

Ynlhc B 73

63

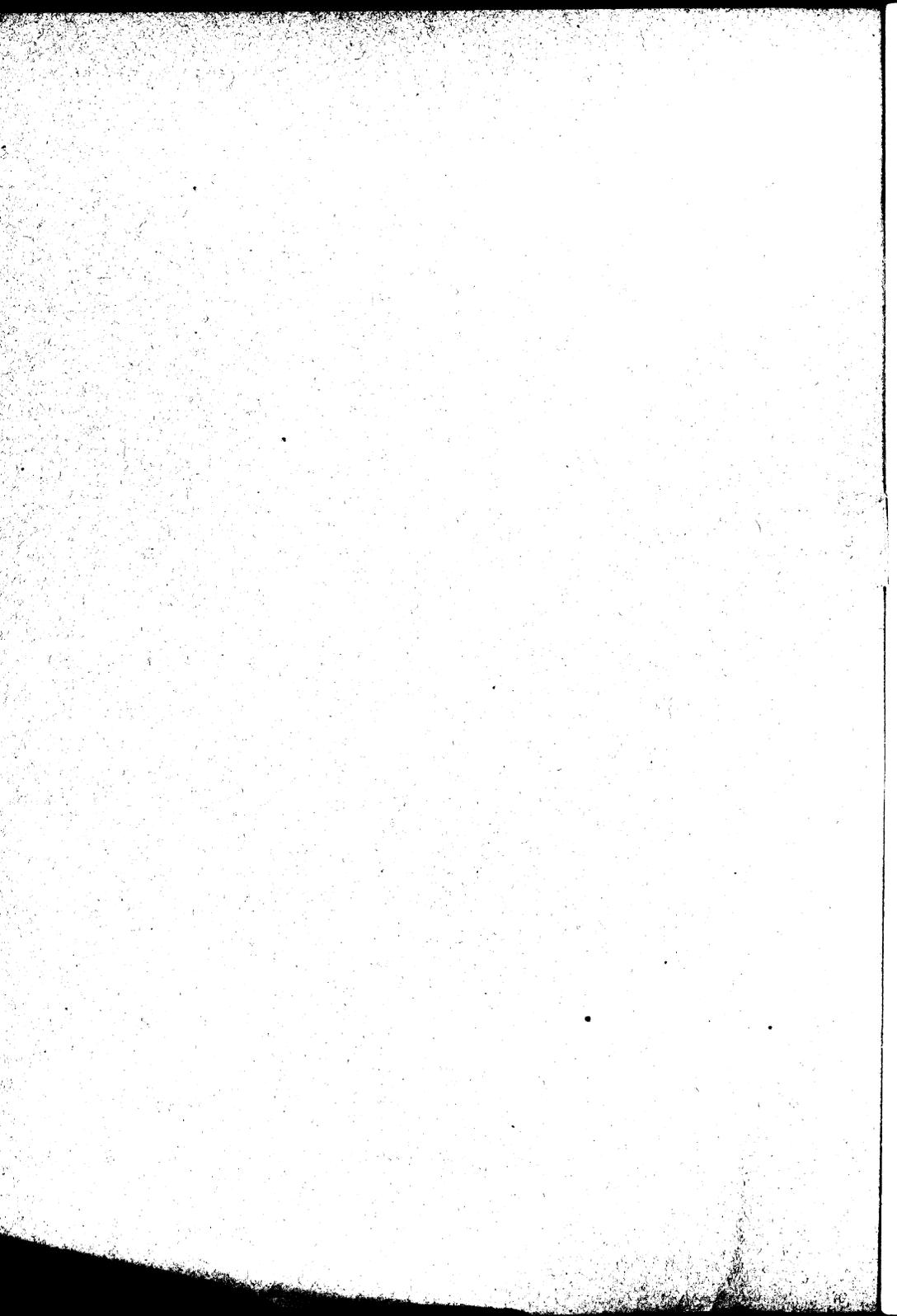
Prof. Dott. VENCESLAO CESARIS DEMEL

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DEI
TUMORI PRIMITIVI DELLE VE-
SCICHETTE TERMINALI.

Estratto dal BOLLETTINO E ATTI
DELLA R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA
Anno LXVIII (1942-XX) - Fasc. 6



DITTA TIPOGRAFIA CUGGIANI
ROMA - VIA DELLA PACE, 35
1942-XX

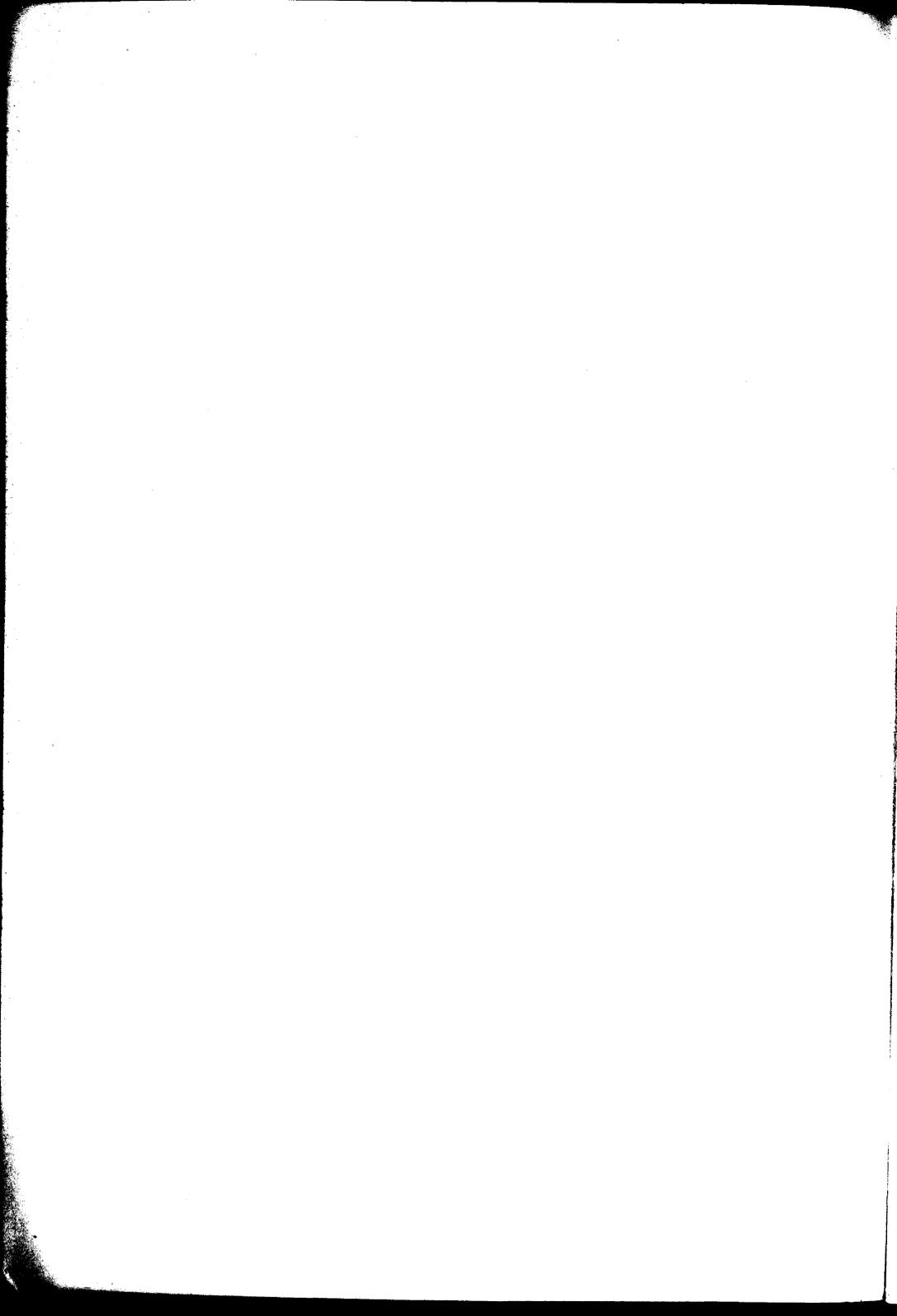


R. ISTITUTO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA
Direttore: PROF. GUIDO SOTTI

PROF. DOTT. VENCESLAO CESARIS DEMEL, AIUTO

Contributo allo studio dei tumori primitivi delle vesci-
chette seminali.

*Comunicazione alla Seduta del 19 giugno 1942-XX
della Reale Accademia Medica di Roma*



La definizione anatomico-patologica di tumore primitivo delle vescichette seminali occorre molto raramente, e si presenta difficile per la necessità, soprattutto, di escludere per dati sicuri che si tratti invece di neoplasia secondaria e propagata dalla prostata o da organi vicini.

Difficoltà non meno numerose s'incontrano per la definizione semeiotica e clinica: sia per la eccezionalità di riscontrare neoplasmii in codesta sede, sia per la mancanza di segni clinici, necessari e sufficienti a stabilire la diagnosi, essendo quelli più importanti comuni, e non potendosi separare, dai sintomi che si manifestano per tumori originati nel piccolo bacino dalla vescica, dalla prostata, ecc.

La lettura dei lavori che trattano dei tumori primitivi delle vescichette seminali, convince sempre più di quanto siano facili gli errori e dimostra come il numero dei casi sicuramente accertati fino ad ora sia molto esiguo. È agevole comprendere pertanto il notevole interesse che l'argomento presenta ed ogni nuovo caso osservato.

Il motivo che però mi ha indotto a pubblicare questo che forma oggetto della presente comunicazione, non deriva dalla rarità del singolare reperto anatomico, nè dai rilievi istologici e neppure da particolari considerazioni in riferimento alla istogenesi. Bensì dal fatto che il suo studio mi ha persuaso come talvolta la condizione fondamentale, essenziale per così dire, per stabilire la esatta diagnosi, si fonda piuttosto che su criteri di carattere morfologico ed istologico, su di un complesso di dati, di ordine anatomico e topografico, circa i quali si trovano scarsi cenni nelle precedenti pubblicazioni, e che devono essere tenuti presenti e nel maggior conto — come sarà esposto in seguito — perchè di non dubbia utilità.

Se in alcuni casi i precisi accertamenti sulle modificazioni strutturali, sull'aspetto istologico del tessuto neoformato in confronto di quello da cui il neoplasma trae la sua origine, costituiscono gli elementi principali per il giudizio, in altri sono le conoscenze anatomiche e topografiche quelle che offrono una preziosa guida per arrivare ad una valutazione esatta. Senza insistere in altre considerazioni al riguardo, ci limitiamo ad accennare, a modo di esempio, come assurgano a speciale importanza nel

definire quali appartenenti al timo taluni blastomi situati nel mediastino anteriore e superiore (V. CESARIS DEMEL).

Un'ulteriore conferma di questa importanza, ci è derivata di recente dovendo definire al tavolo anatomico la origine di un tumore globoso, del diametro massimo di cm. 11, ricoperto dal peritoneo, e sporgente nel piccolo bacino, con base d'impianto sulla faccia posteriore e inferiore della vescica la quale non mostrava speciali modificazioni morfologiche.

La ricerca bibliografica sull'argomento riesce di esigue proporzioni che si assottigliano ancor più, quando vengono separati i casi certi da quelli mal sicuri o dubbi o di errata interpretazione, come quello di BERGER (1871), con metastasi viscerali multiple, dove era interessata la vescichetta seminale S., insieme al deferente omologo ed alla prostata. Alla luce della successiva critica questo tumore deve essere considerato invece come primitivo della prostata.

Forse il primo caso di sicuro accertamento è quello descritto da LABBÉ (1881). La vescichetta seminale S., interessata da un tumore di tipo carcinomatoso, era in rapporto di contiguità ma non infiltrava gli organi circostanti. Esistevano noduli metastatici al polmone ed al fegato.

In quello GUELLIOT (1883) la vescichetta seminale di S., con diametri di cm. $8 \times 2 \times 2$, presentava un tumore duro, giallo-bruno, facilmente isolabile dalla prostata con cui non contraeva rapporti. Noduli metastatici nel peritoneo, nel fegato, nel polmone. Non avendo completato il reperto con l'esame istologico, manca la sicura dimostrazione della natura e della origine.

In ordine di tempo segue il caso descritto da ZAHN (1885) al quale spetta di avere annunciato per primo la diagnosi di sarcoma della vescichetta seminale D., avendola trovata infiltrata in un soggetto dove coesisteva un nodulo sarcomatoso all'ilo del rene D. e metastasi al miocardio. Confermata la natura sarcomatosa con l'esame istologico, l'A. attraverso alcune considerazioni, desunte dai rilievi macroscopici, ha creduto di concludere che il tumore fosse in effetti primitivo della vescichetta seminale.

Circa il caso illustrato da FENWICH (1887) come neoplasma infiltrante della vescichetta seminale S. della tonaca muscolare della vescica e della parte posteriore della prostata, osservazioni successive hanno messo in dubbio la diagnosi enunciata, prospettando invece la derivazione dalla prostata.

Ugualmente incerta è la derivazione dalla ghiandola seminale S. in quello segnalato da WALTER (1891) nel quale si trattava di cancro a piccole cellule rotonde.

Nella letteratura si trovano accolte come sicuramente documentate alcune osservazioni nelle quali risulta che la prostata era contemporaneamente colpita dal processo blastomatoso. Ci riferiamo al caso raccolto da ROTH nell'Istituto di Basilea (1891) e illustrato da KAUFMANN e COURVOISIER, dove entrambe le vescichette erano interessate da una neoplasia che prendeva certamente origine dal loro epitelio. Ed a quello di TEUBERT (1903) nel quale l'A. attraverso i precisi rilievi istologici, le esatte considerazioni istogenetiche e le rigorose deduzioni nella diagnosi differenziale è pervenuto al giudizio di cancro primitivo. Così pure devono essere classificati fra i casi che non possono lasciare alcun dubbio quelli di KONIG (1903) — esaurientemente documentato da una descrizione istologica dettagliatissima e di BURCKHARDT (1904) dove esistevano metastasi alle ghiandole regionali ed al polmone.

Nei trattati di GUITERAS (1912) e di VOELKER (1912) non si trovano accenni a personali osservazioni, e si insiste particolarmente sulla rarità dei tumori primari in questa sede e sulle incertezze che presenta la diagnosi. Queste condizioni rendono difficile di poter suggerire qualche metodo o accorgimento adeguato per gli eventuali interventi chirurgici. Infine concordano nel rilevare la frequenza della propagazione di tumori prostatici alle vescichette seminali.

Il lavoro di BRACK (1921) si riferisce a due osservazioni. Nella prima — soggetto di 73 anni che non aveva mai presentato disturbi nella sfera uro-genitale, morto per malattia intercorrente — fu trovato un tumore grosso quanto una noce, dal quale si potevano isolare gli ureteri, i condotti deferenti e la prostata, aderente al retto ed alla parete posteriore dell'urocisti. Il neoplama, retrovescicale, giallo-grigio, interessava per due terzi la vescichetta seminale D. mentre la S. era indenne. L'esame istologico dimostrò trattarsi di adenocarcinoma, con metastasi linfoghiandolari regionali e alla parete dell'intestino retto senza compromissione della prostata. La seconda, riguardava un soggetto di 78 a. con disturbi della minzione e ritenzione dell'urina, morto con diagnosi di carcinoma prostatico. L'autopsia dimostrò un carcinoma bilaterale delle vescichette a piccole cellule, cubiche e cilindriche. Identica struttura si ripeteva nelle metastasi a distanza, largamente diffuse nei vari parenchimi. Pure nella parte posteriore della prostata figurava una piccolissima riproduzione del neoplasma, mentre nel rimanente, non esisteva alcuna alterazione di carattere neoplastico, ma soltanto alterazioni desquamative degli epiteli nelle cavità ghiandolari. Per il tipo degli elementi e per la limitazione della zona neoplastica nella prostata, il BRACK escluse la origine primitiva del tumore da questa, mettendo in rilievo

come nei cancri primitivi delle vescichette seminali si abbiano metastasi per via linfatica ed anche ematica, e come in quelli da lui studiati non si fosse avuta propagazione per contiguità alla vescica ed al retto i quali risultavano soltanto compressi.

Nel trattato di Urologia pratica di CHETWOOD (1921), come anche — più tardi — in quello di YOUNG (1927), gli AA. non riferiscono alcun caso di osservazione personale e concordano interamente nel riaffermare la rarità che le vescichette seminali siano sede primitiva di un cancro del piccolo bacino e sulla difficoltà di riconoscerlo.

Dopo i casi di BRACK, LYONS (1925), in base ai rilievi clinici ed anatomico-patologici porta un pregevole contributo moderno allo studio dell'argomento. In un uomo di 76 a., dalla cistoscopia eseguita per disturbi della minzione, era risultata la presenza di tumefazione allo sbocco dell'uretere S., per una massa in rapporto con la parete posteriore della vescica, comprimente il retto. La prostata era piccola, rotonda, liscia, non aumentata di consistenza. Avvenuta la morte per uremia si trovò: cisto-pielo-nefrite ascendente; carcinoma primitivo della vescichetta seminale S. con i seguenti diametri: cm. $18 \times 6 \times 6$, sporgente nel piccolo bacino, con base d'inserzione alla parete posteriore della vescica; metastasi multiple nel polmone e nel fegato. La prostata mostrava un piccolo adenoma, di costituzione ben diversa da quella della neoplasia primitiva della vescichetta seminale.

A breve distanza KUDLICK (1926) ha riferito di un caso per il quale non può affermare con assoluta sicurezza trattarsi di cancro primitivo delle vescichette seminali, quantunque l'aspetto macroscopico (massa neoplastica di cm. $10 \times 6 \times 5$ in rapporto diretto con la vescichetta seminale S., con aderenze alla prostata) fosse suggestivo per simile diagnosi. Esistevano compressione della vescica e del retto, metastasi polmonari, pleuriche, pericardiche. Istologicamente si trattava di adenocarcinoma tubulo-papillare con forme infiltrative che davano l'aspetto del carcinoma solido. Lo stroma era molto spesso e saltuariamente dissociato da piccole emorragie interstiziali di varia epoca. Nella prostata esisteva piccola formazione neoplastica dello stesso tipo di quello della vescichetta seminale, mentre il rimanente tessuto prostatico dimostrava segni di iperplasia e di ipertrofia ghiandolare cistica. L'A. non avendo trovato indenne la prostata lasciò in sospeso la decisione sulla origine del tumore perchè le metastasi non erano differenziabili da quelle di eventuale derivazione prostatica.

La osservazione di WASSILJEFF (1928) si riferisce invece ad un sarcoma, comprimente ed infiltrante il retto e vescica, in continuità con la parete posteriore della prostata, mentre la parte anteriore era libera.

L'A., malgrado che il tumore si continuasse nella prostata ha concluso ammettendo che fosse primitivo delle vescichette seminali per considerazione di ordine quantitativo circa la maggiore estensione del neoplasma nelle vescichette in confronto al volume della prostata, e di ordine topografico, tenuto conto della invasione del tumore stesso nelle pareti della vescica e del retto.

Nello stesso anno troviamo descritto da CEELEX un fibro-mioma primitivo in codesta sede (caso unico nella letteratura). Il tumore, ricoperto dal peritoneo, grande quanto una testa di bambino, interessava la ghiandola seminale S., mentre la D. era situata medialmente e più in basso della S.. Coesistevano due tumori pedunculati poliposi del colon ascendente ed una anomalia congenita dei dotti eiaculatori. L'A., svolte alcune considerazioni sui rapporti topografici della neoplasia con il piccolo bacino e con la prostata, perviene alla diagnosi di fibro-mioma con modificazioni di tipo degenerativo e con strutture angiomatose.

Un'osservazione che dimostra alcune analogie con la precedente, è quella di PANÀ (1930), che in un soggetto di anni 59 ha trovato sul fondo del cavo rettovescicale, al di dentro della piega retto-vescicale, un tumore piriforme con i seguenti diametri: cm. $8 \times 7 \times 5$, con 15 cm. di circonferenza nel punto massimo, connesso con lungo peduncolo alla parte craniale delle vescichetta seminale S.. L'A., alla stregua dell'esame istologico, formula la diagnosi di: leiomioma derivato dalle cellule muscolari lisce costituenti la tonaca muscolare della vescichetta seminale. In base poi a considerazioni embriologiche, morfologiche e topografiche, l'A. mentre ammette che la malformazione sia da ricondursi ad un difetto di sviluppo avvenuto durante la vita intrauterina, e precisamente all'abnorme evoluzione dell'abbozzo principale (porzione discendente) esclude che la formazione descritta rappresenti un utero rudimentario, munito di una lunga tuba, e possa quindi ricondursi ad una forma di pseudo ermafroditismo interno parziale.

Nel caso di TRACHSLER (1933) troviamo descritto come cancro a cellule cubiche piatte, qualche volta rotondeggianti, con stroma reticolato sottile, della vescichetta seminale S. un tumore che si continuava nella parte posteriore della prostata.

PELAGATTI (1934) riferisce su un adeno-carcinoma della vescichetta seminale destra, che aveva avuto lento decorso e che presentava caratteri analoghi a certi tumori della prostata da cui differiva per le minori dimensioni degli elementi e per la mancanza di metastasi ossee.

Come dato statistico — a conferma della rarità — citiamo qui il riferimento di YUXGHANS (1930 — citazione di TRACHSLER) secondo il quale su 18.951 autopsie, eseguite a Dresda nel periodo dal 1903 al 1927

— delle quali 2.021 riguardavano tumori maligni — solo due volte si sarebbe riscontrato il cancro primitivo delle vescichette seminali.

Manca la possibilità di dare qualsiasi riferimento intorno al lavoro di McNALLY e COCHENS (1936) per cause contingenti al periodo di guerra, e neppure possiamo dare informazioni sul reperto di ROCHET (citato da YUNKER — senza data) che avrebbe operato un caso in cui all'infiltrazione neoplastica delle vescichette partecipava la prostata.

Infine ricorderemo la osservazione più recente, illustrata da YUNKER (1941), che concerne un cancro primitivo della vescichetta seminale S. esattamente diagnosticato ed operato con successo. Il tumore, grosso come una noce, duro, piatto, facilmente disseccabile dai tessuti circostanti, provvisto di capsula propria, al taglio mostrava qualche formazione cistica. Il tipo istologico era quello del cancro papillare, a cellule fondamentali rotonde o cubiche, con scarso stroma.

Riassumendo quindi dai ricordi bibliografici sopra riportati risultano le seguenti osservazioni di neoplasie delle vescichette seminali:

Leiomiomi: 1 (PANÀ).

Fibromiomi: 1 (CEELEN).

Sarcomi primitivi: 2 (ZAHN — WASSILIEFF).

Cancri primitivi: 10 (LABBÉ — COURVOISIER — KAUFMANN — TEUBERT — KONIG — BURCKHARDT — BRACK [2] — LYONS — YUNKER — PELAGATTI).

Cancri probabilmente primitivi della prostata, valutati subordinatamente primitivi delle vescichette seminali:

7 (BERGER — FENWICK — WALTER — KUDLICK — TRACHSLER — MAC NELLY e COCHENS — ROCHET).

I casi accompagnati da metastasi sono:

5 (BERGER — LABBÉ — COURVOISIER e KAUFMANN — BURCKARDT — BRACK).

Uno solo (YUNKER) fu reperto di operazione.

Il caso che forma argomento della presente comunicazione è stato illustrato per la parte clinica dal Dott. SARTINI (1942) della R. Clinica Chirurgica di Roma. Ci limiteremo qui a riferire i dati più importanti della storia clinica.

D. C. Achille, residente a Roma.

Entrato nella R. Clinica Chirurgica Generale di Roma il 2 gennaio 1942.

Nulla di notevole nei riguardi anamnestici.

Da due anni disturbi dell'apparato digerente. Dolori all'addome specie verso l'ipocondrio S.; periodi di stipsi ostinata, alternata a più lunghi periodi di diarrea. Digestione difficile, dimagrimento, astenia. Sottoposto a cura medica per colite.

Dai primi di dicembre sintomatologia di occlusione intestinale parziale, e radiologicamente si accerta difetto di riempimento del sigma.

L'esame rettoscopico esclude il cancro del retto. Operato in precedenza di ano iliaco. Dal 20 dicembre iniziano i disturbi vescicali e febbre (38°-39°). La esplorazione rettale fa apprezzare tumefazione prostatica.

Esame obbiettivo (il giorno precedente la epicistotomia) 2 gennaio 1942. — Condizioni generali scadute. Stato di nutrizione e di sanguificazione scadenti. Cute e mucose pallide. Cuore e polmoni sani. Ano iliaco definitivo con cicatrice laparatomica ben formata. Non si riesce a penetrare la vescica con la sonda. Con l'esplorazione del retto si apprezza una tumefazione in sede apparentemente prostatica.

Atto operatorio: taglio soprapubico — aperta la vescica esce poca urina torbida. Col dito in vescica si apprezza una grossa massa, dura non regolare che quasi sostituisce la vescica e la schiaccia contro il pube.

Petzer in vescica. Chiusura parziale.

Morto il 21 gennaio 1942.

Diagnosi clinica: linfosarcoma addominale.

Reperto di autops.a. — Stato di nutrizione scaduto. Rigidità cadaverica persistente. Cicatrice regolare in corrispondenza dell'ano iliaco. Epicistotomia recente, drenata.

Calotta del cranio di forma e dimensioni regolari, leggera, con diploe scarsa e irregolarmente distribuita. Seno sagittale superiore vuoto. Normale la tensione e l'aspetto della dura madre. Nulla di notevole alla base del cranio. Ai tagli sulla sostanza nervosa encefalica si riconosce lieve diffusa anemia ed imbibizione edematosa.

Aperto l'addome si trova l'omento fissato al fondo dell'urocisti. Peritoneo parietale e viscerale lucido. Piccolo bacino asciutto. Notevole meteorismo delle anse intestinali. La grande curva dello stomaco arriva alla linea ombelicale circolare proiettata all'interno. Diaframma al V spazio intercostale d'ambo i lati. Fegato coperto dall'arco costale. Ossificazione delle cartilagini costali.

Area cardiaca coperta dai margini polmonari, espansi e liberi da aderenze. Scarsissima quantità di liquido limpido nei sacchi pleurici e nel pericardio. Cuore libero da aderenze, epicardio lucido, discreta quantità di grasso sottopericardico, apice formato dal ventricolo S.. Apparente ectasia dell'arco aortico. Insufficienza delle valvole semilunari aortiche alla prova dell'acqua. Intima dell'aorta rugosa. Valvole semilunari aortiche ispessite. Valvola mitrale di ampiezza regolare. Nulla all'endocardio parietale.

Miocardio pallido anemico. Infiltrazione adiposa sottopericardica.

Polmone sinistro di forma e dimensioni regolari. Pleura lucida, soffice e pallido nel lobo superiore; più consistente e di colorito rosso-cupo nell'inferiore. Superficie di taglio del lobo superiore asciutta, anemica uniformemente areata, espansa. Il lobo inferiore è più consistente, alla prova docimastica idrostatica parcellare rimane sospeso a mezz'acqua; presenta aspetto granuloso a noduli isolati e confluenti, rilevati di colorito roseo a contorno emorragico. Polmone destro analogo reperto.

Milza proporzioni regolari, capsula grinza. Alla superficie del taglio emorragie pulpari su fondo di polpa trattenuta. Apparato nodulare linfatico trabecolare poco evidente. I vasi sanguigni rimangono beanti.

Svolgendo l'intestino non si apprezzano linfoghiandole modificate nel ventaglio mesenterico. Oltre la valvola ileo-cecale inizia una marcata ectasia che si continua nella parte trasversa e discendente. I surreni si presentano ridotti di volume e nella sostanza corticale sono quasi scomparsi i lipoidi.

Si pratica l'asportazione globale dell'apparato uropoietico e si riconosce una raccolta purulenta che infiltra e dissocia il muscolo psoas iliaco di destra e che si estende in basso fino allo spazio prevescicale.

Reni fissi in sede normale: forma e dimensioni regolari. Involucro fibroso svolgibile. Superficie esterna levigata e scolorata. Alla superficie di taglio poco evidenti i confini delle due sostanze per opacamento e scoloramento uniforme. Discreta ectasia della pelvi che risulta rivestita di muccosa iperemica e distesa da urina mista a secrezione purulenta.

Gli ureteri si presentano notevolmente dilatati lungo tutto il decorso, fino alla base della vescica; contengono urina mista a pus. Le loro pareti sono assottigliate, le valvole insufficienti, la muccosa iperemica e finemente granulosa. Il loro decorso inferiore si perde in una massa globosa di aspetto neoplastico. L'accertamento della loro canalizzazione viene successivamente fatto attraverso specillazione delle papille del trigono.

La massa globosa di aspetto neoplastico, che costituisce il reperto anatomico più importante, sporge dal piccolo bacino come un utero puerperale poco involuto e ne ripete presso a poco la consistenza. Ha base d'impianto sul segmento posteriore della vescica, dove normalmente si trovano le vescichette seminali, e non contrae rapporti di aderenza con gli organi del cavo retto vescicale, che dalla medesima viene completamente bloccato. Ne deriva compressione dell'intestino retto e dell'ampolla rettale che sono letteralmente schiacciati contro l'osso sacrale.

La massa globosa che presenta il diametro di cm. 11 ed il peso di Kg. 1 (accertata dopo il suo isolamento) mentre verso l'alto tende a sollevare il peritoneo da cui è rivestita, ha per così dire sdoppiato il cavo peritoneale retto-vescicale in due parti distinte: una anteriore della profondità di circa 3 cm ed una profonda fino all'altezza del polo superiore delle vescichette seminali nella sede ordinaria.

Mentre l'ampiezza del cavo anteriore è superiore alla sua profondità, il lume del cavo posteriore è virtuale per la giustapposizione dei due foglietti peritoneali, e per lo schiacciamento del retto contro l'osso sacrale ed il coccige. Verso l'avanti, la faccia posteriore della vescica costituisce la base d'impianto della massa globosa. Verso l'indietro, esiste l'intestino retto schiacciato. Verso il basso, poco oltre la riflessione del peritoneo dalla massa del tumore sull'in-

testino retto, la faccia posteriore del neoplasma assume la forma convessa verso l'avanti, su un piano che raggiunge la base della vescica.

Tra questa curva a convessità inferiore e posteriore del neoplasma e la faccia posteriore della prostata intercorre uno spazio di circa 2 cm. occupato da connettivo lasso privo di adipe.

Rimossa la fascia retto-vescicale, si mette allo scoperto la faccia posteriore della prostata, sulla quale non riesce difficile di riconoscere un accenno del solco divisorio fra il lobo sinistro ed il lobo destro.

La vescica, aperta, dimostra notevole riduzione della sua capacità per schiacciamento dall'indietro all'avanti contro l'arcata pubica. La parete posteriore del corpo presenta soluzione di continuo circolare del diametro massimo di mm. 35, a fondo lardaceo necrotico, che non invade il trigono, il fondo e la parete anteriore. L'apice non risulta compromesso. Lo sfintere interno, il collicolo prostatico e l'uretra prostatica non presentano alterazioni degne di rilievo.

La prostata appare di modeste proporzioni, liscia, non deformata nei singoli lobi, di consistenza non aumentata, con spazi ghiandolari piccoli, di aspetto biancastro lucente, senza formazioni nodulari nella superficie di sezione.

Intorno alla vescica esiste infiltrazione purulenta del cellulare adiposo contenuto nei limiti della fascia prevescicale con la fascia vescicale, tutto all'intorno ampiamente scollate tra loro fino all'altezza dell'angolo superiore della fascia retto-vescicale, ed in avanti fino alla breccia chirurgica dell'epicistotomia.

Il vertice dell'angolo superiore della fascia retto-vescicale appare come smussato essendo a contatto del bordo inferiore e posteriore della massa globosa.

Se fosse preesistito uno sconfinamento per contiguità o per continuità del tumore delle vescichette seminali verso la prostata, ne sarebbe derivata obliterazione dello spazio interno inferiore compreso fra le due lamine fibrose costituenti la fascia retto-vescicale, mentre l'angolo infero-posteriore del tumore e la faccia posteriore della prostata sono ben separate, a distanza di circa 2 cm., con interposizione di connettivo lasso normale. Se invece si fosse trattato di tumore prostatico, analoga sarebbe stata la via di propagazione alle vescichette seminali che si trova invece sgombra. La ricerca di queste riesce negativa poichè la massa neoplastica le ha completamente inglobate. La dissezione anatomica dimostra che la estremità aborale dei condotti deferenti, e le loro dilatazioni ampollari si perdono nella massa blastomatosa. Gli ureteri attraversano il tessuto cellulare perivescicale, subendo una modificazione della loro canalizzazione, da cui deriva la loro ectasia a monte della strettura.

A carico delle pareti dell'intestino retto non si hanno altre alterazioni, all'infuori della modificazione del lume conseguente allo schiacciamento. Nulla di notevole allo spazio ischio-rettale.

Praticato un taglio a tutto spessore dall'avanti all'indietro e dall'alto al basso, sulla massa che protrudeva nel piccolo bacino, la si riconosce rivestita da uno spesso involucro di colorito grigio-roseo e costituito nell'interno da un tessuto molle, bianchiccio o variegato, attraversato disordinatamente da sepimenti irregolari che delimitano degli spazi dove il tessuto neoplastico presenta alterazioni dovute a flogosi purulenta o a processi necrobiotici.

La superficie esterna è pallida, levigata.

Nulla di notevole ai testicoli, ed ai condotti deferenti nel decorso lungo il canale inguinale e nello scroto.

Non esistono alterazioni delle linfoghiandole lombo-aortiche.

Stomaco ectasico con pareti sottili e muccosa atrofica.

Fegato: capsula levigata, volume non modificato, alla superficie di taglio aspetto lobulare bene evidente, lieve dilatazione della vena centrale ed aumento del connettivo degli spazi porto-biliari.

Placche non ulcerate di ateroma nell'aorta toracica e addominale.

Diagnosi anatomica. — Cicatrice ben conformata di ano iliaco. Epicistotomia sopra-pubica recente, drenata, con bordi scollati da infiltrazione purulenta. Anemia, edema cerebrale. Insufficienza aortica da endocardite valvolare cronica fibrosa. Infiltrazione adiposa sottoepicardica. Broncopolmonite catarrale ipostatica bilaterale. Iperemia lienale settica. Ipofrofia surrenale. Pielouretero-cistite purulenta. Atrofia della prostata. Tumore primitivo di natura da determinarsi delle vescichette seminali, aderente contro la parete posteriore del corpo della vescica, sulla cui faccia interna posteriore esiste una zona ulcerata. Psoite e peripsoite purulenta propagata dal focolaio suppurativo contornante la breccia epicistotomica. Atrofia della muccosa gastrica. Cirrosi vascolare del fegato. Ateroma non ulcerato dell'aorta.

Causa della morte. — Sepsì di origine vescicale da ostacolo allo svuotamento per compressione con focolai pioemici metastatici al cellulare perivescicale e al muscolo psoas.

Esami istologici. — Per la diagnosi istologica furono asportati numerosi frammenti nei vari lobi della prostata e dal tumore, ad altezza diversa, corrispondenti sia alla parte superiore, sia a quella posteriore e centrale e quindi anche al tratto che risultava aderire con la parete posteriore del corpo della vescica, e a quello in rapporto di contiguità con il retto.

Se l'accertamento topografico preciso di taluni rapporti della voluminosa massa neoplastica ed il riconoscimento macroscopico che altri organi del piccolo bacino sicuramente non erano con questa in connessione, avevano consentito di porre al tavolo anatomico il giudizio di tumore primitivo delle vescichette seminali — anche se queste più non erano identificabili — l'esame istologico ha fornito altri dati di non dubbio significato per la diagnosi. Fra questi assumono particolare rilievo i reperti che dimostrano: i rapporti del tessuto neoformato col deferente (bene riconoscibile per la caratteristica disposizione dei fascetti muscolari e per il tipo dell'epitelio, abbastanza bene conservato nei suoi caratteri morfologici e tintoriali, anche là dove appariva desquamato); la non partecipazione della prostata e della muccosa del retto; la struttura istologica del tumore e le sue caratteristiche fondamentali nei diversi punti esaminati e particolarmente in quelli dove aderiva e infiltrava la vescica con netta via di propagazione.

Nel segmento asportato in corrispondenza di quella che chiameremo la cupola del tumore, questo risultava costituito da tessuto epiteliale di tipo immaturo, ricco di elementi, disposto in guisa da formare tubuli o pseudo tubuli molto riavvicinati e orientati secondo piani diversi. Lo

stroma di sostegno fra le singole formazioni tubulari è tanto esile e poco demarcato che in qualche punto non si riesce a riconoscerlo. Tra mezzo al groviglio di un tessuto epiteliale che ricorda le formazioni ghiandolari, ma disordinato e facilmente disgregabile per i processi necrobiotici, facili a riscontrarsi negli elementi, e per i processi flogistici sovrapposti (infiltrati purulenti a focolaio e disseminati), si notano, a piccolo ingrandimento, e su ampie superficie di sezione, alcuni tralci formati quasi esclusivamente da cellule muscolari lisce, bene individualizzabili per forma e per disposizione del nucleo, per la tingibilità con l'acido picrico del VAN GIESON ed anche per la presenza di infiltrati granulocitici che tendono a dissociarle. Dalla presenza di questi sepimenti, incompleti e alterati deriva un particolare aspetto a loggie irregolari del tessuto neoplastico. La definizione di questo aspetto non è determinata dalla distribuzione del connettivo, bensì dalla presenza di gruppi di cellule muscolari lisce irregolarmente distribuite. Nella massa del tumore si notano altresì disseminati alcuni spazi irregolari, riferibili in parte alla condizione di edema infiammatorio, in parte alla disgregabilità degli elementi neoformati. Procedendo nell'esame verso la parte più esterna del tumore troviamo che questo prende origine da un epitelio a volte cilindrico a volte cubico alto, nella superficie basale disposto di solito su di un solo strato, intensamente colorabile per la basofilia del citoplasma, così intensa da rendere incerto l'apprezzamento sui limiti fra le singole cellule. Tale epitelio che non presenta particolari modificazioni dovute a presenza di pigmento, poggia sulla tela sottomucosa nella quale talora si notano cellule muscolari lisce che si continuano con i sepimenti dianzi descritti e con uno strato muscolare liscio bene definito nella sua struttura anatomica in tutti i punti esaminati. Questo strato muscolare che presenta tutti i caratteri di una tonaca muscolare è formato da cellule muscolari lisce disposte senza alcuna interruzione seriale o ordinatamente.

Lo spessore di questo strato muscolare nei vari tratti esaminati è di regola uniforme, cospicuo, senza apprezzabili variazioni. Il tessuto neoformato non lo infiltra nè lo dissocia nè lo compenetra in alcun punto. Per quanto non si riesca a distinguere nel suo spessore la presenza di veri e propri strati, quello più interno, cioè quello ad immediato contatto con il tumore e con la sottomucosa apparisce costituito da fascetti di cellule a decorso longitudinale con nuclei molto allungati e bene colorabili. Procedendo verso l'esterno i fascetti sovrapposti tendono ad assumere un aspetto più compatto, più omogeneo, i nuclei divengono meno numerosi e così pure la colorabilità apparisce diversa. In mezzo ai gruppi di fascetti muscolari si notano scarsi vasi, qualche infiltrato istiocí-

tario, e gruppi isolati di cellule cubiche, scarse, con qualche granulo di pigmento.

I caratteri morfologici e tintoriali delle cellule muscolari — sia pure modificate anche qui da un processo di iperplasia —, il loro numero aumentato, la loro disposizione seriale, i rapporti immediati con l'epitelio indicano chiaramente come deva essere considerato il tessuto muscolare che avvolge il tumore e che si dimostra anche entro il tumore stesso. Degno di rilievo il fatto che malgrado questo dimostri accentuati caratteri di atipia mai si approfonda nel tessuto muscolare. Inoltre deve essere tenuto presente come il tessuto muscolare non partecipi alla flogosi purulenta pur essendo questa in alcune parti della neoplasia abbastanza accentuata. Ugualmente la flogosi purulenta non si è diffusa alla parte più esterna avventiziale, formata da connettivo lasso con piccoli lobuli adiposi.

Il reperto istologico del frammento in contiguità con la vescica dimostra identici caratteri per quanto concerne la struttura neoplastica ed i tagli seriali confermano che il tumore infiltra progressivamente e disseminando i vari strati muscolari propagandosi dall'esterno verso l'interno. Esaminando le sezioni ricavate dal pezzo preso in corrispondenza alla parte posteriore del neoplasma non si notano sensibili variazioni: solamente in questa zona i fatti necrobiotici e flogistici risultano meno estesi ed intensi, la colorabilità e la forma delle cellule dovunque è meglio conservata ed anche si notano formazioni papillari ben nette continuarsi con lo strato epitediale a ridosso della tela sottomucosa e dello strato muscolare. Tali differenze si spiegano o con differenti condizioni nutritive del neoplasma oppure ammettendo che la invasione neoplastica sia qui più recente. Anche in questi punti ritroviamo un vero e proprio involucro muscolare del tumore, una muscolatura anatomicamente bene definita, e la presenza di sepimenti muscolari con quella collegati o indipendenti, che attraversano la compagine del tessuto neoformato.

Negli altri punti esaminati i singoli reperti sono per così dire sovrapponibili e quindi non si descrivono.

Ci limiteremo invece ad un brevissimo accenno all'esame istologico del connettivo periprostatico ed in corrispondenza del pavimento pelvico. La ricerca microscopica in questa zona consente di stabilire esattamente come non esista in alcun punto diffusione del processo purulento. Consente inoltre di riconoscere l'assoluta integrità del deferente, facilmente identificabile per il considerevole sviluppo degli strati muscolari e per la loro disposizione non modificata, lungo il decorso nel tratto pelvico. Dimostra infine numerose formazioni nervose e gangliari, raggruppate come di norma, distribuite ordinatamente, senza alcuna modificazione nei-

la struttura morfologica, nella disposizione e nei caratteri di tingibilità.

Per quanto l'osservazione macroscopica permettesse di eliminare con tutta sicurezza ogni dubbio circa la compartecipazione della prostata alla neoplasia delle ghiandole seminali (per il volume certamente non aumentato; per la consistenza se mai diminuita, per i rapporti: con la vescica, con l'uretra, col lobo otricolare, con i canali deferenti non modificati; per il colorito ed aspetto liscio della superficie esterna e di quella di sezione) si è ritenuto necessario di procedere all'esame istologico su frammenti diversi, prelevati dalla regione del collo vescicale, dalla parte posteriore e da quella mediale e anteriore, essendo noto che si possono avere metastasi a distanza da parte di piccoli tumori della prostata i quali talora sfuggono anche alla più accurata e metodica esplorazione macroscopica. Per brevità e per la esatta corrispondenza, in punti diversi, di reperti istologici quasi sempre sovrapponibili, riuniamo in una sola descrizione d'insieme i risultati dell'osservazione microscopica su tagli seriali nei vari tratti esaminati.

Se in corrispondenza della regione del collo le ghiandole sottomucose — situate più dorsalmente ed a contatto del trigono — e così pure quelle definibili come otricolari, appaiono in mezzo al tessuto connettivo e al tessuto muscolare iperplastico, distribuite regolarmente per numero, per forma, e per disposizione secondo il piano della normale struttura, negli altri frammenti asportati si nota subito, a piccolo ingrandimento, come in generale il tessuto ghiandolare sia nel suo complesso piuttosto scarso e modificato nei suoi aspetti morfologici non tanto per la presenza di processi proliferativi in atto, ma piuttosto per una condizione meccanica, inerente allo sviluppo, alla distribuzione, ed alla morfologia delle cellule muscolari.

Solo in punti limitati troviamo formazioni ghiandolari riavvicinate come di norma, bene differenziabili per la presenza di cavità, con qualche introflessione dell'epitelio, di rari corpuscoli amilacei a disposizione lamellare concentrica, di colorito brunastro, di una impalcatura connettivo-elastica o muscolare sottili e delicate, di epitelii cilindrici bene conservati per quanto concerne il rapporto nucleo-citoplasmatico, la forma, la posizione e la tingibilità del nucleo, i caratteri morfologici e di colorabilità del protoplasma.

Si notano invece di regola piccoli gruppi di ghiandole dalla forma allungata, quasi schiacciata e poco regolare, circondati da fascetti di cellule muscolari — evidentemente aumentate di numero ed ipertrofiche — le quali s'intersecano nelle più varie direzioni, e da fibrille elastiche, non varicose nè frammentate, bene coloribili. A volte — il reperto non è

costante — le cellule muscolari appaiono un poco dissociate come avviene quando nella prostata si realizza la condizione di edema.

Il reperto però che soprattutto richiama l'attenzione non è dato soltanto dalla diminuzione di numero e nel tempo stesso dalla modificazione di forma delle ghiandole, ma bensì dalle alterazioni citologiche che queste presentano. Deformate, irregolari, scomparsa o quasi ridotta a virtuale la cavità, le formazioni ghiandolari hanno perduto l'ordinario aspetto; gli epiteli si presentano addossati, appiattiti, di forma cubica, ridotto il protoplasma e scolorato in confronto del nucleo, cromatina nucleare intensamente basofila disposta a granuli grossolani ovvero in ammassi frammentati per processi di cariocessi. Spesso si trovano distaccati.

La ipertrofia e l'aumento di numero delle cellule muscolari lisce risalta con chiara evidenza anche per la disposizione a fascetti e per la mancanza di una concomitante proliferazione da parte del connettivo. La valutazione sull'aumento del tessuto muscolare, relativo e assoluto, non lascia alcun dubbio pure essendo la prostata tanto ricca di elementi muscolari. Il reperto s'interpreta piuttosto che nel senso di neoformazione a carattere neoplastico, miomatoso, come espressione di un processo proliferativo a carattere funzionale, analogo a quello che si riscontra in altri tessuti ed organi per condizioni patologiche diverse. Basti ricordare la iperplasia del tessuto muscolare come esito raro di infiammazione cronica del polmone (Peperè), nelle stenosi intestinali a monte dell'ostacolo, nella calcolosi del rene. La iperplasia e l'ipertrofia del tessuto muscolare liscio in tali processi è generalmente ritenuta come una modificazione da maggior lavoro, da aumentata prestazione funzionale, talora compensatoria, in dipendenza di svariati momenti fisiologici e patologici della meccanomorfosi. In mezzo ai fascetti muscolari, spesso raggruppati a manicotto intorno alle formazioni ghiandolari, si notano disseminati infiltrati istiocitari. Il rilievo permette di escludere che si sia diffuso anche alla prostata il processo purulento della vescica mancando ogni segno nella prostata di una flogosi purulenta.

Nelle sezioni dove è compreso il deferente si osserva il rivestimento epiteliale in qualche punto distaccato per processi desquamativi. Mentre anche qui si rileva iperplasia dei fascetti muscolari, si esclude la presenza di lesioni neoplastiche o flogistiche primitive e propagate. Non si rileva la presenza di nemaspermi.

Riassumendo dall'esame della prostata eseguito in punti diversi si ricava quanto segue: 1) la prostata non partecipa in alcun punto alla neoplasia delle vescichette seminali ed al processo suppurativo di queste ghiandole; 2) i condotti deferenti egualmente non partecipano; 3) il tessuto ghiandolare della prostata non mostra in alcun segmento segni di

ipertrofia nodosa, di formazioni papillari, di strutture adenomatose, di attività proliferativa tipica od atipica; 4) i rilievi istologici dimostrano che i corpi amilacei sono scarsissimi, e dimostrano pure che alterazioni reperibili nel tessuto ghiandolare sono di regola di tipo regressivo (atrofia da compressione, scarsa colorabilità del citoplasma — intensa tingibilità e frammentazione nella cromatina del nucleo); 5) le alterazioni regressive sono in rapporto con l'iperplasia e l'ipertrofia del tessuto muscolare uniformemente e regolarmente distribuite nei vari lobi con uguale intensità; 6) l'aumento notevole del tessuto muscolare non può interpretarsi come processo miomatoso della ghiandola sia per l'aspetto morfologico sia per quello di disposizione, di raggruppamento e di volume delle fibre, ma come processo di iperplasia o di ipertrofia funzionale; 7) alla neoformazione del tessuto muscolare non corrisponde in alcun punto aumento di proliferazione del connettivo: ciò consente senz'altro di escludere che la neoformazione stessa abbia significato di processo fibromiomaso.

Dal complesso pertanto dei dati desunti dalla ricerca istologica deriva la conferma piena di quanto la osservazione anatomica aveva già messo in chiara luce. Esclusa ogni partecipazione della prostata o di altri organi, dei condotti deferenti, di ghiandole prostatiche accessorie, di ghiandole uretrali ecc. il neoplasma ripeteva la sua origine primitiva senza alcun dubbio dalle vescichette seminali. Lo dimostra soprattutto la presenza di tessuto muscolare liscio, largamente distribuito alla periferia, quasi ne formasse l'involucro, e nella sua compagine, là dove i sepimenti muscolari costituivano come altrettante concamerazioni — non sfuggite al rilievo macroscopico —, più o meno regolari, ed il carattere stesso dell'epitelio da cui il neoplasma traeva origine.

L'aspetto del tumore dava quasi l'impressione di un accrescimento endocavitario in un organo a struttura muscolo-epiteliale.

Circa la natura del neoplasma diremo come la atipia proliferativa sia contraddistinta piuttosto che dai caratteri morfologici delle cellule, dalla notevole abbondanza di elementi neoformati, dalla loro disposizione a tubuli o a pseudo-tubuli, irregolari, orientati in piani diversi, dalla loro facile disgregabilità, dalla scarsità del connettivo di sostegno, dalle emorragie e dai fatti necrobiotici concomitanti, connessi allo sviluppo intrinseco del tumore, anche indipendentemente dai processi flogistici sopravvenuti.

Nei tratti dove la struttura appariva meglio conservata si sono potute vedere nette formazioni papillari, molto allungate, in dipendenza dell'epitelio addossato alla sottile tela sottomucosa ed allo strato muscolare. Queste immagini portano a giudizio di epiteloma papillare,

con note di atipia proliferativa e di necrobiosi, ad accrescimento endocavitario. La mancanza di metastasi non contrasta al giudizio poichè il neoplasma derivato dalla mucosa (ripetendone la disposizione a cavità separate da tralci muscolari, formate da tubuli poco ordinati con aspetti pseudoghiandolari) appariva dovunque nettamente circoscritta dalla tonaca muscolare ed avventiziale, non invase in alcun punto dagli elementi neoplastici. La intensa proliferazione cellulare e la irregolarità di orientamento in piani diversi dei tubuli e pseudo tubuli neofómati — non spiegabile con una condizione meccanica di accrescimento — indicano la tendenza evolutiva del tumore verso l'atipia.

Il rapido e notevole sviluppo locale, la comparsa di lesioni necrobiotiche ed ulcerative a quelle collegate, la diffusione della flogosi vescicale al tumore hanno concorso a determinare quel cospicuo volume donde è derivato un complesso sintomatologico particolarmente grave. La complicità settica di origine vescicale nella compagine del tumore offre la possibilità di confermare, per via indiretta, la sua assoluta indipendenza dalla prostata. Avendo l'esame macroscopico e microscopico confermato come nella prostata e nel connettivo periprostatico mancasse ogni segno di flogosi purulenta, si deve concludere che la fascia retrovescicale, come non era stata invasa dal tessuto neoplastico ugualmente ha costituito una barriera sufficiente ad impedire la propagazione e la diffusione della flogosi.

Confrontando il caso descritto con i pochi altri sicuri raccolti nella letteratura, si ricavano non pochi elementi che mettono in luce la sua peculiare importanza.

Il volume raggiunto, il rapido accrescimento, i rapporti anatomici del tumore, le gravi conseguenze per la funzione meccanica di altri organi, la anaplasia del tessuto neofornato che riproduceva la disposizione festonata ed a concamerazioni dell'epitelio delle vescichette seminali, la sua netta delimitazione per la integrità della tonaca muscolare e avventiziale, costituiscono — senza dubbio — reperto di assoluta eccezione. La eccezionalità del reperto stesso comparativamente agli altri, ci ha indotto a renderlo noto non soltanto per la sua rarità ma per la complessa sintomatologia che ne è conseguita.

RIASSUNTO. — Attraverso considerazioni di ordine anatomico-topografico e di ordine istologico, esclusa la partecipazione prostatica primitiva o secondaria o di altri organi del piccolo bacino, viene illustrato un epiteloma papillare delle vescichette seminali, con note di atipia proliferativa e di necrobiosi, ad accrescimento endocavitario, che aveva determinato alterazioni da compressione sugli organi del piccolo bacino.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- BERGER P., « Bull. Soc. Anat. », 46, Paris, 1871.
- BRACK, *Primary carcinoma of seminal vesicles*, « Ztschr. f. Urology », 15, p. 222, 1921.
- BURCKHARD, *Ueber Entwicklungstorungen und Geschwulste der Samenblasen mit Kasuistischen Beitrag*, Inaug. Diss. Munchen, 1904.
- CEELEN W., *Ein Fibromyom der Samenblase*, « Virchow's Arch. », 207, p. 200, 1912.
- CHETWOOD C. H., *The practice of Urology*, Win. Wood e C., ed. 3^a, p. 334, 1921.
- COURVOISIER W., *Das Prostatacarcinom*. Inaug. Diss. Basel, 1891.
- FENWICK E. H., *A case of carcinoma of the left vesicula seminalis and adjoining lobe of prostate*, « Trans. Path. Soc. London », 38, p. 199, 1887.
- GUELLIOT O., *Des vesicules seminales*, « These de Paris », 1882.
- GUIERAS R., *Urology*, D. Appleton e Co., vol. II, p. 648, 1912.
- KAUFFMANN, *Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata*. In Socin A. - Burckhard E. D. Chir., Lief 53, 1902.
- KONIG F., *Uber Carcinombildung in den Samenblasen usw.*, « Path. Anat. Arbeiten J. Orth zur Feier seines 25 jar. Professoren Jubilaues », p. 192, Berlin, 1903.
- KUDLIK, « Prag. M. K. », n. 18, 1926.
- JUNGHANS, « Dtsch. Z. Chir. », 224.
- JUNKER, *Ein Fall von Primaren Samenblasen Ca.*, « Zschrf. f. Urologie », 35, p. 205, 1941.
- LABBÉ, cit. da GUELLIOT.
- LYONS O., *Primary carcinoma of left seminal vesicles*, « J. Urol. », 13, p. 477, 1925.
- MC NALLY A. e COCHEMS F. M., *Cancro primitivo delle vescicole seminali*, « J. Urol. », 36, p. 532, 1936.
- PANÀ C., *Leiomiomi delle vescichetta seminale e del dotto deferente su base malformativa*, « Arch. It. Urol. », 7, 1930.
- PELAGATTI V., *Adeno-carcinoma della vescichetta seminale destra*, « Arch. It. di Urologia », 11, 1934.
- ROCHET, cit. da JUNKER.

- TEUBERT A., *Ueber die boesartigen Geschwulste der Samenblasen unter Mittheilung eines neuen Falles von Primären Samenblasenkrebs*, « Inaug. Diss. Greifswald », 1903.
- TRACHSLER W., *Primary carcinoma metastasizing into spinal collum in case of posttraumatic Kummel's disease With doubtful clinical symptoms*, « Ztschr. Krebsforsch. », 41, p. 382, 1934.
- VOELKER, *Die Chirurgie der Samenblasen* aus der neuen Deutschen Chirurgie von P. v. BRUNS, 1912.
- WALTER, *Zur Kasuistik der Prostata-carcinoma und ein Fall von Primarcarcinom des Samenblaschens*, « Inaug. Diss. Greifswald », 1891.
- WASSILJEFF A. A., *Primary sarcoma of prostate and seminal vesicles (case)*, « Ztschr. f. Urol. Chir. », 25, p. 1, 1928.
- YOUNG, *Yong's Praticce of Urology*, London-Philadelphia, 1927.
- ZAHN W., *Ueber einen Fall von primären Sarkom der Samenblasen, zugleich als Beitrag uber eine eigentumliche Art von Geschwulstmetastasen*, « Dtsch. Z. Chir. », 22, 1885.
-

