

Mo. B 70/5.

5

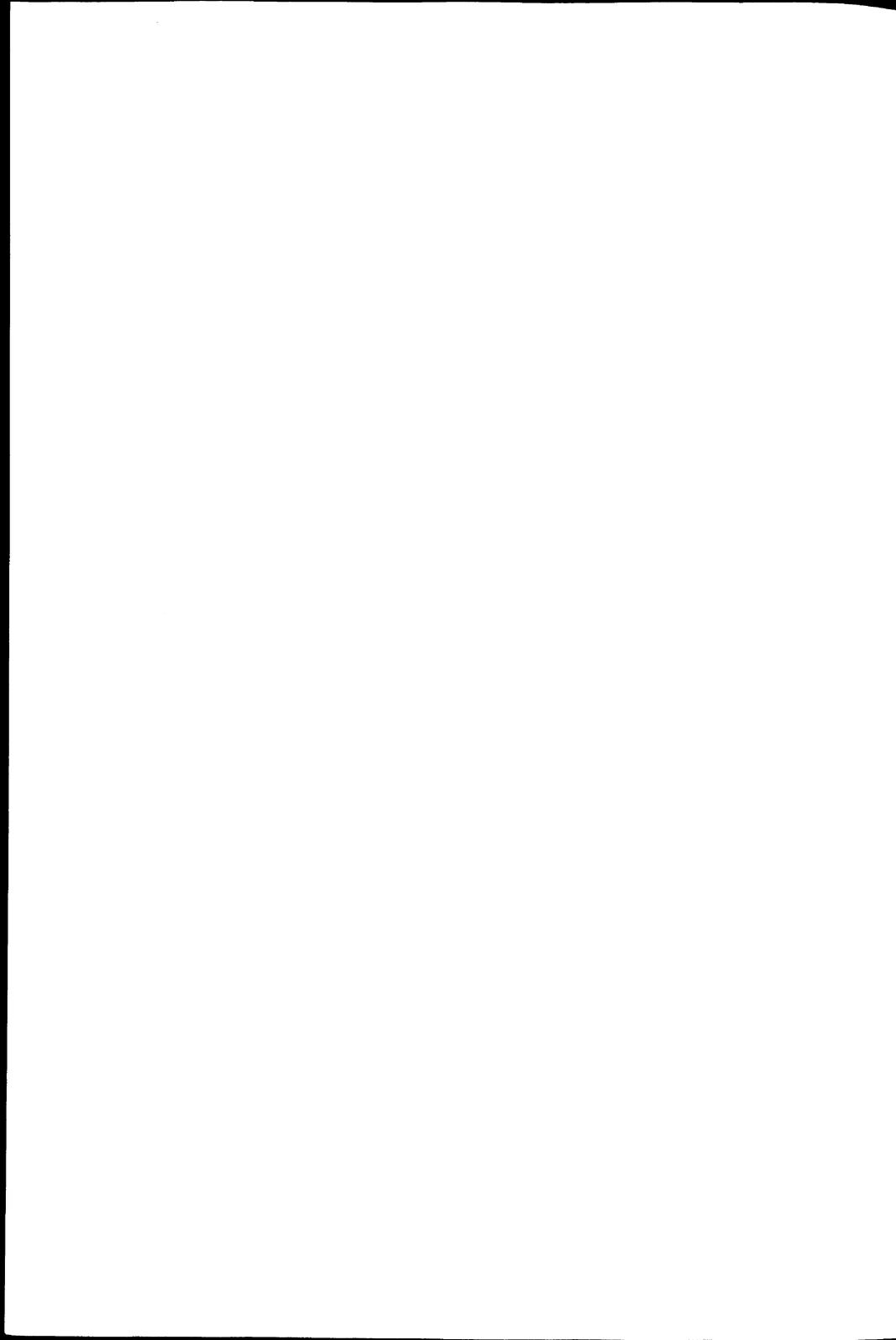
Prof. SALVATORE CITELLI



Su una nuova malattia simmetrica
delle tonsille palatine

ESTRATTO DA "MEDICINA E BIOLOGIA" - VOL. II, 1943-XXI

Esentato dal commercio per
la mancanza degli effetti di
legge.



PROF. SALVATORE CITELLI

Su una nuova malattia simmetrica
delle tonsille palatine

ESTRATTO DA "MEDICINA E BIOLOGIA", - VOL. II, 1945-XXI

SALVATORE CITELLI

SU UNA NUOVA MALATTIA SIMMETRICA
DELLE TONSILLE PALATINE

(DEGENERAZIONE NODULO-POLICISTICA COLESTEATOMATOSA)

L'AUMENTO di volume più o meno marcato e con decorso più o meno lungo di una o di entrambe le tonsille palatine, senza sintomi infiammatori acuti (dolore, specie durante la deglutizione, febbre, ecc.), può essere causato da diverse malattie delle tonsille oppure generali.

Spesso esso è dovuto alla cosiddetta ipertrofia tonsillare, prodotta in massima parte dalla iperplasia del tessuto linfoide delle tonsille per iperattività linfoblastica dei suoi centri germinativi, e in parte - specie nei giovani e adulti - da iperplasia dello stroma connettivale tonsillare, nonché dei relativi setti fibrosi e della capsula. Tale ipertrofia con decorso lungo di parecchi anni per lo più è bilaterale, ma non di rado soltanto o quasi unilaterale, ed è causata da lievi processi di amigdalite cronica, in soggetti predisposti per la loro costituzione linfatica o anche uricemica.

Nei suddetti casi, osservando le fauci dei relativi infermi (per far bene ciò si fa aprire loro la bocca e si abbassa dolcemente la loro lingua tenuta dentro la bocca e floscia) si vedrà la o le tonsille ipertrofiche più o meno sporgenti dai pilastri, sovente con lacune tonsillari numerose, variamente profonde: di solito non si palpano ghiandole linfatiche sottomascellari ingrossate.

In qualcuna o alcune di queste lacune non di rado - specie nei giovani e adulti - si osservano degli zaffi biancastri di cosiddetta

sostanza caseosa, costituita in gran parte da cellule desquamate dell'epitelio di rivestimento e da leucociti più o meno alterati, nonchè da germi vari soprattutto piogeni in fase vitale saprofitica. Tali zaffi caseosi si lasciano più o meno facilmente estrarre premendo sulla tonsilla oppure introducendo dentro le lacune il bottone di uno specchio.

L'ipertrofia tonsillare con numerosi zaffi caseosi viene chiamata *ipertrofia con tonsillite caseosa cronica*. L'ipertrofia tonsillare semplice, oppure caseosa, d'ordinario non provoca sintomi di rilievo, salvo, alle volte, un senso di impaccio in gola.

Bisogna poi distinguere la forma caseosa di ipertrofia tonsillare dalla cosiddetta *paracheratosi tonsillare*. In questa il fondo delle cripte all'esame microscopico si trova riempito da cumuli stratificati di cellule corneificate, vere perle colesteatomatose, formatesi in seguito a estesa e abnorme corncificazione dell'epitelio, che tappezza una o alcune cripte tonsillari. I casi di paracheratosi tonsillare – al contrario della tonsillite caseosa – sono relativamente rari e sono favoriti da qualche causa che provoca ritenzione in qualche lacuna o cripta (Dietrich, Otto Mayer).

L'ingrossamento – per lo più massivo e unilaterale – delle tonsille palatine con decorso assai più rapido che nelle ipertrofie (di alcuni mesi o qualche anno) è prodotto anche dai *tumori più o meno maligni* delle tonsille, i quali, ormai, sono divenuti piuttosto frequenti in qualsiasi età, ma specialmente nei giovani e adulti. La tonsilla affetta allora – senza febbre e, nella prima fase, senza neanche dolori o sofferenze di rilievo – si presenta più o meno notevolmente ingrossata e sporgente dai pilastri verso l'ugola, e i malati avvertono solo un senso di impaccio in gola più o meno marcato. Ciò fino a quando il tumore non si ulcera, nel quale stadio esso provoca dolore in principio non intenso specie durante la deglutizione. Il colorito della tonsilla varia dal roseo al rosso o anche grigiastro, e non ha notevole importanza diagnostica.

Istologicamente i tumori maligni delle tonsille palatine possono essere epiteliali o mesenchimali. I primi sono degli epitelioni, per lo più spinocellulari, alle volte basicellulari; essi ulcerano piuttosto presto e allora provocano dolore. Nelle forme mesenchimali si può trattare: di sarcomi a piccole oppure a grosse cellule

rotonde, di sarcomi fascicolati ovvero polimorfi, di linfo sarcomi, di linfo blastomi tonsillari o di reticolo-sarcomi. In tutte queste forme sarcomatose la tonsilla, per lo più, si mostra globosa, più o meno sporgente dai pilastri, con superficie non liscia o un po' bernoccoluta, e ulcera piuttosto tardivamente.

Non di rado nelle forme mesenchimali — specie in quelle linfo blastiche — è il decorso clinico con accrescimento rapido che fa porre la diagnosi di tumore maligno, perchè il reperto istologico è poco netto per far porre la diagnosi di tumore maligno e potrebbe far commettere dei gravi errori.

I tumori maligni delle tonsille si accompagnano — ma non sempre — a metastasi ghiandolare sottomascellare, specialmente le forme epiteliali e linfo sarcomatose. Ma il progressivo aumento di volume della tonsilla affetta nel corso di alcuni mesi o di un anno, e la tendenza all'invasione degli organi vicini rappresenta il sintoma che ha il massimo peso sulla diagnosi, perchè le metastasi sottomascellari nei primi mesi sogliono mancare, e ingrossamenti ghiandolari si possono trovare anche nei semplici processi infiammatori non acuti.

Lo stato generale in principio è ottimo, ma dopo molti mesi esso decade gradatamente sempre più, fino alla cachessia.

Oltre che nei tumori maligni le tonsille palatine — spesso una sola — possono aumentare notevolmente e massivamente di volume nel corso di qualche anno, nei casi piuttosto rari di plasmocitoma oppure di linfo citoma, che vengono diagnosticati con l'esame microscopico. Essi rappresentano non dei veri tumori, ma delle neoformazioni costituite in gran parte di plasmacellule, nei plasmocitomi, e — nei linfo citomi — di linfo citi in proliferazione; ma non atipici e senza tendenza a invadere la capsula tonsillare, come avviene nel linfo sarcoma.

Nelle *linfoadenosi aleucemiche* croniche spesso in entrambe le tonsille sorgono dei linfo mi voluminosi piuttosto molli con poca tendenza alla ulcerazione.

Ricorderò, infine, che nella linfo granulomatosi maligna, malattia generale soprattutto del sistema ghiandolare linfatico, le tonsille possono presentarsi entrambe ingrossate massivamente; ma il loro

ingrossamento è accompagnato da ingrossamento indolente e a decorso cronico delle ghiandole linfatiche latero-cervicali e sotto-mascellari, a cui poi segue quello delle ghiandole ascellari, inguinali ecc.

Nello stadio in cui l'ingrossamento ghiandolare — che accompagna quello delle tonsille — è limitato al collo, si può pensare a un vero linfosarcoma tonsillare con metastasi latero-cervicali. Allora, però, la biopsia di un pezzo di tonsilla o di qualche ghiandola, nella linfogranulomatosi di solito farà trovare le caratteristiche cellule di Sternberg, che invece mancano nel linfosarcoma. Inoltre nella linfogranulomatosi all'ingrossamento delle ghiandole cervicali segue quello delle ghiandole ascellari e poi inguinali.

Fra gli autori italiani che hanno portato il loro contributo su questi argomenti ricorderò: Alagna, Battaglia, Brunetti Federico, Bruzzi, Bruzzone, Caccia, Caliceti, Campo, Carnevale-Ricci, Citelli, Cozzolino Vincenzo, Dionisio, Di Vestea, Donadei, Fedeli, Ferreri Giorgio, Garbini, Gradenigo, Graziani, Prota, Pusateri, Simeoni, Vigi, Zanetti ecc.

Dopo avere sommariamente ricordato le malattie delle tonsille palatine che possono avere qualche lontana rassomiglianza con l'eccezionale caso clinico che io ho avuto l'occasione di osservare e studiare, passo alla descrizione di esso, che veramente merita la particolare attenzione degli studiosi.

Nel mese di novembre dell'anno 1941 osservai una ragazza di 15 anni nella quale entrambe le tonsille palatine presentavano un aspetto strano, che mi diede subito l'impressione di trovarmi dinanzi a una nuova malattia delle tonsille palatine, mai osservata in tutta la mia quarantennale attività clinica e della quale non ricordavo esistessero esempi identici nella letteratura.

Trattavasi di una ragazza di Randazzo (Catania), per il resto sana e senza notevoli sofferenze in gola, salvo un senso di impaccio e di pienezza verso le fauci. Nella sua anamnesi, sia personale che familiare, non figuravano dati degni di particolare rilievo, tranne che nel 1939 essa era stata operata di gozzo dell'istmo della ghiandola tiroide delle dimensioni di un pugno, operazione riuscita bene e dopo della quale non ebbe a risentire alcuna conseguenza.

PROF. SALVATORE CITELLI

*Su una nuova malattia simmetrica delle tonsille palatine (Degenerazione
nodulo-policistica colesteatomatosa)*

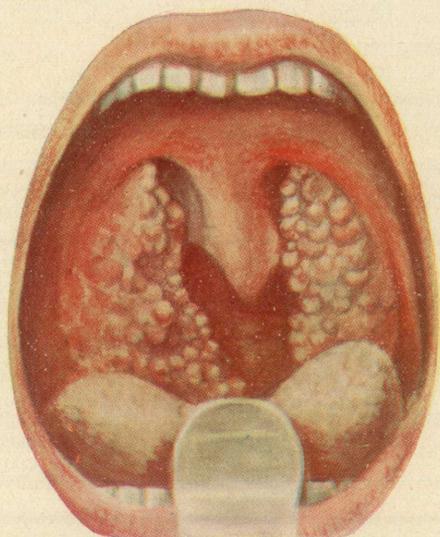


Fig. 1. - Superficie delle due tonsille palatine con
degenerazione nodulo-cistica colesteatomatosa.

PROF. SALVATORE CITELLI

Su una nuova malattia simmetrica delle tonsille palatine. (Degenerazione nodulo-policistica colesteatomatosa)



Fig. 5. - Epitelio di rivestimento normale (piatto polistratificato) della superficie tonsillare, il quale, appena comincia ad infossarsi nel tessuto tonsillare, subisce la degenerazione paracheratosica, che si accentua rapidamente quando si approfonda nel tessuto tonsillare per formare la cisti.

Osservando invece le fauci, restai impressionato nel constatare che la superficie di entrambe le tonsille palatine, invece di presentarsi relativamente liscia con le ben note lacune, si presentava tutta cosparsa di decine di sporgenze rotondeggianti del diametro di mm. 3 a 5 circa, serrate le une alle altre. Sporgenze lisce, senza orifizi macroscopicamente visibili di comunicazione con l'esterno, di colorito roseo, di consistenza duro-elastica, indolenti anche alla pressione. Le due tonsille in tal modo alterate si presentavano larghe e abbastanza aumentate di volume, notevolmente sporgenti dai pilastri, e con un aspetto d'assieme che somigliava a quello di una pannocchia di granoturco (vedi fig. 1).

Oltre la suddetta alterazione, ripeto impressionante, delle due tonsille, non esisteva nulla di patologico in faringe, palato, bocca, laringe, fosse nasali.

Non si potè stabilire da quanto tempo si era iniziata la detta malattia tonsillare, ma l'inferma ricorda che da anni aveva notato l'ingrossamento delle due tonsille.

Non esistevano sintomi infiammatori, nè la paziente aveva sofferto attacchi di angina acuta.

Data la notevole alterazione di tutta la superficie (compresa quella coperta dai pilastri) di entrambe le tonsille palatine, il decorso evidentemente cronico e probabilmente progressivo, lo stato generale ottimo, la assenza di epistassi e di altre emorragie, quantunque le sofferenze fossero lievi, piuttosto che asportare in primo tempo un pezzetto di tonsilla per la biopsia, consigliai senz'altro la enucleazione più completa possibile di entrambe le tonsille, riserbandomi poi di praticare l'esame anatomico macro- e microscopico di esse.

Dopo averla opportunamente preparata, abbiamo fatto ricoverare l'inferma in clinica e le abbiamo praticato - senza inconvenienti di sorta - la enucleazione della tonsilla destra e dopo due giorni anche di quella sinistra. L'emorragia operatoria fu limitata, l'esecuzione dell'operazione non presentò nulla di particolare, il decorso post operatorio fu regolare.

Le due tonsille presentavano tutta la loro superficie (anche quella coperta dai pilastri) cosparsa di bottoni sferoidali serrati gli uni agli altri, che ricordano appunto i grani di una pannocchia di gran-

turco. La tonsilla destra venne prima sezionata con un taglio frontale del bisturi per l'esame macroscopico, e poi alcuni tratti di essa vennero fissati, opportunamente preparati, inclusi in paraffina, sezionati al microtomo e colorati con diversi metodi di colorazione. Dall'esame delle sezioni microscopiche risulta che le sporgenze

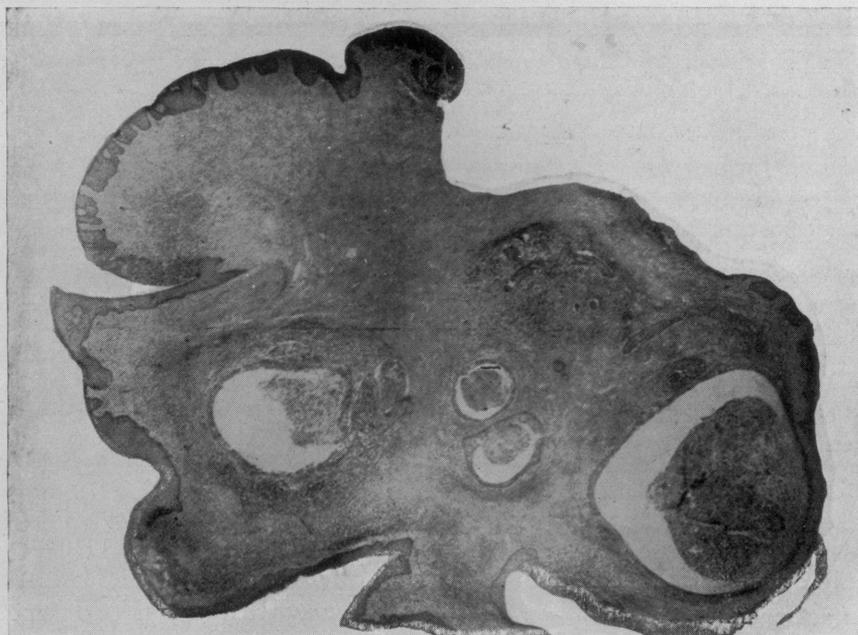


Fig. 2. - Sezione della tonsilla destra. Bottoni tonsillari contenenti delle cisti colesteatomatose. (Microfotografia - ingr. 10 diametri).

sferoidali, le quali coprivano tutta la superficie delle tonsille, sono costituite da bottoni di tessuto tonsillare. In ciascuno di tali bottoni, in mezzo alla infiltrazione diffusa parvicellulare con alcuni follicoli linfatici, esistono formazioni cistiche più o meno numerose e di dimensioni diverse (vedi fig. 2), per lo più visibili anche macroscopicamente. Sia la formazione dei bottoni o nodi suddetti, come la formazione delle cisti erano dovute a invaginazioni dell'epitelio di rivestimento della superficie tonsillare. Questo, proliferando qua e là in profondità verso il tessuto tonsillare, con degli zaffi o tra-

vate circoscrive e dà luogo alla formazione dei bottoni (vedi fig. 2). Oltre a ciò, verso la superficie dei singoli bottoni tonsillari, lo stesso epitelio di rivestimento, introflettendosi più o meno in punti ristretti nel tessuto tonsillare, ma sempre superficialmente, dà luogo alla formazione delle cisti.

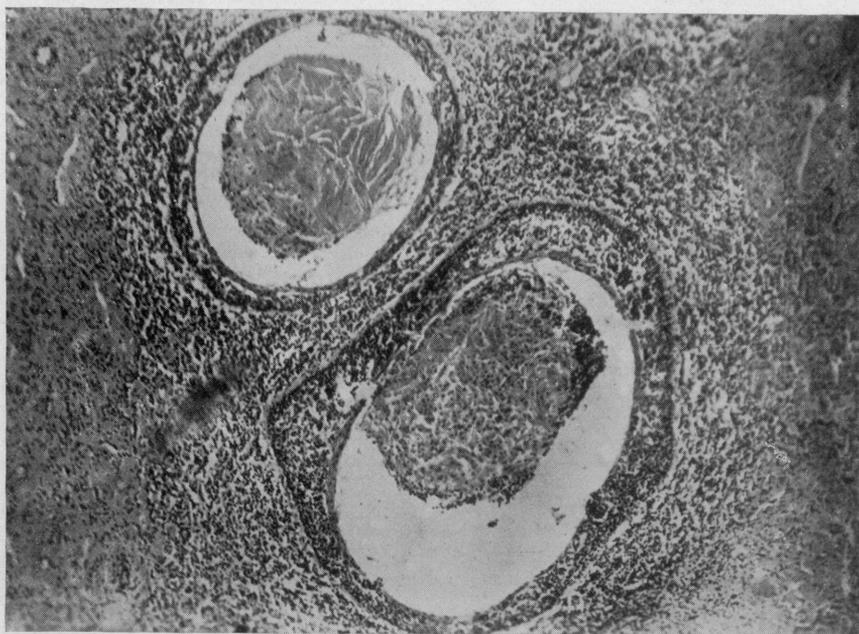


Fig. 3. - Due cisti con le pareti connettivali di struttura tonsillare e il contenuto epiteliale in fasi diverse di paracheratosi. (Microfotografia - ingr. 75 diametri).

Le cisti sono costituite (fig. 3) di una parete connettivale di struttura tonsillare, ma con aumento di numero e di spessore delle fibre circostanti alla cavità cistica. Attorno a tale parete con stroma aumentato si trova tessuto tonsillare quasi normale con infiltrazione parvicellulare diffusa e alcuni follicoli chiusi. La parete connettivale, poi, della cisti è tappezzata e completata all'interno dall'epitelio di rivestimento che abbondantemente si desquama e forma il contenuto della cisti (fig. 3 e 4). Alla superficie della tonsilla l'epitelio di rivestimento presenta l'aspetto normale, ma

diventa in tutti i suoi strati corneo o quasi (cheratosico) appena si approfonda nel tessuto tonsillare per formare le cisti (vedi fig. 5). e poi per tutta la circonferenza delle cisti. Inoltre gli strati superficiali di tale epitelio endocistico più o meno corneificato, desquamando, formano il contenuto della cisti (vedi fig. 3 e 4), mentre quelli profondi meglio conservati e addossati alla parete connettivale della cisti, formano insieme con questa la parete completa delle relative cisti.

Nelle vicinanze delle cisti poi, e più profondamente, esiste aumento dello stroma connettivale e anche di piccoli vasi, stroma e vasi i quali presentano una tendenza più o meno marcata alla ialinosi. Sono inoltre scomparse le ghiandole mucose abituali nelle tonsille e anche le lacune tonsillari, formazioni che si riscontrano nelle tonsille sia normali che ipertrofiche o affette da amigdalite cronica. Si è trattato quindi essenzialmente in questo nostro strano caso di una proliferazione di zaffi epidermici in profondità (verso il tessuto tonsillare), con prevalente evoluzione cheratosica dell'epitelio e conseguenziali modificazioni dei vicini tessuti connettivali. Non esistevano sintomi notevoli di processi infiammatori neanche all'esame microscopico.

In base dunque ai reperti istologici suaccennati, bisogna ammettere che questo strano processo patologico delle tonsille si sia iniziato con le gettate profonde dell'epitelio di rivestimento dentro il tessuto tonsillare, le quali provocarono la formazione dei bottoni globosi di tessuto tonsillare. Contemporaneamente o quasi si sono avverate le invaginazioni superficiali e puntiformi dello stesso epitelio di rivestimento dentro i bottoni di tessuto tonsillare, con la consecutiva formazione di numerose cisti con contenuto di epitelio piatto in fasi diverse di degenerazione cornea. Alla formazione di tali cisti è seguita la sofferenza connettivale dello stroma e della parete dei piccoli vasi con fenomeni di ialinosi.

Si tratta quindi di un singolare processo patologico neofornativo epiteliale, simmetrico delle due tonsille palatine, del quale non esistono nella letteratura - a quanto mi risulta - casi identici. Ma è da prevedere che, guidati dall'esempio di questo mio caso, altri colleghi finiranno con lo studiare e pubblicare dei casi identici. La simmetria della malattia che ha interessato quasi ugualmente

tutte e due le tonsille palatine, fa pensare che sul sorgere di essa abbia influito qualche particolare predisposizione embrionale della regione delle due logge tonsillari. Forse vi avranno influito pure i processi di accelerato sviluppo generale e di iperfunzione endocrina legati al periodo della pubertà.

*SU UNA NUOVA
MALATTIA SIM-
METRICA ECC.*

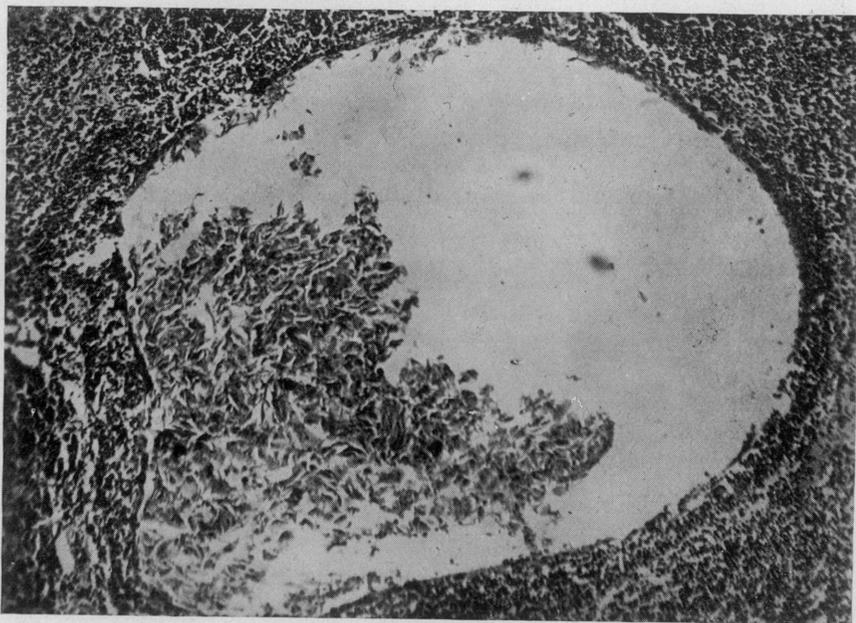


Fig. 4. - Una cisti più grande di quelle della fig. 3.
(Microfotografia - ingr. 75 diametri).

Accennerò che nella patologia della cute il cosiddetto, impropriamente, epitelioma adenoide cistico o malattia di Brooke - processo patologico ancora non ben definito nettamente - ricorda in qualche modo la neoformazione tonsillare cistica da noi descritta. Anche nella malattia di Brooke sorgono sulla cute dei tumoretti rotondeggianti e continui fra loro in rapporto con la relativa epidermide (oppure con l'epitelio dei follicoli piliferi), la quale epidermide irradia profondamente dei cordoni epiteliali. Tali noduli contengono delle cisti con contenuto lamellare concentrico stratificato e parete epi-

teliale di diversi strati di cellule. Queste cisti, visibili anche macroscopicamente, sono come milii situati nel nodulo neoformato. Detta malattia prevale molto nelle donne (30 donne su 43 casi) e di solito sorge durante e dopo la pubertà.

Però le cisti nella malattia cutanea di Brooke sono da considerare di solito come cisti da ritenzione delle ghiandole sudoripare, mentre nella malattia delle tonsille palatine che noi abbiamo sinteticamente illustrato, trattasi di ben altro processo patologico. La malattia di Brooke per lo più è familiare, mentre nel caso nostro la madre da noi osservata non presentava nulla di simile, e neanche nel resto della famiglia sembra esistano casi somiglianti.

RIASSUNTO

L'A. ricorda prima le malattie locali o generali che provocano notevole aumento di volume di una o di entrambe le tonsille palatine, con decorso di molti mesi o anni. Dopo ciò l'A. illustra una nuova malattia simmetrica delle due tonsille palatine, caratterizzata dalla presenza di bottoni sferici di tessuto tonsillare che ricoprivano tutta la superficie delle due tonsille ingrossate. Tali bottoni contenevano anche delle cisti con parete connettivale di tessuto tonsillare e contenuto epiteliale (proveniente dall'epitelio di rivestimento) in fasi diverse di degenerazione cheratosica.

97826

~~348166~~

Esemplari fuori commercio per
la Biblioteca di Anatomia e Fisiologia di
Pavia

1000



