

Mbia B73/

15

36
214

Dott. DOMENICO MARTINI - assist.

Dall'Istituto di Patologia Chirurgica e Prop. Clinica dell'Università di Cagliari
Direttore: Prof. R. Redi.

I neoplasmi dell'appendice vermiforme

Estratto da «CLINICA NUOVA»

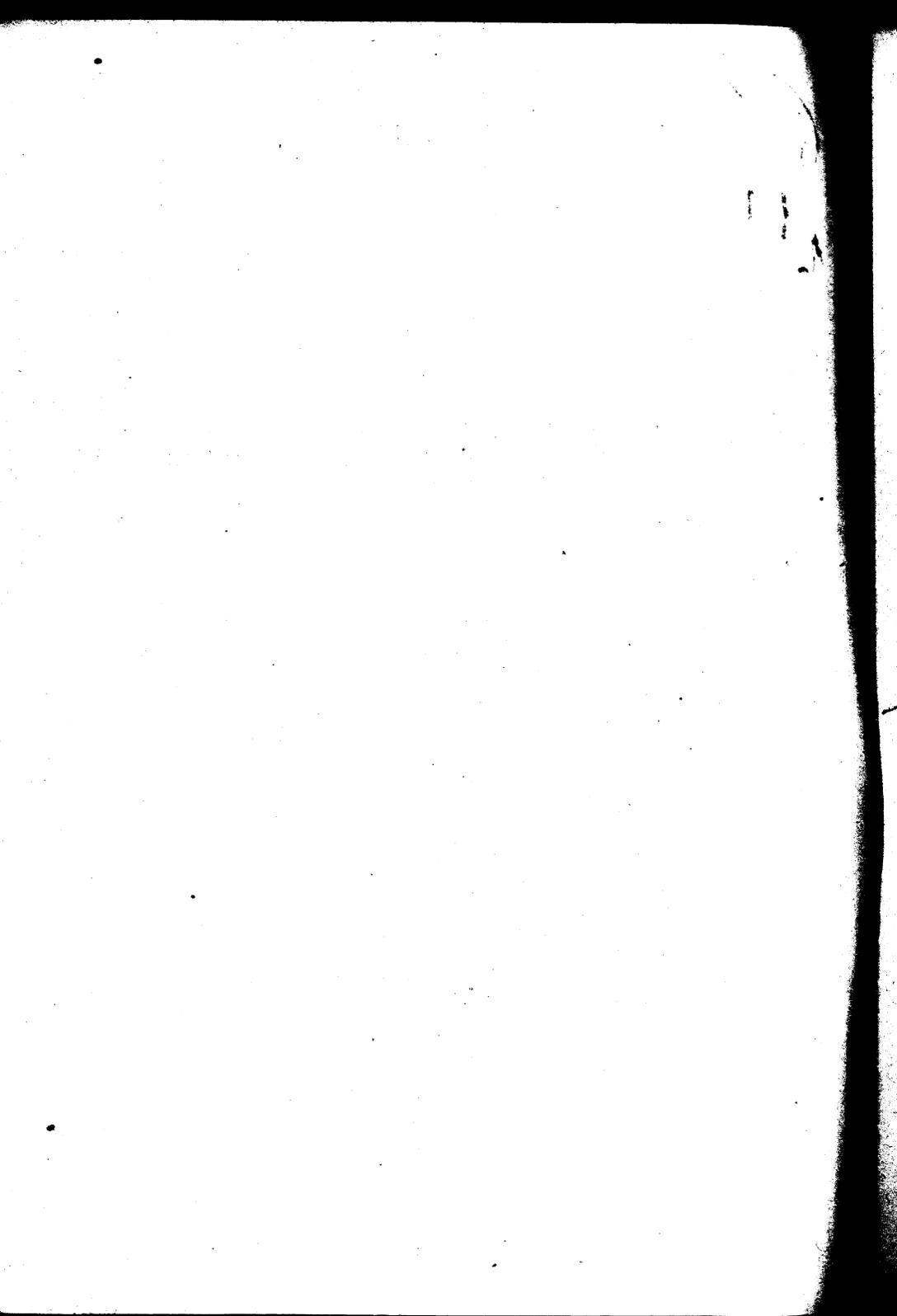
Luglio 1946 A. II - N. 7

«CLINICA NUOVA»

RASSEGNA DEL PROGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE

ROMA - VIALE XXI APRILE, 13 - TEL. 82458



I tumori dell'appendice vermiforme, considerati fino a qualche tempo fa come rarissimi, hanno perduto molto di questa caratteristica, specie per alcune forme, in seguito al contributo sempre crescente di osservazioni.

Scorrendo la letteratura si nota che la constatazione di alcune neoplasie (carcinoma, cancroide) è divenuta assai frequente mentre invece le neoplasie (fibromi, miomi, fibromiomi, mixomi), derivanti dal foglietto mesodermico, rappresentano tuttora un reperto eccezionale.

Il primo tumore dell'appendice reso noto in letteratura è quello di Merling che nel 1838 descrisse un caso di cancroide. Nel 1891 Rubli pubblicò un'osservazione di fibromixoma ed in seguito la letteratura si è arricchita sempre più di contributi anatomico-patologici e clinici anche rari.

Il tumore dell'appendice più frequentemente osservato è il cancroide di cui sono state rese note alcune centinaia di osservazioni; segue in ordine di frequenza il carcinoma di cui, secondo quanto ho potuto raccogliere, sono stati pubblicati quasi 400 casi; molto meno frequente è il sarcoma (30 osservazioni). Gli altri tumori sono stati osservati in minor numero e cioè: fibromioma (18 casi), fibroma (6 casi), mixoma (5 casi), fibromixoma (4 casi), mioma (3 casi), adenoma (3 casi), angiofibroma (1 caso, mixoliopoma (1 caso), mixofibromioma (1 caso), miosarcoma (1 caso).

Dalla letteratura sull'argomento si rileva come i tumori dell'appendice sono quasi sempre una sorpresa operatoria o di autopsia. Risulta inoltre che la loro diagnosi clinica di certezza è quasi impossibile ed ardua quella di probabilità, non esistendo sintomi patognomnici nè sindromi caratteristiche dei tumori dell'appendice. Infatti, in molti casi, i tumori appendicolari, specialmente se di piccole dimensioni (siano essi benigni o maligni), decorrono senza alcuna apprezzabile alterazione dello stato generale e senza alcun sintomo obiettivo o subiettivo, tanto che la neoplasia sovente è reperita in occasione di intervento su altro organo (ovaio, coleciste).

Ho ritenuto opportuno riunire i tumori dell'appendice secondo uno schema, non tanto per stabilire una classificazione, quanto per segnalare i

vari casi descritti in letteratura e raggrupparli seguendo un criterio istologico.

I. — *Tumori originati da tessuti connettivali:*

a) A tipo maturo:

Fibroma (Deaver, Anam e Busser, Delitala, Oggioni, Capriglione, Paolucci);
 Mixoma (Znoiemsky, Dandy, Norment);
 Fibromixoma (Monnier, Tagliavacche e Sacco, Boese, ecc.);
 Mizolipoma (Fontanesi).

b) A tipo immaturo:

Sarcoma a piccole cellule rotonde (Carnelli);
 Sarcoma fusocellulare (Guilford e Jones);
 Sarcoma endoteliale (Glazebrook);
 Sarcoma a cellule polimorfe (Capecchi, Tosonotti);
 Fibrosarcoma (Stewart).

II. — *Tumori originati da tessuti ematopoietici:*

a) A tipo immaturo:

Linfosarcoma (Warren, Paterson, Bernays, Cawardine, Power, Berard, Vignard, Wohl, Colstein, Cary, Rohdenburg, Friend, Bykowsky).

III. — *Tumori originati da tessuti vascolari:*

a) A tipo maturo:

Angiofibroma (Mescher).

IV. — *Tumori originati da tessuti muscolari:*

a) A tipo maturo:

Mioma (Rosi, Lillie e Patchet, Pasí, Beviacqua e Lima);
 Fibromioma (Rubli, Thiers, Steiner, Kelley, Léorat, Koontz, ecc.).

V. — *Tumori originati da tessuti epiteliali:*

a) A tipo maturo:

Adenoma semplice (Anzilotti, Delitala, Roob);
 Adenoma muciparo (Oberndorfer);

b) A tipo immaturo:

Canceroidet (Oberndorfer, Monè, Weilberg, Masson, Ligas, Fumagalli, ecc.);
 Adenocarcinoma (Behrend e Winston, Ricca, Vasoin, ecc.);
 Carcinoma solido (Giardina, Trabucco, Danish, ecc.);
 Carcinoma colloide (Fontana, Dubbs).

FIBROMA

Il fibroma puro dell'appendice costituisce una rarità.

Per quanto mi consta nella letteratura esistono solo 6 casi: Deaver (1898), Anam e Busser (1927), Delitala (1928), Oggioni (1934), Capriglione (1934), Paolucci (1940).

Per quanto riguarda il sesso colpito, esso è noto in 4 casi (3 donne e 1 uomo), con prevalenza dunque del sesso femminile: per l'età, la maggior parte di essi si ritrova fra i 30 ed i 40 anni, con un limite massimo di 64 anni (Anam e Busser).

I fibromi possono prendere origine tanto dagli elementi connettivali della sottomucosa, quanto da quelli della sottosierosa e dai sepimenti intermuscolari: a seconda che il loro sviluppo avviene da una o dall'altra di queste zone, si ha l'estrinsceazione del tumore o nel lume appendicolare o verso la cavità addominale; quest'ultima evenienza è più rara.

La sede di predilezione è l'apice dell'appendice; la forma è varia, generalmente rotondeggiante. Il tumore si presenta in genere di medio volume; nel caso di Anam e Busser le dimensioni della neoplasia raggiungevano quella di un arancio.

Una caratteristica che si riscontra frequentemente nei fibromi appendicolari è data dalla facilità con cui il neoplasma contrae aderenze con gli organi vicini (utero, ovaio).

Gli AA. non si diffondono molto sui minuti caratteri istopatologici di questa neoplasia, i quali del resto non differiscono da quelli relativi ai fibromi degli altri tratti del tubo gastro-enterico. Si riscontra infatti un tessuto omogeneo costituito da fasci connettivali intersecantesi in vario senso. Questi fasci sono formati da fibre molto esili; i nuclei, scarsi in quantità e ricchi di cromatina, son del tipo fibroblastico. Sono state notate differenze consistenti nella maggiore o minore abbondanza di vasi e nella diversa ricchezza di cellule; fatti che debbono essere attribuiti alla diversa età della neoplasia.

Altre particolarità riscontrate sono date dalla presenza, in qualche caso, di fibre muscolari lisce. Esse, se sono molto abbondanti e disposte in fasci differenziati, formano le caratteristiche del fibroleiomioma. Talora gli elementi muscolari sono limitati alla superficie della neoplasia; essi vanno allora considerati come i residui della muscolaris mucosae che hanno perduto il loro contatto da quello della mucosa appendicolare, a causa della proliferazione della sottomucosa, spingente la massa neoformante verso la periferia dell'organo.

In tutti i casi descritti non è mai stata notata trasformazione maligna del fibroma.

Il fibroma dell'appendice è la neoplasia che è stata più facilmente diagnosticata prima dell'intervento (Oggioni, Paolucci).

Osservazione personale: T. Salvatore di anni 30, muratore da Dolianova (Cagliari). Nulla nell'anamnesi familiare e personale remota.

La storia dolorosa del malato risale a circa un anno fa; in tale epoca notò improvvisamente violenti dolori a carattere puntorio in corrispondenza della fossa cecale, con irradiazioni all'ipocondrio dello stesso lato. Non ipertermia né altro sintomo degno di nota.

Tali dolori scomparvero completamente dopo poche ore ed il paziente poté riprendere le sue normali occupazioni. Successivamente ogni 20-30 giorni ha sofferto di nuovo per crisi dolorose analoghe alla precedente, ma di intensità minore. Alvo e diuresi normali.

Nulla di notevole all'esame dei vari apparati.

All'ispezione dell'addome non si nota nulla di particolare. La palpazione risveglia dolore in corrispondenza del punto di Mac Burney. Pressione arteriosa: Mx. 125, Mn. 80.

Esame delle urine negativo.

Esame del sangue: gl. r. 2.600.000; gl. b. 14.500 Hb. 75; formula leucocitaria: N. 64, E. 1, L. 34, M. 1.

Si pone diagnosi di appendicite recidivante. Anestesia locale novocainica. Aperto il ventre con incisione di Mac Burney si rinviene un'appendice ingrossata in toto, fortemente ispessita e di consistenza duro fibrosa; all'apice di essa si constata una tumefazione della grandezza di una noce, di consistenza duro-fibrosa. Appendicectomia; guarigione per prima intenzione.

L'esame istologico eseguito su vari tratti dell'appendice mostra un processo infiammatorio a vari stadi di evoluzione. La mucosa si presenta ipertrofica con aumento delle ghiandole e rigonfiamento dei follicoli linfatici. La sottomucosa è ispessita, sclerosata, fibroide ed in essa si scorgono numerosi capillari piccolissimi. La muscolaris presenta fibre muscolari intatte ma i suoi linfatici dimostrano i segni dell'infiammazione reattiva. La sierosa è lievemente ispessita. Nelle sezioni eseguite sulla masserella riscontrata all'apice dell'appendice si nota che la mucosa è in gran parte caduta, residua solo qualche raro elemento ghiandolare. Subito al disotto, si nota un tessuto composto da fasci connettivali non molto spessi, intrecciati variamente fra di loro, senza dar luogo a vere e proprie formazioni vortuose (figg. 1-2). Questi fasci sono formati da fibre molto esili, tenui a decorso poco tortuoso; solo in alcuni punti appaiono a stretto contatto. I nuclei scarsi in quantità, ricchi di cromatina, sono tutti a tipo nettamente fibroblastico. Rari vasi con pareti assai spesse, irrorano la massa tumorale. Non si riscontra traccia di fibre muscolari. Diagnosi istologica: fibroma dell'appendice vermiciforme.

L'esame istologico del nostro caso conduce agevolmente alla diagnosi di fibroma puro dell'appendice, infatti il reperto di fibrocellule muscolari ~~in seno~~ al tumore descritte da Oggioni, non è stato da noi riscontrato. Ciò pone in evidenza maggiore la grande rarità del fibroma puro dell'appendice. Se non vi sono state omissioni da parte mia nella consultazione della bibliografia, date le attuali contingenze, il caso di fibroma da me reso noto deve essere considerato il settimo finora pubblicato.

Per quello che riguarda il sesso, nel nostro caso, il tumore è stato rinvenuto in un uomo, il che fa ritenere come non sia da prendere troppo alla lettera l'asserita prevalenza del sesso femminile.

L'età del nostro paziente (30 anni) è l'età in cui più comunemente sono stati osservati i tumori dell'appendice in genere, mentre le dimensioni della neoplasia (noce) e la sua localizzazione (apice) trovano riscontro nei reperti più frequentemente osservati.

La diagnosi clinica di fibroma puro dell'appendice, quando la neoplasia è di piccole dimensioni, è quasi impossibile, dato che essa non sembra mai manifestarsi con sintomi caratteristici. Dalla maggior parte degli AA. infatti è stata posta diagnosi di appendicite.

Nei casi di Paolucci e di Oggioni era palpabile nel quadrante inferiore destro dell'addome una tumefazione di modico volume che permise loro

di giungere, per esclusione, al sospetto di neoplasia dell'appendice; comunque fu sempre l'esame istologico a stabilire la diagnosi particolare di fibroma.

Nel nostro caso le crisi dolorose a ripetizione, forse non ben descritte dal paziente, non potevano condurre che alla diagnosi di appendicite recidivante: infatti obbiettivamente esisteva una spiccata dolorabilità e la leucocitosi appariva veramente notevole (14500), fatto questo da mettere in rapporto con un processo infiammatorio stabilitosi secondariamente. Solo la laparatomia ci fece sospettare il neoplasma.

MIXOMA

La rarità del mixoma puro dell'appendice è rilevata dall'esiguo numero di casi pubblicati; infatti dalla letteratura ho potuto riunire cinque sole osservazioni: quella di Znoiemy (1912), quella di Dandy (1914) e i tre casi di W. B. Norment (1935); assai dubbio appare il caso di Aboulker (1898), che Dandy riferisce verosimilmente ad una cista mucosa o a degenerazione mixomatoide di altro tumore.

Data l'esiguità dei casi, non è possibile parlare di prevalenza, nè per il sesso nè per l'età.

Macroscopicamente il mixoma è una neoplasia circoscritta, di color bianco grigiastro e di consistenza molliccia, quasi gelatinosa, ad accrescimento lento ed uniformemente espansivo.

Istologicamente il mixoma è considerato un tumore formato da tessuto mucoso. Vi è una sostanza fondamentale, omogenea, ricca di mucina; in questa sostanza sono sparse le cellule mucose, che sono ora irregolarmente poligonali, ora quasi fusate, ora invece stellate, sempre con fini prolungamenti protoplasmatici che si ramificano e si intrecciano tra di loro senza prendere rapporti tali da far pensare ad un sincizio di cellule; il loro nucleo è ovale. Intorno ai vasi si notano addensamenti cellulari che sono da considerare come i punti dai quali si accresce il tumore.

Il mixoma dell'appendice è stato poi riscontrato più frequentemente unito ad altri tumori ed in particolare al fibroma [Monnier, Tagliavacche e Sacco, e Boese (due casi)] al fibromioma (Pascale), ed al lipoma (Fontanesi).

Molto controversa è l'istogenesi di queste forme neoplastiche. Alcuni AA. ammettono che si tratti di fibromi o di lipomi, nei quali, per regressione, si vanno formando delle zone di tessuto mixomatoso; vi sono poi altri AA. i quali pensano che si possa trattare di un processo di metaplasia in senso inverso (Greco).

Esistono inoltre altre affezioni dell'appendice che solo per la nomenclatura potrebbero essere confuse coi mixomi: intendo riferirmi allo pseu-

domixoma del peritoneo di origine appendicolare, alla mixoglobulosi ed alla degenerazione mucosa dell'appendice; in tali casi trattasi di processi assai complessi ma senza nessun rapporto con le vere neoplasie mixomatose.

Il mixoma appendicolare è considerato da Dandy e Pascale come un tumore benigno, tuttavia, come fa osservare Fontanesi, l'osservazione clinica ha rilevato alcuni casi, sebbene a sede extraappendicolare. i quali, a un dato momento, hanno manifestato caratteri di malignità indubbia: e nulla fa credere che non altrettanto possa accadere nei mixomi dell'appendicite.

La sintomatologia del mixoma appendicolare è quella di appendicite cronica qualche volta acuta o subacuta; rare volte (Monnier, Fontanesi) si è avuto perforazione.

La terapia è data dall'appendicectomia con resezione del mesenteriole.

SARCOMA

I tumori maligni conneftivali primitivi dell'appendice in genere costituiscono una minoranza molto esigua di fronte al maggiore numero di tumori epiteliali.

L'esame della letteratura mi ha permesso di rintracciare 30 osservazioni di sarcoma.

Il primo caso di sarcoma dell'appendice è stato descritto da Hasting e Guildorf nel 1893; il reperto istologico fu di sarcoma a cellule fusate; successivamente Glazebrook (1895), Warren (1898), Hatig (?), Dawis (1900), Peterson (1903), Bernays (1905), Gifford (?), Cawardine (1907), due casi, Jong (1908), Stewart (1908), Struit (1910), Powers (1911), Davis e Jones (1911), Garnett Wright (1911), Berard (1912), Vignard (1912), White e Wahland (1913), Schmidt (1916), Wohl (1916), Rohdenburg (1920), Goldstein (1921), Cary (1921), Friend (1925), Capecechi (1927), Burlakow (1927), Bykowsky (1929), Carnelli (1931), Tosonotti (1942), hanno portato il loro contributo allo studio di questa non frequente localizzazione del sarcoma.

La maggior frequenza di questa neoplasia si riscontra negli individui tra i 20 e i 30 anni; ma essa si può trovare in tutte le età: così Rochdenburg l'ha segnalata in un bambino di 4 anni e Tosonotti in un uomo di 63 anni.

Riguardo al sesso, data l'impossibilità di consultare tutte le comunicazioni originali, non è possibile stabilirne la frequenza: nella statistica di Tosonotti si avrebbe una lieve prevalenza del sesso maschile; nelle osservazioni raccolte da Carnelli si trova una forte prevalenza del sesso maschile con 7 casi contro solo 3 in donne.

Sull'etiopatogenesi del sarcoma appendicolare poco possiamo dire co-

me accade per tutti i tumori in genere; però non manca chi ammette una certa importanza a particolari condizioni che precedono lo sviluppo della neoplasia.

Così alcuni AA. (Carnelli, Tosonotti, Bobbio) danno importanza al preesistere di fatti infiammatori, ed altri li considerano come conseguenza della neoplasia appendicolare (Paolucci).

Alcun. AA. ritengono il trauma come possibile momento etiologico ma generalmente tale evenienza si dimostra di importanza minima; se mai lo stimolo cronico dato dalla stitichezza più o meno ostinata, potrebbe avere un certo valore.

Le dimensioni della neoplasia possono essere variabili, ma non raggiungono mai entità notevoli; essa si presenta generalmente a manicotto e la sede di impianto più frequentemente osservata è il tratto situato fra il terzo medio e la base dell'organo.

Il sarcoma dell'appendice dà metastasi precoci alle linfoghiandole viciniore e si diffonde rapidamente al cieco; nel caso di Tosonotti, nel quale l'appendice sarcomatosa era situata nel sacco erniario; vi era discussione agli elementi del funicolo.

Dal punto di vista anatomico-patologico Léorat distingue due varietà, istologicamente assai diverse di sarcomi dell'appendice; quelli propriamente detti, nati a spese del connettivo ed i linfo sarcomi, prodotti dall'iperplasia neofornativa dei follicoli linfatici.

Tenendo presente i casi pubblicati che ho potuto raccogliere, i sarcomi dell'appendice si possono raggruppare in:

- 1) Linfo sarcoma (Warren, Paterson, Bernays, Cawardine, Power, Berard, Vignard, Vohl Goldstein, Cary, Rohdenburg, Friend, Bykowiky).
- 2) Sarcoma a piccole cellule rotonde (Carnelli), Sarcoma fusocellulare (Guilford e Jones), sarcoma a cellule polimorfe (Capecchi, Tosonotti).
- 3) Fibrosarcoma (Stewart).
- 4) Sarcoma endoteliale (Glazebrook).

La sintomatologia, come per le altre neoplasie appendicolari, è quasi sempre quella di un'appendicite subacuta o cronica; nei casi di Goldstein e di Capecchi si ebbe sindrome di appendicite acuta e nel caso di Tosonotti il tumore fu rinvenuto in occasione di intervento per ernia inguinale strozzata.

La prognosi del sarcoma appendicolare sarà tanto più grave quanto più vicina alla base sarà stata la localizzazione della neoplasia.

La cura praticata dai vari AA. è stata l'appendicectomia con resezione del mesenterio ed eventuale asportazione delle linfoghiandole metastatiche; da altri AA. (Guilford, Tosonotti, Carnelli) e cioè quando la neoplasia aveva sede alla base dell'appendice, l'appendicectomia è stata accompagnata da resezione del fondo del cieco.

La sopravvivenza dopo l'intervento è stata in generale abbastanza lunga quantunque Wohl, Bernays e Cawardine abbiano avuto recidive e morte dei loro ammalati dopo pochi mesi dall'intervento, e malgrado che nel caso di Paterson si sia avuta una sarcomatosi generale dopo due mesi. La nozione di questi risultati ci fa pensare che non sempre siano sufficienti i metodi di cura ordinaria. Quando l'esame istologico abbia condotto il chirurgo alla diagnosi di sarcoma, credo si possa — in tutta coscienza — eseguire un nuovo intervento assai più radicale e cioè la resezione ileo-cecale con generosa ablazione del meso corrispondente.

ANGIOFIBROMA

Dei tumori di origine vascolare dell'appendice si conosce solo quello di W. Miescher il quale nel 1928 ha pubblicato un caso di angiofibroma.

Si trattava di un uomo di 32 anni che aveva avuto delle crisi dolorose appendicolari riferibili ad appendicite recidivante. All'apertura del ventre l'A. trovò un tumore di 14 cm. di lunghezza, flessuoso, di colorito bluastro e che era attaccato al cieco da un piccolo peduncolo. Il tumore era aderente al cieco per 1/5 della sua lunghezza.

All'esame del pezzo fu notato che esso era lobulato ed aveva una larghezza da 1 a 3 cm.; il lume appendicolare era obliterato. All'esame microscopico la maggiore parte dello stroma era occupato da un complesso di vene e di arteriole più o meno dilatate con presenza in qualche punto di vasi capillari; attorno ai vasi erano disposte concentricamente delle fibrille di tessuto connettivo giovane.

MIOMA

L'appendice è una sede abbastanza rara di localizzazione del fibromioma, mentre è rarissima per il mioma puro; infatti si conoscono 18 *fibromiomi*: Rubli (1891), Thiers (1892) Lafforgue (1893), Moseè e Daumic (1897), Steiner (1898), Kelley, due casi (1900), Giscard (1900), Heurtaux (1902), Mouchet (1904), Hayem (1929), Corner (1909), Stilkner (1915), Redway due casi (1917), Potestà e Pividal (1923), Léorat (1924), Koontz (1928), e 3 *miomi puri*: Rosi (1897), Lillie e Parchet (1927), Pasi, Beviacqua e Lima (1937).

Per quello che riguarda il sesso, secondo la statistica di Koontz, sarebbe più colpito il sesso femminile (8 donne e 4 uomini). Da questa statistica risulta inoltre che il mioma è stato riscontrato tra i 20 e i 52 anni.

Il mioma è generalmente di piccole dimensioni ma può raggiungere dimensioni ragguardevoli come nel caso di Rosi (9,6 cm. di diametro).

Tanto il mioma che il fibromioma sono in genere unici, ma non raramente sono multipli; infatti sono state descritte appendici con due fibromiomi (Kelley), con tre miomi (Lillie e Parchet), con tre fibromiomi (Lafargue), con cinque fibromiomi (Stickney). In un caso di Redway vi era anche un utero fibromatoso.

L'apice dell'appendice è la sede più frequentemente interessata; nel solo caso di Steiner la neoplasia occupava la base dell'organo.

Koontz distingue tre forme di miomi appendicolari, in analogia a quanto Boetticher e Lode hanno stabilito per quelli dell'intestino: 1) noduli multipli piccoli o tumori polipoidi, sviluppatisi da una proliferazione della muscolare, con mucosa libera; 2) grossa e spessa massa neoplastica della muscolare, con aderenza della mucosa al tumore; 3) un largo mioma polipoide sottomucoso che può essere proiettato nel peritoneo.

Microscopicamente il mioma si presenta in forma rotondeggiante, di colorito bianco-rosso.

I miomi sono costituiti da fibre muscolari lisce di forme e volume irregolare e nelle quali sono in genere meno evidenti le fibrille.

Le fibre muscolari sono riunite in fasci che talora s'intrecciano fra di loro, tra di esse si rinvengono una certa quantità di connettivo più o meno ricco di fibre elastiche. Quando il connettivo interfascicolare prende un grande sviluppo si ha il fibromioma. Nei fibromiomi appendicolari si possono avere eccezionalmente depositi calcarei (Kelley).

La patogenesi del mioma è fra le più discusse.

E' noto infatti che alcuni AA. sostengono l'ipotesi dell'origine del mioma dalla proliferazione delle cellule muscolari delle piccole arterie (teoria vascolare di Klebs), mentre altri AA. pensano ad un'origine degli elementi muscolari degli strati della tunica muscolare ammettendo con Durante una attività proliferativa degli elementi muscolari lisci. Kolliker e Ranvier sostengono un'origine connettivale delle fibre-cellule miomatose.

Per quanto risulta dalla letteratura e secondo quanto riferisce anche Koontz, non è stata mai posta la diagnosi della neoplasia, generalmente la diagnosi è stata di appendicite e la constatazione del tumore è stato un fatto causale.

I miomi sono tumori benigni e quantunque, nei casi descritti, non si sia avuta mai recidiva, deve essere tenuta tuttavia presente l'eventualità di una trasformazione maligna come accade nei miomi uterini: infatti Charanche descrisse nel 1934 un caso di miosarcoma dell'appendice.

I vari AA. raccomandano la terapia chirurgica, consistente nella appendicectomia con resezione del mesenterio.

Osservazione personale: A Paolo, di anni 66, ortolano, da Alghero (Sassari).

Nulla nella anamnesi familiare.

Il p. soffre da 40 anni per ernia inguinale D. Negli ultimi 3 anni il p. ha notato

crisi dolorose in corrispondenza della porta erniaria. L'ernia frattanto è divenuta irriducibile ed ha presentato spesso fatti di intasamento erniario.

Circa 10 ore prima del suo ricovero nel nostro Istituto, il p. ha notato che la tumefazione era aumentata enormemente di volume e che l'alvo s'era chiuso ai gas e alle feci. I dolori questa volta erano più violenti, con diffusione a tutto il quadrante inferiore D dell'addome.

Le condizioni generali sono abbastanza buone. Polso 98, ritmico, valido. Nulla all'apparato respiratorio e cardiovascolare. All'ispezione si nota che l'emiscroto di D. è aumentato di volume (grosso arancio). La cute è tesa e non mostra alcuna particolarità. La palpazione permette di apprezzare una tumefazione rotondeggiante, irriducibile, tesa e di consistenza duro-elastica. Nulla a carico del testicolo.

Con diagnosi di ernia inguino-scrotale D. strozzata, in anestesia novocainica 9,50 %, si procede all'atto operatorio. Aperto il sacco erniario si nota che: 1) il sacco erniario è quasi indipendente dal funicolo spermatico che giace all'esterno del sacco stesso; 2) il sacco erniario è enormemente ispessito e che contiene l'inserzione del cieco; 3) masse intestinali sono fortemente iperemiche; 4) l'appendice è molto lunga, ispessita e presenta al suo apice un rigonfiamento di piccole dimensioni (cece). Appendicectomia e Radicale Postemski. Guarigione per prima intenzione.

L'esame istologico della massa apicale appendicolare mostra che l'epitelio di rivestimento è in gran parte caduto; l'epitelio ghiandolare invece è in parte conservato e fra i singoli elementi ghiandolari si osserva, in alcuni punti, qualche piccola formazione cistica che si approfonda nella sottomucosa così da provocare l'atrofia delle formazioni ghiandolari contigue; in queste cavità cistiche, è contenuto un essudato di aspetto catarrale tenuemente corpuscolato. Non molto ricchi di elementi i noduli linfatici della sottomucosa; la tunica muscolare si presenta piuttosto spessa, ben vascolarizzata senza processi infiltrativi di sorta. In un punto circoscritto della tunica muscolare si osserva una zona rotondeggiante in cui i fasci muscolari presentano un completo disordine della tessitura con atteggiamenti a convolute di fibre, decorrenti in sensi assai diversi (fig. 3); in questa stessa zona si osservano dei nuclei di fibrocellule più chiari degli altri e più ovoidali, sicuramente appartenenti ad elementi più giovani che attestano probabilmente una certa facoltà di accrescimento di questa piccola tumefazione neoplastica.

Diagnosi istologica: mioma dell'appendice.

Il nostro caso di mioma dell'appendice sembra essere il quarto finora pubblicato e verosimilmente il primo rinvenuto in un sacco erniario.

I miomi dell'appendice, come quelli di tutti gli altri tratti dal tubo digerente, hanno la loro origine nella tunica muscolare o nella muscolaris mucosae; non sembra dimostrato, almeno attraverso i casi descritti, che essi possano originare nella parete dei vasi sanguigni, come sostiene Klebs. Il nostro caso, del resto, può essere considerato tipico per ciò che riguarda la sede intramuscolare del piccolo tumore: inoltre, data la difficoltà di sorprendere le fibre muscolari in via di proliferazione, è difficile stabilire se le fibro-cellule del nostro mioma abbiano avuto origine da quelle preesistenti dell'organo o se siano derivate dalle cellule connettivali.

Per la diagnosi istologica di mioma non è sufficiente parlare di tessuto costituito da fibre muscolari lisce, perchè possono esistere ipertrofie muscolari che non hanno nulla a che vedere con i miomi; bisogna che siano

presenti le caratteristiche strutturali di atipia degli elementi fibro-cellulari lisci, tali da permettere di porre la diagnosi di neoplasia miomatosa. Anche a tale riguardo il nostro caso è caratteristico, poichè il tumore era costituito da fibro-cellule assai varie per forme e volume (elementi giovani), distribuiti in fasci con decorso assai irregolare in uno stroma connettivale debolmente vascolizzato.

La diagnosi clinica del nostro caso fu di ernia inguinale D. strozzata, ed il reperto di neoplasia è stato un fatto casuale.

ADENOMA

Per quanto mi risulta dalla letteratura, esistono solo tre casi di adenoma dell'appendice; quello di Anzilotti (1927), quello di Delitala (1928) e quello di Robb (1929)).

In tutti e tre i casi la neoplasia era situata all'apice dell'appendice.

Nel caso di Delitala l'adenoma era costituito da una massa della grandezza di una mandorla; nei casi di Anzilotti e di Robb il tumore era peduncolato ed a forma di polipo.

Data l'esiguità dei casi e l'incompletezza delle osservazioni non è possibile parlare di varietà istologiche dell'adenoma; si può tuttavia accennare a quanto ha scritto in proposito Gentile, e cioè: 1) adenoma semplice, con formazioni ghiandolari a tipo cistico e con nidi adenomatosi circoscritti. 2) Adenoma muciparo: questo tipo compare sotto forma di adenoma con papille rivestite da epitelio cilindrico, a contenuto siero-mucoso; il tumore è nettamente delimitato da connettivo e da fasci muscolari.

Nel caso di Delitala esisteva un adenoma sviluppato a carico della mucosa e particolarmente delle sue ghiandole e costituito da un agglomerato di ghiandole ipertrofiche, allungate, dilatate, flessuose di cui gli elementi cellulari erano alquanto irregolari ma riportabili sempre ai tipi normali; le cellule epiteliali restavano sempre nei limiti della membrana basale e la loro proliferazione, quantunque irregolare, non aveva nulla di atipico. Vi era inoltre iperplasia nervosa, ricchezza di cellule argentaffini fra gli elementi ghiandolari. Nei casi di Anzilotti e di Robb, di cui non mi è stato possibile consultare l'esame istologico, le neoplasie sono descritte come polipi adenomatosi.

La sintomatologia dei casi descritti ha sempre presentato carattere di acuzie; nel caso di Anzilotti vi era invaginamento dell'appendice nel cieco e nel caso di Robb il tumore era strozzato, nel caso invece di Delitala vi erano attacchi appendicolari acuti assai frequenti e sintomi a sfondo nervoso che l'A. riporta alla iperplasia nervosa del plesso intra e sotto mucoso e alla presenza di cellule argentaffini.

Nei casi di Robb e di Delitala si praticò un appendicectomia; nel caso di Anzilotti pure un'appendicectomia, previo svaginamento dell'organo.

CANCROIDE

Le caratteristiche anatomopatologiche dei cancroidi dell'appendice, dopo i lavori di Obendorfer, Josselin De Jong, Huebschmann, Weinberg, Moné, Danisch, Aschoff ed i più recenti di Masson, Fumagalli, Ligas e moltissimi altri sono state assai ben precisate così da permettere di distinguerle nettamente da tutti gli altri, neoplasmi epiteliali sia benigni che maligni e da autorizzare la costituzione di un gruppo a sè, per quanto la discussione sulla loro patogenesi sia tuttora aperta.

Fu Obendorfer nel 1907 che assegnò la denominazione di « cancroide » a questi neoplasmi in considerazione della loro notevole benignità istologica e clinica.

La prima osservazione risale a Merling nel 1838, in seguito le osservazioni sono divenute sempre più numerose specialmente da quando viene eseguito sistematicamente l'esame istologico delle appendici asportate al tavolo operatorio o rilevato dall'esame autopsico.

L'affezione è stata rilevata specialmente nei giovani (20-30 anni), ma non sono rare le osservazioni in pazienti di età molto avanzata; eccezionalmente è stata riscontrata nei bambini. È più frequente nel sesso femminile con la percentuale del 70 % (Fumagalli) e del 75 % (Mac Carty).

Le dimensioni della neoplasia variano da un grano di canapa a quella di una noce (Elting) ma generalmente sono di proporzioni molto ridotte. Quantunque nella letteratura siano state descritte tre osservazioni (Eccels, Muller, Barrow) di tumori multipli, nella generalità dei casi di cancroide è unico. La sede d'impianto più frequente è il tratto distale (90 %, Mac Carty e 77 % Simon); il tumore poi occupa, secondo la statistica di Simon, nel 14 % nei casi la parte media dell'organo, nel 7 % la base e nel 2 % tutta l'appendice è invasa.

Il tumore può aver sede nei vari strati dell'appendice, e da alcuni AA. (Miloslawich e Nabza), la sede viene così distinta: 1) una forma intramucosa in cui l'affezione interessa la mucosa o l'immediata sottomucosa (secondo Stieda il tumore può assumere forma poliposa); 2) una forma sottomucosa (la più frequentemente osservata) in cui solo la sottomucosa è interessata; 3) una forma muscolare, di cui sono noti i quattro casi di Grahams; 4) una forma sottosierosa, in cui nidi cellulari occupano il solo tessuto connettivo sottosieroso e di cui si conosce il solo caso di Schrumft. Nella maggioranza dei casi descritti però si osserva che solo raramente un solo strato è leso, ma che più strati sono interessati contemporaneamente.

Da' punto di vista istologico il caneroide si presenta costituito da trave compatte connettivali, che, anastomizzandosi tra di loro, danno luogo alla formazione di cavità ripiene di elementi cellulari; si ritrovano inoltre delle trave a tipo vescicolare (Masson) ripiene di sostanza omogenea interpretata da Masson come colloide o mucoide e da Fumagalli come albuminoide specifica.

Gli elementi suddetti sono costituiti da cellule di uno stesso tipo, che possono assumere la forma poligonale, cilindrica o sferoidale; esse presentano protoplasma abbondante, chiaro, con granulazioni cromaffini ed argentaffini che infiltrano diffusamente ed irregolarmente il protoplasma (Fumagalli), od occupano la parte basale della cellula (Masson). Per Palumbo le granulazioni argentaffini possono occupare tutto il protoplasma; in genere però sono più stipate verso la base, cioè vicino allo stroma. L'argentofilia e la cromofilia delle cellule tumorali non sono, però, proprietà costanti, specie quando il materiale di osservazione non proviene dalla sala operatoria. Sembra inoltre, indipendentemente dalle alterazioni post-mortali, che non tutti i caneroidei siano argentaffini (La Manna). Il nucleo è rotondo o ovalare, ricco di cromatina che si presenta, talora a fine reticolo talora a blocchetti.

Queste cellule sono simili a quelle descritte da Kultschitzki nelle ghiandole di Lieberkühn; Schmidt le ha paragonate a quelle della sostanza midollare della surrenale. Esse sono considerate come cellule epiteliali differenziate di origine entodermica (Masson), o di origine mesodermica (Kull), oppure di origine ectodermica, migrate dal nevrasso ed adattate ad una speciale funzione del sistema cromaffine generale (Biancati).

Lo stroma dei caneroidei è formato da un tessuto connettivale modificamente ricco di cellule, per lo più fusate, accanto alle quali si trovano linfociti, leucociti polimorfi, plasmacellule e qualche volta fibrocellule muscolari. Detti elementi cellulari sono diffusi uniformemente. Le fibre precollagene sono numerose. I cordoni connettivali possono subire una degenerazione mucosa (Masson, Marekwald) o ialina (Lubarsch).

Le fibre elastiche sono sottili e circondano i nidi cellulari dei caneroidei e non pare che ci sia alcun rapporto tra la grandezza dei noduli neoplastici e la quantità delle fibre elastiche.

L'interpretazione del quadro anatomico-patologico ha dato luogo ad opinioni discordanti fra i vari AA. che si sono interessati dell'argomento, sia nei riguardi dell'istogenesi che dell'istopatologia. Così Warrei e Peterson pensano trattarsi di sarcoma a cellule rotonde, mentre Kelly, Stemberg e Neugebauer ritengono trattarsi di endotelioni.

Aschoff e Simon, per la speciale disposizione dei cumuli cellulari e per l'abbondante tessuto connettivo in mezzo agli ammassi cellulari paragonano i caneroidei ai nei cutanei e li chiamano « nei della mucosa ».

Maresch li denomina « cancro a lipoidi » per l'abbondanza dei lipoidi contenuti nelle loro cellule.

Isaac, Marchant, Gangitano li fanno provenire da abbozzi cellulari embrionali, secondo la teoria di Durante-Conhein.

Per Engel i canceroidi hanno origine da nidi epiteliali embrionali che hanno sede di proliferazione nell'intestino tenue. Longhitano ritiene che derivino da inclusioni nella sottomucosa di fondi ghiandolari semplici. Toenniesseu pensa che la neoplasia sia dovuta alla trasposizione dell'epitelio intestinale nella sottomucosa e, per la presenza di fibre muscolari lisce, li avvicina agli adenomiomi.

Saltikow li considera come tumori provenienti da zolle aberranti di pancreas. Mattias, blastomi partenti da tessuto pancreatico.

Secondo Fumagalli i canceroidi prendono origine dagli elementi delle cripte di Lieberkühn; così anche Lubarach, Herreuschmidt, Hasegowa, Cavina e di altri.

Masson, basandosi sulla presenza di cellule argentaffini, sulla reazione cromaffine e su alcuni particolari reperti istologici, aveva voluto in un primo tempo attribuire a tali neoplasmi un'origine endocrina e approfondendo poi le sue ricerche ha dimostrato la esistenza, con una certa percentuale, nelle appendiciti infiammate, di proliferazioni epiteliali con cellule argentofile che sarebbero il punto di partenza della neoformazione. Secondo questo Autore le cellule potrebbero emigrare in profondità, lungo i nervi e qui proliferare.

Per alcuni AA. esiste una dipendenza tra cancroide ed appendicite, nel senso che il neoplasma sarebbe secondario al fatto infiammatorio; infatti Letulle e Zaaijer ritengono che l'infiammazione preceda la neoplasia. Milner ammette il solo fatto infiammatorio come movente etiopatogenico.

La benignità dei canceroidi è dovuta alle modeste dimensioni, alla mancanza di quei caratteri istologici che sono l'espressione di una attività proliferativa cellulare elevata (presenza di numerose cariocinesi, carattere infiltrativo e distruttivo, etc.) ed alla rarità delle metastasi.

Nei rarissimi casi di metastasi osservati (Hasegawa, Gubitz, Le Conte, Obendorfer) le cellule metastatiche avevano le stesse caratteristiche di quelle del focolaio primario: le mitosi mancavano o erano rarissime; erano invece quasi sempre presenti i granuli argento-cromofili, i granuli di grasso e di glicogeno, i quali parlano per un'attività biologica non accelerata di queste neoplasie.

La sintomatologia può mancare completamente ed il reperto essere casuale in occasione di intervento su altri organi (utero, ovaio, coleciste); secondo la maggior parte degli AA. però il cancroide si manifesta con una sindrome appendicolare.

Osservazione personale: M. Maria di anni 41, casalinga, da Sarone (Udine).

Nulla nell'anamnesi familiare e personale remota.

Nata da parto eutocico, ebbe allattamento materno. Normali ed in epoca normale i primi atti dell'infanzia.

A 13 anni mestrata fisiologicamente, di poi i flussi sono stati sempre normali per epoca, quantità e cicli di ritorno. Coniugata a 21 anni con un uomo tuttora vivente e sano. Ha tre figli.

Circa tre anni or sono la p. cominciò a notare lieve dolenza alla fossa cecale specialmente durante i periodi di maggiore stitichezza, di cui soffriva da due anni circa. Due anni or sono la p. fu colta improvvisamente da violenti dolori a carattere puntoreo nel quadrante inferiore destro dell'addome.

Vi fu ipertermia e vomito alimentare. In seguito i dolori diminuirono di intensità per scomparire del tutto dopo 15 giorni. In seguito la p. ha accusato quasi continuamente dolenza alla fossa cecale e particolarmente in corrispondenza dei punti di Mc Burney e di Lanz.

È O. Donna di costituzione scheletrica normale. Masse muscolari toniche e trofiche. Pannicolo adiposo molto sviluppato. Mucose visibili rosee. Nulla a carico della cute e del sistema linfoghiandolare. Cuore nei limiti normali i toni sui focolai di ascoltazione. Nulla all'apparato respiratorio.

Addome di forma e volume normali e che si espande normalmente durante gli atti respiratori.

La palpazione risveglia dolore sul punto di Mac Burney e di Lanz. Rousing negativo.

Pressione arteriosa: Mx 130, Mn. 80.

Esame delle urine negativo.

Esame del sangue: gl. r. 3.600.000, gl. b. 4.500, Hb.95. Formula leucocitaria: N. 66, L. 32, M. 2.

Con diagnosi di appendicite subacuta, in anestesia locale recorcaïnica 0,75 %, si procede all'atto operatorio. Si rinviene una appendice aderente e che presenta in corrispondenza del terzo inferiore una piccola tumefazione delle dimensioni di un pisello, ben delimitata, di colorito biancastro, di consistenza fibrosa. Non si ritrovano linfoghiandole. Appendicectomia ed ampia resezione del mesenterio. Guarigione per prima.

Il decorso postoperatorio è normale per i primi 5 giorni; al mattino del sesto la p. è colta improvvisamente da violenti dolori in corrispondenza della base dello emitorace sinistro. L'esame semiologico e quello clinico ci hanno portato a rilevare la presenza di un infarto polmonare. Con adeguate cure mediche la p. migliora gradualmente e viene dimessa in guarigione dopo 40 giorni.

L'esame istologico (Prof. Giunti) dell'appendice è stato condotto su diversi frammenti che la interessano in tutta la sua lunghezza. In tutti questi frammenti la parete dell'organo si presenta profondamente modificata da un processo di flogosi cronico a netto carattere produttivo. La mucosa è irregolarmente ispessita, le ghiandole a tratti sono conservate, in altri ridotte, atrofiche od anche scomparse ad opera di un'abbondante e fitta infiltrazione prevalente tipo linfocitaria, ed i follicoli sono voluminosi e, talvolta, con fatti regressivi centrali. La sottomucosa è rappresentata da fasci di connettivo denso, ialino, con infiltrazione linfomonocitaria diffusa e proliferazione di cellule istiocitarie, fasci connettivali che invadono anche la muscolare, dissociandone le fibre, che mostrano frequenti aspetti di omogeneizzazione. Ne deriva una riduzione del calibro del lume appendicolare, a tratti totalmente occluso, ma che nelle porzioni medie dell'organo si mostra dilatato ed occupato da detriti amorfi.

In un frammento corrispondentemente al terzo inferiore dell'organo, si osserva una nodosità che sporge nel lume appendicolare occupandolo completamente, sulla quale la mucosa è scomparsa e che poggia sulla tonaca muscolare. Risulta di un tessuto formato da un'impalcatura stromale di fibre collagene, in cui con i metodi elettivi non si mettono in evidenza fibre muscolari, nè elastiche nè retcolari, che mostrano una disposizione a rete, a maglie di varia grandezza e di configurazione poligonale o allungata (figg. 4-5). Entro la cavità di queste maglie sono contenute, in quantità più o meno abbondante, cellule piuttosto piccole, alcune di forma rotondeggiante o poligonali con nucleo ben tinto per un reticolo cromatico a maglie assai ravvicinate, altre, e sono in numero minore, un po' più grosse, di forma ovoidale e con reticolo cromatico più lasso per cui appare più pallido che nelle precedenti. Il protoplasma, prevalentemente, si presenta finemente vacuolizzato.

Il nodulo, seguito su sezioni in serie, dimostra in nessun tratto rapporti diretti con la mucosa, mentre è evidente la sua diretta continuità con la sottomucosa. Nelle porzioni periferiche si ripete la struttura a rete della neoformazione, ma qui il minor contenuto cellulare nelle singole maglie, permette di meglio apprezzare l'origine e lo sviluppo delle cellule neoplastiche. Infatti in questi tratti le maglie della rete si presentano di forma allungata e sono delimitate da una esile parete connettivale in cui è possibile distinguere un rivestimento endoteliale, per cui si ha la chiara impressione che si tratti di vasellini linfatici. Qui si vede come la proliferazione cellulare si solleva da un punto della parete di queste piccole lacune linfatiche, proliferazione cellulare che va, poi, progressivamente invadendo il lume sino ad occuparlo totalmente, quindi a comprimere le pareti della lacuna dilatandola, e così per gradi successivi, si arriva al quadro strutturale descritto.

Si è detto che la masserella neoformata è delimitata dalla sottomucosa, ma è da rilevare che a tratti la proliferazione sconfinava nella muscolare, dove, fra i fasci di fibrocellule, esistono zaffi di cellule neoformate che possono affondarsi fino alla sierosa, senza superarla.

Dall'esame istologico del nostro caso risulta chiaramente trattarsi di un cancroide dell'appendice, quantunque, date le attuali contingenze, non sia stato possibile mettere in evidenza le granulazioni argentaffini e cromaffini con le colorazioni elettive; infatti si nota la caratteristica disposizione delle fibre connettivali che costituiscono delle cavità nelle cui maglie sono contenute cellule ora ovoidali ora rotonde con nucleo ricco di reticolo cromatico. La neoformazione è in prevalenza localizzata alla sottomucosa, in qualche punto sconfinava nella muscolare ed in qualche tratto gruppi cellulari si estendono fino alla sierosa. Dove l'addensamento cellulare è meno pronunciato si ha l'impressione che il punto di partenza della neoformazione siano le lacune dei vasellini linfatici. Tale ipotesi era già stata ammessa da Milner, il quale — basandosi sul reperto di immagini neoplastiche, rilevate al microscopio, negli endoteli linfatici di una perillite cronica descritta da Borst e di tre casi di linfoangite plastica dell'apice dell'appendice descritti da Sudshaki — afferma che i canceroidi non sono altro che delle neoformazioni flogistiche, e cioè dei prodotti di una linfoangite cronica iperplastica; per il suddetto autore, da un processo infiammatorio, il quale distrugge o perfora parzialmente le pareti dell'ap-

pendice, possono penetrare dei residui nella mucosa e proliferare negli strati più profondi dell'organo.

Un altro reperto assai importante è la concomitanza di processi flogistici. Letulle e Lacéne ammettono che il tessuto cicatriziale sia un buon terreno preparatorio per lo sviluppo di un neoplasma, e questa idea è confermata da molti altri AA. che hanno riscontrato tumori epiteliali in appendici cronicamente infiammate. Mac Carty e Mac Grath pensano che questo fattore etiopatogenetico abbia grande importanza nella patologia del labbro o della lingua o sopra un restringimento uretrale. Nel nostro caso quella parte dell'appendice non invasa dal neoplasma è sede di un processo infiammatorio cronico.

Il nostro caso mal si presta a considerazioni istopatologiche tali da poter appoggiare qualcuna delle teorie emesse per spiegare la patogenesi di questa affezione morbosa: è però possibile stabilire: 1) che le lacune linfatiche sono invase dal processo neoplastico. 2) Che non si può parlare di linfangite iperplastica, mancando qualsiasi nota infiammatoria in seno al tumore. 3) Che il cancroide descritto non può essere confuso con un basalioma, sia per i caratteri morfologici osservati, sia, principalmente, per la mancanza di uno strato germinativo basale. 4) Che non esiste proliferazione degli endoteli dei vasi linfatici che possa farci considerare i canceroidi anziché un tumore epiteliale, un tumore endoteliale come hanno affermato per i loro casi Milner, Neubeauer, Hasegawa, etc. 3) Che nel nostro caso, dato che non sono state praticate le colorazioni elettive, non è possibile affermare o negare il concetto espresso da Mason, che cioè i canceroidi sarebbero dei paraganglioni derivati dalla proliferazione delle cellule neurocrine poligonali o cilindriche, extranervose, intracnottivali. Tale idea è stata accettata in modo totale o parziale da alcuni AA. (Barth, Heise, Schack, etc.) mentre altri (tra cui La Manna) pensano che è difficile stabilire se le fibre nervose debbano sottostare più all'influsso di cellule con le quali possono avere solo rapporti di contiguità, che a quello delle cellule gangliari dalle quali dipendono direttamente.

Secondo la maggioranza degli AA., come ho detto più sopra, i canceroidi dell'appendice si manifestano con una sintomatologia appendicolare, ora credo che sia più logico pensare che i fatti flogistici concomitanti diano la sintomatologia dolorosa e che il reperto di neoplasia sia casuale, infatti è noto che ben raramente è stata posta diagnosi di neoplasia appendicolare e che, nella maggioranza dei casi resi noti, si è rinvenuto il tumore in occasione di intervento praticato con diagnosi di appendicite; in tal caso l'esame istologico della porzione appendicolare non neoplastica ha messo in evidenza fatti infiammatori, come nelle nostre osservazioni.

D'altra parte, da altri AA. si nega la concomitanza di fenomeni infiammatori; in tali casi bisogna considerare che si tratta almeno nella

maggioranza dei casi, di tumori rilevati da esame autopsico o in occasione di laparotomia per altre affezioni.

La cura del cancroide dell'appendice consiste in un'appendicectomia con resezione del mesenterio o quando la neoplasia è localizzata al terzo medio od all'apice dell'appendice. Quando invece il tumore ha sede alla base dell'organo credo sia più opportuno praticare sempre una larga resezione del fondo cecale, poichè se da un lato la diagnosi operatoria di neoplasia è agevole, solo all'esame istologico è possibile porre una diagnosi anatomo-patologica esatta. In tal modo l'indicazione alla resezione di un certo tratto del fondo cecale parmi opportuna per tutte le neoplasie aventi sede alla base dell'appendice.

CARCINOMA

Il termine di « carcinoma dell'appendice » fu usato dai primi osservatori per indicare qualsiasi neoplasia appendicolare che rivestisse caratteri di malignità sia clinica che istologica.

Il primo caso reso noto è quello di Merling che nel 1838 pubblicò una osservazione di un'appendice aumentata di volume e la interpretò come in preda a neoplasia senza però corredarla di una descrizione istologica. Nel 1865 Rokitansky e nel 1875 Kolaczek descrissero anche istologicamente i loro casi. Nel 1882 Berber espone una trattazione sistematica del cancro dell'appendice. In seguito le osservazioni descritte sono divenute così numerose che in un certo periodo si è data maggiore importanza ai tumori dell'appendice che a quelli dell'intestino tenue (Gentile). Nel 1934 Parini ne aveva raccolti 360 casi.

Le varie statistiche pubblicate mostrano l'esistenza di un notevole disaccordo per quello che riguarda la frequenza dell'affezione: Zaaijer, Hansemann, Scagliosi, Léorat, Milner danno una percentuale dell'1 %; Baldauf di 0,75 %, Mac Williams di 0,40 %, Wielly di 0,20 %.

Per quello che riguarda l'età ed il sesso non è possibile dare molta importanza alle statistiche, poichè essendo i giovani e le donne specialmente più soggetti alle comuni forme di appendicite o alle affezioni utero-annessiali, si ha più spesso occasione di portare l'osservazione sull'appendice. Infatti la letteratura del cancro appendicolare comincia dopo il 1898 quando cioè i chirurghi cominciarono a praticare l'appendicectomia.

Purtuttavia dalla maggior parte degli AA. si mette in evidenza la maggiore frequenza del carcinoma appendicolare nella donna e l'età più frequentemente colpita oscillerebbe tra i 20 e i 30 anni.

La forma dell'appendice « a bacchetta di tamburo » collima con uno dei vari aspetti notati dagli AA.; essa ci fa supporre la sede di predilezione del cancro appendicolare: la sua estremità distale. Le altre sedi

meno frequenti sono la base ed il terzo medio dell'appendice; esistono tuttavia casi di tumori diffusi a tutto l'organo. Secondo la statistica di Negri su 88 casi, il tumore risiedeva 45 volte all'estremità libera, 9 volte al terzo medio, 18 volte al terzo prossimale e 15 volte tutta l'appendice era invasa.

Le dimensioni del carcinoma appendicolare sono di solito assai modeste; in genere esse variano da un grano di miglio ad un nocciolo di ciliegia, ma possono raggiungere eccezionalmente volumi maggiori come nel caso di Kudo (pugno di bambino) e di Weinhold (pugno di adulto).

Il colore della sierosa è generalmente biancastro in corrispondenza della neoplasia; alcuni però (Burcini, Cavina) hanno notato lievi suffusioni ematiche in sede di tumore.

Istologicamente il carcinoma dell'appendice è un tumore che origina dagli epiteli ghiandolari (ghiandole di Lieberkühn); se ne possono distinguere forme più evolute e forme meno evolute, varietà cioè che da una più marcata differenziazione cellulare giungono gradualmente all'elemento epiteliale indifferenziato. Le prime trovano la loro espressione morfologica nell'adenocarcinoma, le seconde del cancro ghiandolare solido.

Nell'adenocarcinoma la parte parenchimale tende ad ordinarsi in formazioni ghiandolari, il più sovente del tipo tubulare, ripentendo fondamentalmente il quadro istopatologico dell'adenoma. Ma al contrario di quanto si riscontra nell'adenoma, qui i tubuli sono quanto mai irregolari, ora notevolmente più lunghi, ora ripiegati, con cavità di ampiezza disuguale e abnormemente comunicanti gli uni con gli altri, rivestiti da cellule che si dispongono in serie unica anziché a strati multipli sovrapposti. Queste cellule presentano uno spiccato carattere di promiscuità morfologica.

Il cancro ghiandolare solido rappresenta una forma neoplastica molto meno evoluta. In questa varietà di carcinoma l'espressione tipica è data dallo zaffo epiteliale solido. Si ha una struttura puramente alveolare con cellule a carattere indeterminato che spesso formano delle masse sinciziali irregolarmente cosparse di nuclei. Esso può assumere la forma midollare e la forma scirrosa a seconda della più o meno spiccata prevalenza della parte parenchimale sullo stroma che spesso non è rappresentato che dalla semplice rete vascolare sostenuta da qualche tenue fascio connettivale.

Dal cancro midollare, per degenerazione mucosa del parenchima si passa non di rado al cancro colloide, rarissimo nell'appendice.

Risulta così che tre sono le varietà istologiche del carcinoma dell'appendice: 1) adenocarcinoma (più frequente); 2) carcinoma solido (raro); 3) carcinoma colloide (rarissimo).

L'infiltrazione metastatica dei gangli linfatici nel carcinoma dell'appendice costituisce una rarissima eventualità, infatti nella letteratura esistono poche osservazioni (Rolleston, Wipham, Lejars).

Non pare che il carcinoma dell'appendice si manifesti con sintomi propri, generalmente la sintomatologia dolorosa è da attribuirsi ad una appendicite concomitante e pertanto si comprende agevolmente quanto sia difficile o addirittura impossibile rilevare una neoplasia appendicolare quando spesso nemmeno l'esame macroscopico serve a svelarla.

La cura di queste neoplasie è data dall'appendicectomia con resezione quanto più è possibile ampia del mesoappendice o del fondo cecale, a seconda dell'aspetto del tumore, del comportamento delle ghiandole satelliti e della sede più o meno vicina alla base dell'organo.

BIBLIOGRAFIA

1) Fibroma

- Anam e Busser, *Ann. D'Anal. Path.*, 1927, pag. 428.
 Capriglione, *Hospital*, a. 6, 1934.
 Deaver, *Annals Of Surgery*, XXVIII, 1898, pag. 143.
 Delitala, *Studi sassaresi*, fasc. 4, 1928.
 Oggioni, *Ann. It. Chirurgia*, 1934, pag. 705.
 Paolucci, *Sei anni di chirurgia a Bologna*, Cappelli, 1940.

2) Mixoma

- Abouiker, *Thèse de Paris*, 1899.
 Boese, *Zentral. f. Chir.*, LXII, 1935, pag. 1689
 Dandy, *Brun's Beitrage*, VC, 1914, pag. 1.
 Fontanesi, *Policlinico, Sez. Chir.*, 1938, pag. 454.
 Monnier, *Korresp. Bl. f. Schweiz. Aerle*, XXXV, 1905, pag. 2.
 Norment, *Surg. Gyn. And Obst.*, LV, 1932, pag. 590.
 Pascale, *Soc. Ital. di chirurgia*, 1904.
 Tagliavacche e Sacco, *Rev. Ar. Med. Argentina*, 1916.
 Znojemscky, *Sbornik Lekarsk*, XIII, 1912, pag. 275.

3) Sarcoma

- Berard et Vignard, *L'appendicite*, 1812.
 Bernays, *Citato da Vohl*, 1905.
 Bobbio, *Orc. Ital. Chir.*, Vol. 1, 1919.
 Bukowsky S., *Vest. Khir. Nes.*, 45-46, 1929.
 Burlakov M., *Jurnal sveremenni chirurgi*, Bd. 2, Liepg 4, 1827.
 Capecechi E., *Il Policlinico, Sez. Chirurgica*, fasc. 4, 1927.
 Carnelli, *Arch. Ital. Chir.*, v. 30, 1931, pag. 158.
 Cary E., *Surgery Gynecology and Obstetrics*, Vol. 33, pag. 436, 1921.
 Cavardine, *Brit. Med. Journal*, London, 1907.
 Cipollino, *Arch. Ital. Chir.*, Vol. 13, 1925.
 Dawis, *Journ. Am. Med.Ass.*, 1900.
 Friend E., *Illinois med. Jon.*, Bd. 50, n. 1, pag. 55, 1926.
 Glazenbrook, *Virg M. Month. Richmond*, 1895.
 Goldstein, *Am. Journal of the Medd. Sc.*, giugno 1921.
 Guilford, *Lancet*, 11, 241, 1893.
 Iones, *Surgery Gynecol and obstetrics*, febr. 1911.
 Jong-Mittlg. a. d., *Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, XVIII, 1938.
 Lérat L., *Gazette des Hospitiaux*, n. 25, 1925.
 Lérat L., *Gazette des Hospitiaux*, n. 27, 1925.
 Norment N., *Surgery Gynecology and obstetrics*, pag. 599, n. 5, 1932
 Paterson, *Practitioner*, LXX, 1903.

- Powers, *Colorado Med. Bender, New York II. J.*, 1911.
 Rohdenburg, *Poc. New York, Path. Soc.*, 1921.
 Smith, *Citato da Wohl*, 1916.
 Stewart G., *Ann. Surg. Phila.*, 1908.
 Struit L., *Med. Rev. Bergen*, 1910.
 Tosonotti, *Il Policlinico, Sez. Chirurgica*, n. 2, 1912, pag. 41.
 Warren, *Boston Med. And Surg. Journal*, n. 1898.
 Wite-Whaland, *Med. And Surg. Journal*, n. 1898.
 Wohl, *Ann. f. Surg. Phila.*, 1916.
 Wright, *Brit. Medical Journal*, London, 1911.

4) Angiofibroma

- Mescher W., *Schweizerische med. Wochen*, t. LVIII, 1928, pag. 286.

5) Mioma

- Charanche, *The American Journ. of Surgery*, v. 26, 1934.
 Corner, *Med. Pres. a. Chir., London*, 1909, pag. 325.
 Kootz, *Annals of Surgery*, v. 1, 1929, pag. 272.
 Léorat, *Marseille Médicale*, 1824, pag. 869.
 Pasi, Beiaqua e Lima, *Revista de la Ass. de Med. de Alvear*, 1937.
 Rubli, *Wurzburg*, 1891.
 Steiner, *Brun's Beitr. Z. Klin. Chir.*, 1898, pag. 1.

6) Adenoma

- Anzilotti, *XXXIV Congresso It. di Chir.*, Parma, 1927.
 Delitala, *Studi Sassaesi*, v. 4, f. 4, 1928.
 Gentile, *Rivista di Chirurgia*, 1940, pag. 113.
 Robb, *The British Med. Journ.*, N. 3, 1929, pag. 583.

7) Cancroide

- Aschoff, *Anatomia Patologica*, 1930, pag. 913.
 Bobbio, *Archivio It. Chirurgia*, 1919, pag. 228.
 Bussler F., *Annales d'Anatom. Path.*, v. 7, 1930, pag. 1000.
 Cavina, *Minerva Medica*, 1937.
 Danisch, *Ziegler Beitrage*, Bd. 72, Heft 3.
 Delitala, *Studi Sassaesi*, v. 4, f. 4, 1928.
 Dewes, *Brun's Beitrage*, Bd. 125.
 Engel, *Virchow. Archiv.*, B. 244, 1923.
 Pumagalli, *La Clinica Chirurgica*, a. 11 (XXVII), n. 2, 1926.
 Gentile, *Rivista di Chirurgia*, 1940, pag. 113.
 Gottstein, *Zentrbl. f. Chir.*, 1911.
 Guazzieri, *Gior. Veneto Soc. Med.*, 1934, pag. 205.
 Gubitz, *Virchows Archiv.*, Bd. 242, 1923.
 Hasegawa, *Virch. Archiv.*, Bd. 224.
 Josselin de Jong, *Zentrbl. f. All. Path.*, Bd. 20.
 La Manna, *Tumori*, v. XII, 1938.
 Zigas, *La Riforma Medica*, n. 31, 1937.
 Lubarsch, *Munch. Med. Woch.*, 1923.
 Mac Carty, *Annals of Surgery*, 1914, pag. 675.
 Maresch, *Wiener Klin. Woch.*, 1921, pag. 16.
 Mason e Gosset, *La Presse Médicale*, 1914, pag. 237.
 Masson, *Annales d'anat. Path.*, 1924.
 Milaslowitch, *Zeit. f. Krebsl.*, n. 14.
 Müller, *Arch. f. Klin. Chir.*, 1913, n. 1.
 Neri, *Alli Acc. Fisiocritici*, Siena, 1902.
 Oberndorfer, *Frankfurter Eitsch f. path.*, Bd. 1.
 Oberndorfer, *Lubarsch Osterlag Ergem.*, 1909.
 Saltikow, *Ziegl. Beitrage Z. Path. Anat.*, 1902.
 Signac, *Zentralbt. f. Path.*, Bd. 32, 1921.

- Simon, *Ergebnisse v. Chir. und Orth.*, Bd. 9, 1916.
 Toennissen, *Zeitsch. f. Krebsf.*, Bd. 8.
 Trabucco, *Minerva Medica*, 1922, n. 12.
 Warren, *Boston med. and Surg. Journ.*, 1898.
 Zuech, *Giornale veneto Sc. Med.*, n. 8, 1935, pag. 678.

8) Carcinoma

- Arcoleo, *Morgagni*, 1909.
 Baisch, *Gynäcol. Gesell in München*, 1911.
 Baldauf, *Louisville Monthly I. M. e S.*, XX, 1913, pag. 14.
 Bartoli, *Policlinico, Sez. Pratica*, 1921.
 Behrend e Winston, *Medical Journal and Record*, v. CXXX, 1929.
 Bencini, *Minerva Medica*, 1934, pag. 615.
 Bellantoni, *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 14, 1908.
 Bobbio, *Archivio It. Chirurgia*, vol. 1, 1919.
 Brandts, *München med. Woch.*, 1907.
 Carnelli, *Archivio Ital. Chirurgia*, vol. 30, 1931, pag. 158.
 Cipollino, *Archivio Ital. Chirurgia*, vol. XIII, 1925, pag. 34.
 Claude, *Thèse de Paris*, 1903.
 Darnall e Kilduffe, *The American of Surgery*, XVII, 1932, pag. 63.
 Day e Rheh, *Boston Medical and Surgical Journal*, T. 159, 1908.
 Draper, *Boston Medical and Surgical Journal*, 1884, pag. 131.
 Elting, *Am. of Surgey*, 1903.
 Gentile, *Rivista di Chirurgia*, 1940, pag. 113.
 Giardina, *Riforma Medica*, 1921, pag. 244.
 Giffard, *The Lancet*, 1893.
 Goldstone, *New York Med. Journal*, 1913.
 Hada, *Prag. med. Woch.*, 1914.
 Harte, *Semaine Médicale*, 1908.
 Holst, *Upsala Läkarsfor Fork*, 1916.
 Kemhadsian, *Thèse dde Paris*, 1911.
 Kolaczek, *Revue des Sciences Medicales*, 1873.
 Jarkson, *Arch. of Surgery*, vol. VI, 1923, pag. 653.
 Lecéne, *Progrés Medical*, T. 23, 1907.
 Lejars, *Soc. Chir. Paris*, 1903, XXIX, pag. 96.
 Le Priol, *Thèse de Paris*, 1908.
 Letulle, *Revue de Chirurg. et de Ginek.*, abd. n. 5, 1907.
 Letulle, *Bull. de la Soc. Anat. Parisien*, 1909.
 Luzzatto, *Autoriassunti*, n. 1, 1908.
 Mac Graham, *Tr. N. Hampschire M. Soc. Concord*, V. H. 1909, pag. 91.
 Meyer, *Surgery Gyn. Obst.*, XXI, 1915, pag. 354.
 Michot, *Thèse de Paris*, 1927.
 Neri, *Ziegler's Beitrage*, v. XXXVII, pag. 162, 1902.
 Paolucci, *R. Atti dell'Ospedale di Lanciano*, 1927.
 Philipps e Donald Isaac, *The Britisch. Med. Journal*, II, 3624, pag. 1127, 1930.
 Ricca, *Osp. Maggiore*, Novara, 1936.
 Rogg, *Zeit f. Krebsforschuny*, K XIII, 1913, pag. 41.
 Rokitansky, *Wiener Medical Presse*, 1866.
 Scagliosi, *Minerva Medica*, 1931, pa. 749.
 Schwartz, *Deutsches Ztsch. f. Chir.*, CXXIV, 1913, pag. 495.
 Soler, *Rev. de cir de Barcelona*, 1935.
 Suzuki Ramokuki, *Sorem. Japon d'etudes du Cancer*, Tokio, 1919.
 Wilkir, *The Britisch Journal af Surgery*, 1921, T. VIII, pag. 292.
 Williams, *The American Journal of The Med. Sciences*, 1908.
 Zimmermann, *Berl. Klin. Worch*, LVII, 1920, pag 163

MARTINI: NEOPLASMI DELL'APPENDICE VERMIFORME

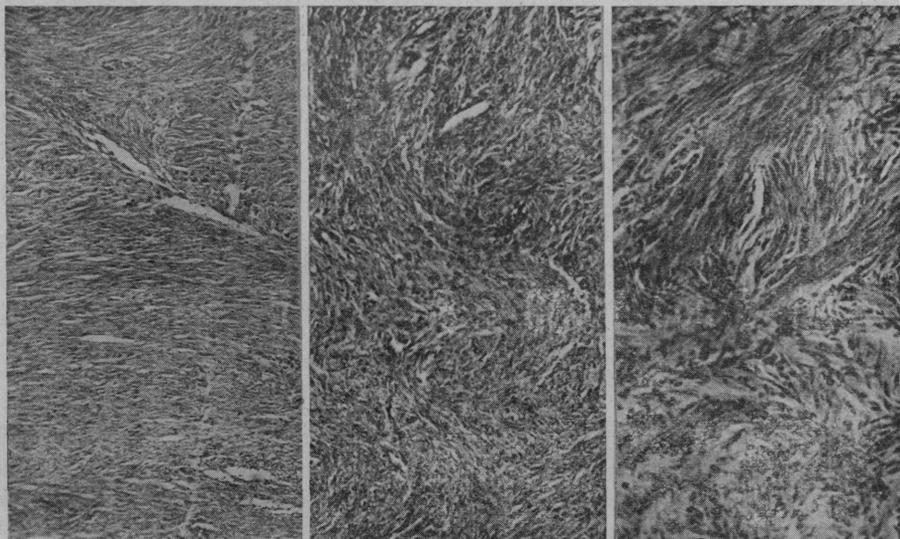


FIG. 1 (*Zeiss Ob. A Oc. 4*) FIG. 2 (*Zeiss Ob. 4 Oc. 4c*) FIG. 3 (*Zeiss Ob. 4 Oc. 4*)

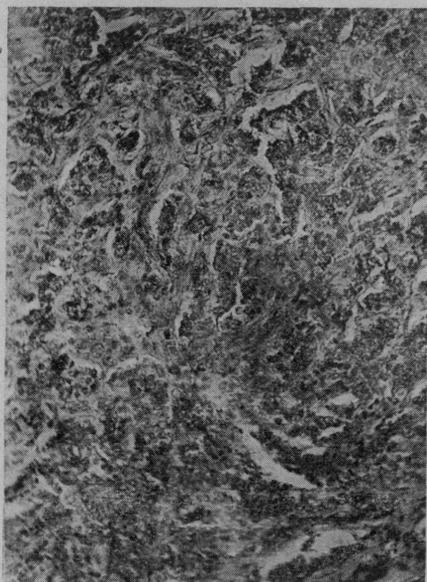


FIG. 4 (*Zeiss Ob. 4 Oc. 4c*)

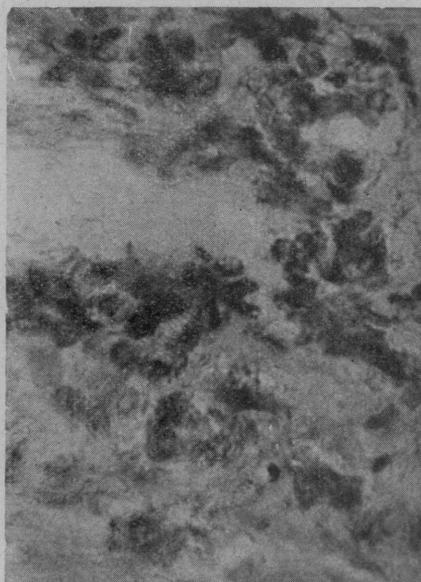
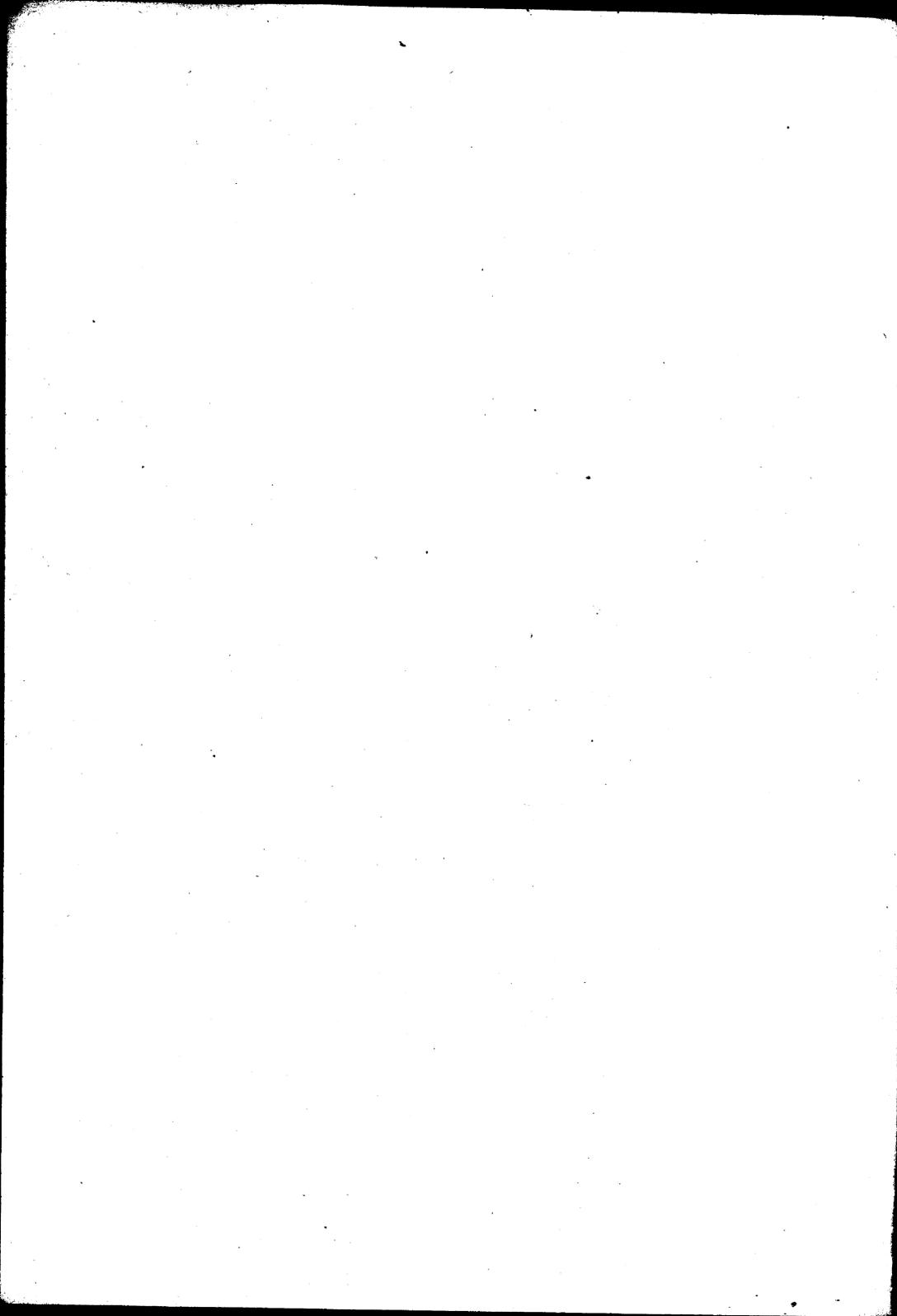
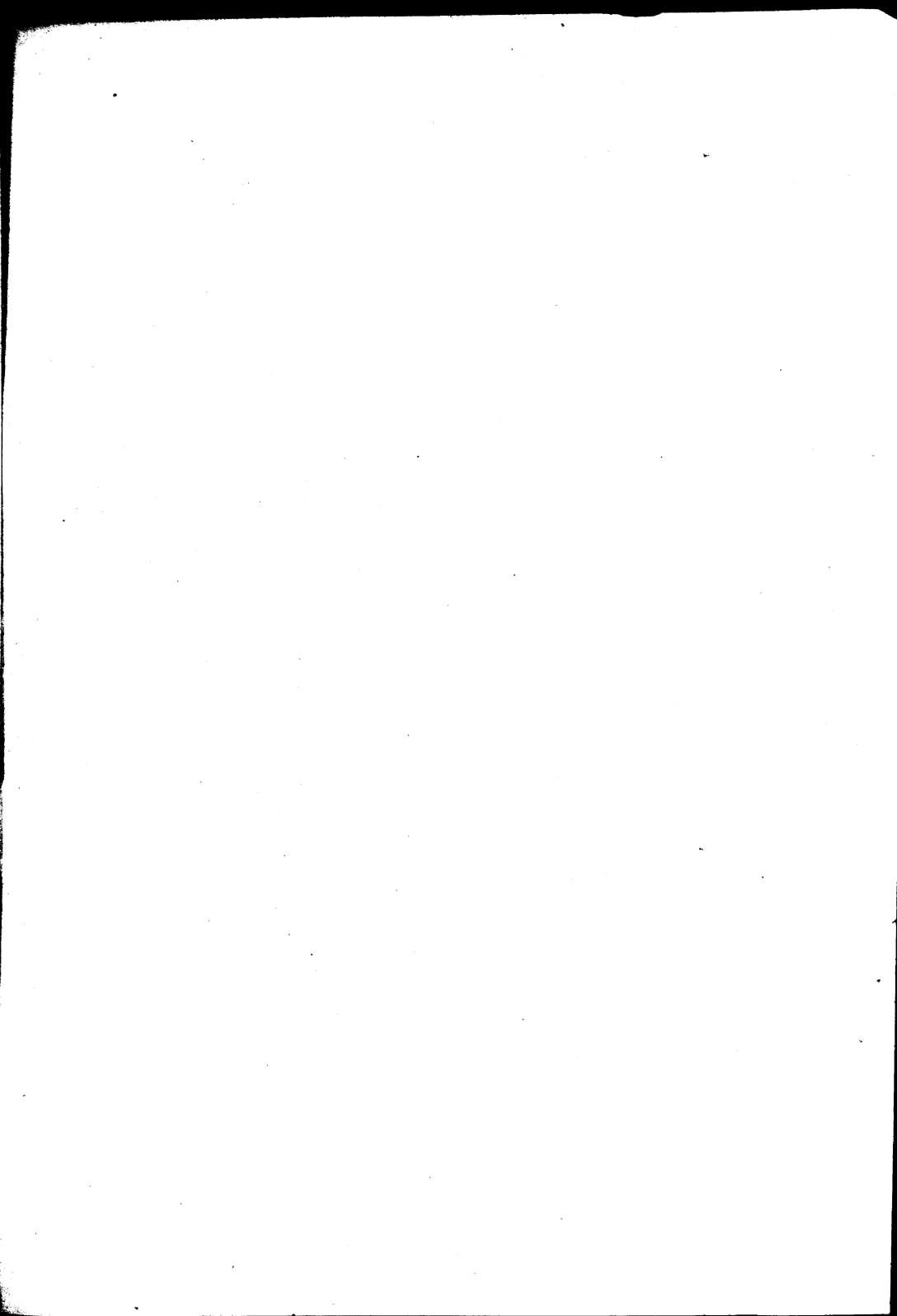


FIG. 5 (*Zeiss Ob. D Oc. 4*)





253169