAULET - 30 piccoli tumori); stenoceimodastoideo (LENGEMANN); tricipite femorale (MANER); tricipite brachiale (VOLKMANN); deltoide (HONSELL); oltre i casi sopraricordati localizzati ai muscoli della mano.

Il volume è di solito piuttosto limitato: può oscillare però da quello di una lenticchia (PAULET) a quello di una testa di feto (DENOUVILLIERS).

Il problema dell'origine del condroma dei muscoli striati si ricollega a quello più generale della spiegazione della neoformazione encondrale nelle sedi dove normalmente non si trova cartilagine.

Le spiegazioni proposte sono due: l'origine metaplastica, e la derivazione da germi aberranti. La possibile genesi metaplastica da tessuto connettivale viene ammessa da MEYEMBURG, specialmente nei tumori insorti dopo traumi. Così pure LEINER, a proposito di un condroma sviluppatosi nella muscolatura del dorso, ammette una metaplasia del connettivo dei legamenti intratrasversali, punto di partenza del tumore.

Parecchi AA. propendono invece ad ammettere la preesistenza di abbozzi cartilaginei aberranti. BERNABEO afferma che se esiste un tumore in cui la teoria patogenetica di DURANTE-COHNHEIM può trovare la sua ragione di essere, questo è il condroma.

CALZOLARI è dello stesso avviso: con questa teoria si può dar ragione della sede di molti endodromi sviluppatisi nelle parti molli: parotide (per residui della cartilagine di Meckel) testicolo (per inglobamento di cellule degli abbozzi cartilaginei vertebrali nel periodo in cui la gonade si trova situata vicino ad essi). Per quel che riguarda in particolare i condromi dei muscoli, le osservazioni di LENGEMANN e di

PAULET (rispettivamente con sede nello sternocleidomastoideo e nel massetere) sembrano indirizzare appunto in questo senso.

Riguardo alla struttura anatomica soltanto i tumori più piccoli presentano un aspetto cartilagineo uniforme (MEYEMBURG): in quelli più voluminosi vi è l'associazione per lo più di altri tessuti, e non raramente di tessuto adiposo (lipocondroma - DENOUVILLIERS, KOLACZEK). Nel caso di LEINER l'esame radiologico e istologico dimostrava la presenza di numerose zone ossificate.

Per il suo aspetto istologico la cartilagine di questi tumori deve essere considerata come fibroso-ialina.

L'evoluzione e la prognosi sembrano quelle dei condromi in generale: non bisognerà illudersi eccessivamente sulla loro benignità, e sarà sempre per questo indicata l'ablazione chirurgica.

F. Maria, d'anni 67, civile di Savona. Entra in Clinica Chirurgica il 6-X-1938-XVI.

Nulla d'importante nell'anamnesi familiare. In quella personale remota sono da ricordare quattro gravidanze di cui una interrotta al 5° mese per nefrite e le altre condotte a termine regolarmente. Tra i 30 e 45 anni circa ha avuto diversi episodi di ischialgia sinistra: non gravi però e di non lunga durata.

A 50 anni menopausa accompagnata da disturbi vari (vampate di calore, rossori) durati alcuni anni. Per il resto è sempre stata bene.

Circa 3 anni fa la p., mentre camminava per la strada, cadde a terra battendo il ginocchio e la coscia sinistra, che rimasero sensibilmente contusi. Dopo un mese persistevano ancora i dolori al ginocchio. Si fece allora visitare da un sanitario che interpretò come di origine reumatica i dolori del ginocchio e prescrisse dell'Atophan. Durante l'esame, il medico poté pure osservare nella faccia mediale del terzo inferiore della coscia sinistra, la presenza di un nodulo della grossezza di una castagna, duro ed indolente. La paziente ricordò allora di aver già notato da tempo, forse da anni, la presenza di



Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

questo nodulo, che era sempre stato duro, mobile, indolente, e di volume pare poco modificato dal tempo in cui se ne era accorta. Fu allora praticato (settembre 1934) un'esame radiografico; questo mise in rilievo, a quanto riferisce la p., soltanto note di artrite cronica. I dolori del ginocchio cedettero in gran parte alle cure.

In seguito però la tumefazione della coscia andò, pur con ritmo assai lento, progressivamente aumentando di volume ed estendendosi un pò a placca, pur conservando sempre il primitivo carattere di mobilità, di durezza, di indolenza.

Dopo 3 anni e  $\frac{1}{2}$  (marzo '38) aveva raggiunto il volume pressapoco di un uovo di tacchino. Fu allora eseguito un'altro esame radiografico: il radiologo giudicò trattarsi di una miosite ossificante. Fu prescritta l'immobilizzazione: la tumefazione andava però sempre lentamente aumentando. Venne fatto ancora nell'agosto un altro esame e confermata la diagnosi precedente.

Da qualche settimana sono comparsi, dopo stazione eretta o deambulazione un pò prolungata, dei dolori più o meno vivi nella sede della tumefazione. Non febbre, non deperimento generale.

Per i dolori che tendono ad accentuarsi e per il continuo, se pur lento, aumento della tumefazione, la p. decide di farsi ricoverare in Clinica.

Es. *obb. gen.* - Costituzione robusta, condizioni generali buone. Pannicolo adiposo abbondante; masse muscolari toniche e trofiche. Polso valido, un po' duro: 74. Pr. R. R. 175-135. Temperatura  $36^{\circ},7$ .

All'esame degli organi interni non si rileva nulla di patologico all'infuori dei segni di un discreto enfisema polmonare. I toni cardiaci sono un po' lontani: non rumori patologici. Non punti dolenti addominali.

In ambedue le ginocchia si notano segni clinici di artrite deformante.

Es. *locale.* - Nel terzo inferiore della faccia mediale della coscia sinistra si rileva una tumefazione della grossezza di un pugno di adulto, a forma di ovoide schiacciato, con grosso polo inferiore. In basso essa arriva fino alla linea articolare, in alto al disotto del limite fra il terzo medio e il terzo inferiore della coscia. La cute che ricopre la tumefazione è di colorito normale; vi è però un discreto reticolo venoso.

Alla palpazione si rileva che la cute si solleva in pieghe sopra la tumefazione. Questa presenta limiti netti, superficie lievemente ondulata, consistenza dura, quasi lignea. È mobile in senso trasversale sul piano osseo; fissa in senso longitudinale. Segue i movimenti dei muscoli della parte interna della coscia: colla con-



Fig. 4

trazione muscolare si annulla la sua mobilità in senso trasversale.

Es. urine: negativo. R. W.: negativa. Costante ureo-secretoria di Ambard: 0,06.

Dai primi documenti radiografici è anzitutto apprezzabile l'esistenza di una forma di osteoartrosi deformante osteofitaria, interessante per altro anche il ginocchio destro.

Da altre radiografie (del 23 marzo 1938 - figg. 1-2) si rileva invariato il quadro sopra-citato. Si pone però anche in evidenza la presenza di una massa calcificata sopracondiloidea antero-laterale interna, delle parti molli, delle dimensioni di un mandarino, ad opacità non uniforme, di aspetto zigrinato.

La massa, principalmente, è composta di strie di opacità che non seguono in modo regolare l'orientamento dei fasci muscolari; che sembrano anzi irradiare da un nucleo eccentrico. Alla periferia la massa appare a calcificazioni sfrangiate. La formazione si avvicina, ma non lo interessa, al piano scheletrico.

In ulteriori radiogrammi (del 10-VIII-1938 - figg. 3-4) si nota, rispetto ai precedenti, un maggiore sviluppo della formazione che appare più opaca e sembra anche terminare con un aspetto a spicule.

*Operazione* (Prof. MORONE) 12-X-1938. - Anestesia generale ossiteterea. Asportazione del gros-

so tumore sviluppato a carico del vasto interno della coscia; ricostruzione del piano profondo muscolare, sutura dei tegumenti.

Decorso postoperatorio regolare, guarigione primaria. L'a. è dimessa il 31-X-1938.

*All'esame macroscopico* (fig. 5) il tumore presenta la forma di un ovoide un po' schiacciato. È ovunque rivestito da una capsula, a cui aderiscono intimamente segmenti del muscolo asportato.

La consistenza è duro-cartilaginea, in certi punti lignea.

*Esame microscopico.* - Vengono fatte sezioni di pezzi prelevati in vari punti del tumore e nella zona di passaggio fra questo e il muscolo.

L'aspetto microscopico, sebbene conservi fondamentalmente le medesime caratteristiche, varia gradatamente, se pur molto irregolarmente, procedendo dal centro verso la periferia del tumore.

Nelle parti periferiche la struttura è, senza dilungarci in particolari descrittivi, essenzialmente mista fibroso-cartilaginea: il tessuto fibroso assume per lo più la disposizione a strisce e a fasci con tendenza a circondare aree rotondeggianti a struttura condrale. Nelle zone di contatto il passaggio da un tipo all'altro di tessuto può avvenire bruscamente (fig. 6) o per trasformazione più graduale dei caratteri cellu-



Fig. 5

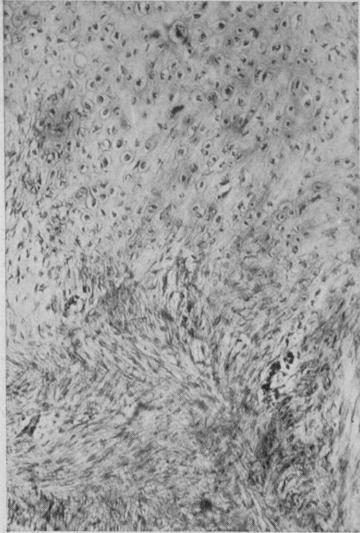


Fig 6

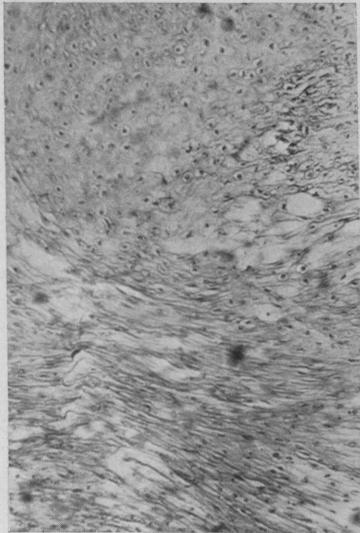


Fig. 7

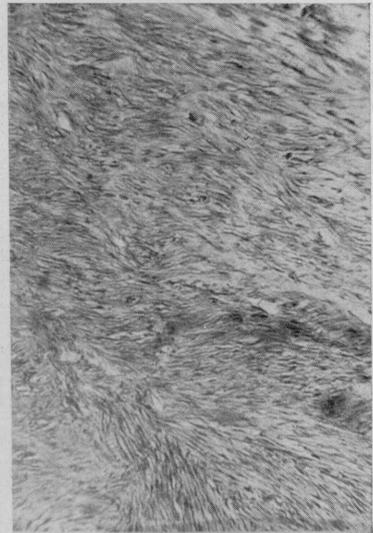


Fig. 8

lari (fig. 7). Vi sono però, specialmente in immediata vicinanza della capsula, delle aree a struttura puramente fibrosa (fig. 8).

Procedendo verso il centro il tessuto fibroso scompare gradatamente e il tumore assume, per la più gran parte della sua estensione, una struttura essenzialmente cartilaginea. La distribuzione delle cellule nella sostanza fondamentale è in generale piuttosto irregolare; esse sono però circondate da una capsula ben netta che rac-

chiude uno o due nuclei (fig. 9). Le cellule sono per lo più rotondeggianti, soltanto in certe zone tendono ad assumere un aspetto stellato.

Verso le parti centrali del tumore si mette in evidenza un altro fatto: la comparsa di depositi calcarei nella sostanza fondamentale con una tendenza sempre più spiccata a veri processi ossificanti. In certe zone si vede che la ipercolorabilità con l'ematosilina è poco marcata e localizzata alle zone pericapsulari (fig.

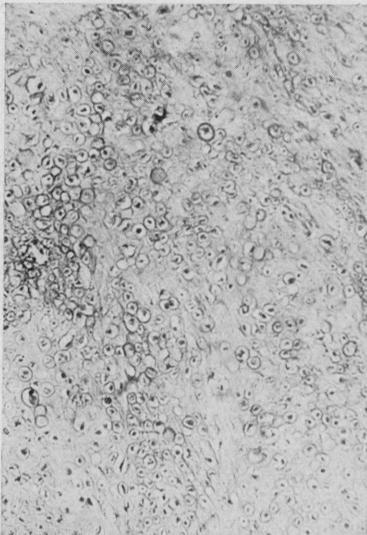


Fig 9

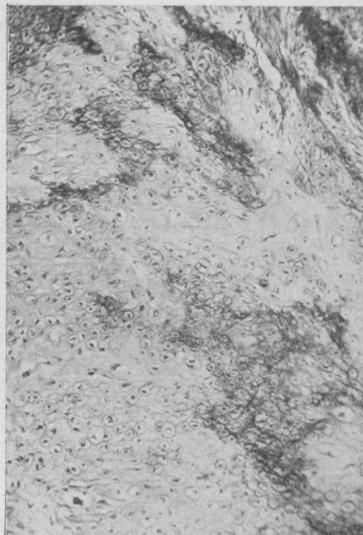


Fig. 10

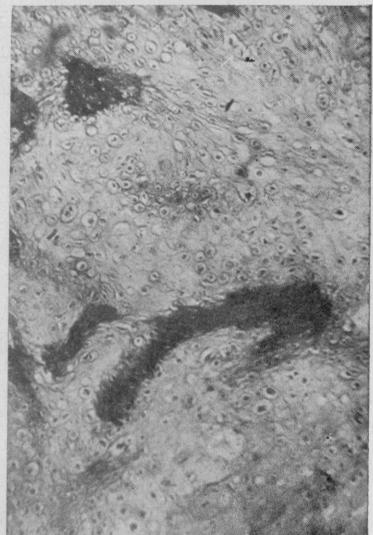


Fig. 11

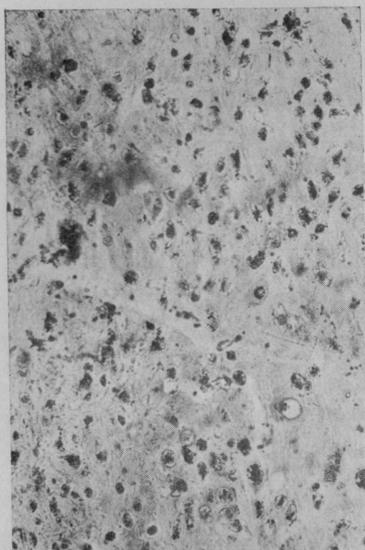


Fig. 12

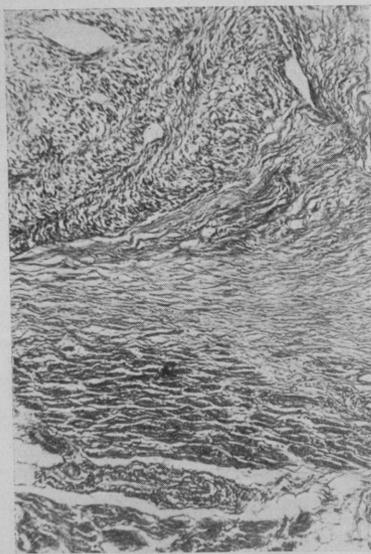


Fig. 13

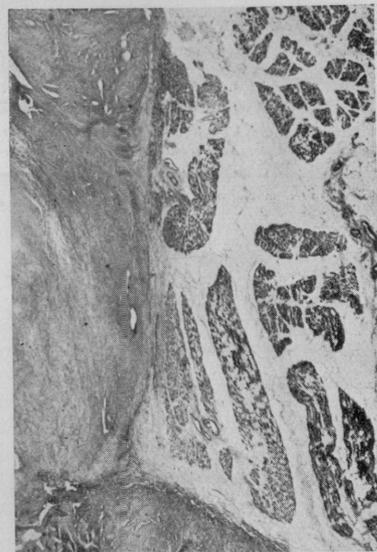


Fig. 14

10). Si fa poi sempre più accentuata finché si formano nel tessuto cartilagineo delle aree più meno estese ad aspetto nettamente osteoide (fig. 11).

Sezioni al congelatore colorate con Sudan III, mettono in rilievo per quasi tutta la parte cartilaginea del tumore la presenza nelle cellule di piccole sferule di grasso più o meno numerose e voluminose a seconda delle zone (fig. 12).

Nelle zone di contatto fra tumore e muscolo, si vede chiaramente il graduale passaggio attraverso un tessuto di aspetto di connettivo compatto, dal tessuto propriamente muscolare a quello fibromatoso della parte periferica della neoplasia (figg. 13-14).

Come si è in precedenza accennato e come risulta chiaramente dal repertorio istologico, non si tratta nel nostro caso di un condroma puro, ma di un tumore misto presentante aree con aspetto di fibroma e di osteoma.

Sia l'una che l'altra neoplasia, isolatamente considerate, sono pure, nei muscoli striati, fra le più rare. Riguardo al fibroma alcuni AA. ne negarono nel passato l'esistenza, interpretando che le neoformazioni con questo aspetto che vengono

ritrovate nei muscoli, siano invece conseguenza di processi infiammatorii (JACOBELLI), oppure derivanti da altri tessuti (HUGUIER, GUYON). Alcune osservazioni però, sia pure in numero limitato (LANGEMBECK, LABBÉ, REMY, BOLOGNESI, SALTO), non sembrano lasciar dubbi sulla sua esistenza.

L'osteoma vero dei muscoli rappresenta poi, secondo CALZOLARI, una eccezionalità veramente rilevante, se non gli è stato possibile trovarne ricordato nessun caso nella letteratura.

Non ci è stato possibile poi trovare nei lavori consultati riferimenti alla frequenza con cui queste strutture tumorali, rarissime, se da sole a costituire la neoplasia, possano invece entrare nella costituzione dei tumori misti dei muscoli striati. Data però la frequenza di questi ultimi è presumibile, che debbono essere proporzionalmente meno rare. Sembra, in particolare, relativamente comune la presenza nel condroma di zone di ossificazione (LEINER, CALZOLARI), come si è visto nella nostra osservazione.

Riguardo all'origine del tumore non crediamo di avere alcun elemento preciso per prendere una posizione definita fra l'ipotesi di COHNHEIM e quella della metaplasia. Ci sembra tuttavia che i quadri istologici descritti ed illustrati, con trasformazione degli elementi cellulari da un tipo ad un altro, stiamo più in appoggio della teoria metaplastica.

Neppure possiamo stabilire un rapporto causale fra trauma e tumore: questo era sicuramente preesistente al trauma, e sarebbe possibile al più ammettere che l'a-

zione traumatica ne abbia stimolato l'accrescimento.

Dal punto di vista strutturale il tumore non presenta nulla di eccezionale: c'è da far notare soltanto la particolare diffusione ed abbondanza della sostanza grassosa nelle cellule cartilaginee.

La mancanza poi di qualsiasi accenno a trasformazione maligna e l'ablazione chirurgica completa anche della base d'impianto del tumore, sembrano sufficienti elementi di tranquillità prognostica.

#### RIASSUNTO

L'A. ha osservato un tumore della grandezza di un pugno di adulto, a struttura di condro-fibro-osteoma, sviluppatosi a carico del vasto interno della coscia sinistra, in una donna di 67 anni.

Mette in rilievo la particolare rarità di simili neoplasie primitive dei muscoli striati e propende per l'origine metaplastica del tessuto cartilagineo.

#### BIBLIOGRAFIA

Per indicazioni bibliografiche complete consultare i lavori:

CALZOLARI T. - I tumori primitivi dei muscoli striati. *Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena. Studi della Facoltà Medica Senese*, vol. IV, fasc. 2, pp. 47-108, 1936.

LEINER W. - Ueber ein paravertebrales Enchondrom der Rückenmuskulatur. *Deutsch. Zeit. f. Chir.*, Bd. 1, Heft. 2, pp. 161-166, 1931.

MEYENBURG H. - V. Geschwülste der Muskeln. in: HENKE-LUBARSCH: *Handbuch der spez. pathol. Anatomie und Histologie*. Bd. IX, p. 454, Berlin 1929.

SALTO G. - Contributo alla patologia dei muscoli: i neoplasmii muscolari primitivi con particolare riguardo al fibroma. *L'Ospedale Maggiore*, anno XXIII, n. 8-9, pp. 485-593, agosto-settembre 1935.



