

SULLA GUARIGIONE SPONTANEA

DI

UN CISTOMA DELL'OVAIA-AUTOPSIA

PEL

Dott. ANTONINO TURRETTA

Estratto dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche — Anno VI.

NAPOLI
ENRICO DETKEN EDITORE
Piazza Plebiscito
1884



In una memoria inserita nel fascicolo 10, 11, anno III, di questo Giornale, io pubblicai un caso di ciste dermoide dell'ovaio, in persona di una tal Licari Elisabetta, da Paceco, guarita per suppurazione spontanea.

Nell'aprile dell'anno 1882, cioè sei anni dopo l'avvenuta guarigione, la donna la quale fu oggetto di quella pubblicazione, si presentò nuovamente alla mia osservazione per tutt'altra malattia; e dopo alcuni giorni morì coi sintomi di un generale collasso. Sono perciò ora al caso di pubblicare i risultati dell'autopsia, unitamente ad un breve cenno dei fenomeni che precedettero la morte.

E' bene anzitutto ricordare che trattavasi di una ciste composta molto voluminosa, apertasi per suppurazione attraverso la parete addominale. Pel contenuto colloide di questa ciste, per la qualità dei materiali coi quali venne fuori commisto, si confermò l'esistenza di una ciste dermoide nell'interno della ciste principale.

Premessa questa breve notizia, che mi è sembrata indispensabile per chi non può avere sott'occhi quello scritto, vengo senz'altro alla narrazione del caso attuale.

Lo stato di abbattimento generale e la depressione mentale della donna rendono impossibile ottenere un'istoria precisa della presente malattia; ed appena ho potuto raccogliere le seguenti notizie anamnestiche.

Assicura di aver goduto buona salute dacchè lasciò l'ospedale sino all'ottobre 1881 ; nè su di ciò può cader dubbio, poichè, come ebbi a dire in quella pubblicazione, mi occorre più volte di riosservarla in quel lungo periodo.

Dal piccolo forame fistoloso che le era rimasto all'ipogastrio veniva fuori a lunghi intervalli una scarsissima quantità di umore ; sicchè la donna da un pezzo non vi poneva più attenzione.

In quell'epoca attendendo in campagna a raccogliere olive, mangiò di queste in gran copia, sino a farne per alcuni giorni il suo quasi esclusivo nutrimento. Fu assalita ben presto da forti dolori di ventre con dissenteria. Sopraggiunse intolleranza del ventricolo per qualsiasi cibo, che veniva quasi sempre rigettato col vomito. E questi sintomi durarono per molto tempo, alternati da brevi periodi di calma ; sicchè le forze della paziente deperirono molto rapidamente. Le si manifestò anche un'eruzione sparsa per tutta la cute, ma specialmente e con maggiore intensità sul dorso delle avambraccia, delle mani e dei piedi, con desquamazione dell'epidermide e con la sensazione di forte bruciore come di scottatura. Questa eruzione è scomparsa da un pezzo, cessata anche la diarrea, ma non il vomito, nè il progressivo deperimento della nutrizione e delle forze.

Stato attuale. Lo stato di debolezza e di emaciazione è enorme. Le masse muscolari si designano a piccoli fasci sotto la cute anemica, secca, sottile, per la quasi totale scomparsa del tessuto adiposo sottocutaneo. Mente tarda, percezione difficile ed uno stato quasi comatoso. Lingua secca, lucida ; parola impacciata. Polso piccolo, tardo ; temperatura normale.

Addome afflosciato, depresso, poco dolente alla pressione, colla quale si notano parecchie glandole peritoneali ingrossate.

Circa quattro dita trasverse al di sopra del pube esiste il piccolo forame fistoloso situato in una depressione della parete addominale, la quale si mostra in questo sito poco mobile e come stirata e fissata in dietro ed in basso verso il centro del bacino ; sicchè il foro è situato nel centro di una specie d'infundibolo costituito dalla cenata depressione. Una sonda vi penetra a stento percorrendo un

tramite obliquo in basso, della lunghezza di cent. 4 ; nè si può imprimere ad essa alcun movimento di lateralità.

Col riscontro vaginale si nota l'utero poco rialzato, immobile, e, intorno alla cervice impicciolita, una durezza straordinaria.

L'aja epatica di poco aumentata, quella della milza raddoppiata. Indebolimento del soffio respiratorio al torace.

L'ammalata è tormentata da sete ardente e da vomito incoercibile per intolleranza del ventricolo a qualsiasi alimento o bevanda.

Le urine scarse, limpide, di colorito pallido, diminuiscono e scompaiono del tutto dopo cinque giorni di degenza.

Sopraggiungono convulsioni cloniche e fenomeni uremici molto spiccati : l'apatia e il coma si aumentano ; la respirazione si fa lenta — 16 — e superficiale ; il polso tardo, piccolo, appena percettibile. All'ottavo giorno l'ammalata muore coi fenomeni più spiccati dell'uremia.

Post mortem -- 25 ore dopo la morte.

La rigidità muscolare agli arti ben marcata. Calotta cranica e meningi normali, liquido cefalorachidiano abbondante, cervello anemico. Liquido pericardico di poco aumentato ; cuore pallido, atrofico, contiene poco sangue nelle sue cavità. Polmoni pallidi, asciutti, con poche macchie azzurre ipostatiche verso la base, crepitanti al tatto ed al taglio. Lievemente ingrossate le glandole peribronchiali.

Aperto l'addome, con due tagli longitudinali in continuazione delle linee mammarie, ed un taglio trasversale che unisce i due primi agl'ipocondri, si vede il grande epiplon aderente in basso e per tratto limitato al peritoneo parietale ; lo stomaco dilatato, il colon trasverso aderente nella porzione mediana ad alcune anse dell'ileo, che sono stirate in basso ; il cieco, il tratto inferiore del colon discendente convergono, unite per lasche aderenze, alle anse del tenue, verso la parte mediana ed anteriore del grande bacino.

Nei pressi del fegato, verso il legamento rotondo si trovano dei nodi della grandezza di una grossa mandorla, di consistenza piuttosto molle e pastosa ; incidendole si vedono costituiti da un materiale caseoso, poco fluido, giallognolo. Tumoretti glandolari con-

simili si trovano sparsi in corrispondenza del plesso lombo aortico, della vescica e del retto.

I reni di poco aumentati di volume, più consistenti, di colore giallo pallido, tanto alla superficie esterna, che al taglio, che si presenta di uno splendore lardaceo. Caratteri di una completa degenerazione amiloide.

Il fegato alquanto ingrossato, con un lieve grado d'infiltrazione grassa. La milza raddoppiata di volume.

La vescica urinaria, vuota e aderente col suo fondo al peritoneo parietale, è, assieme all'uraco, spostata verso destra.

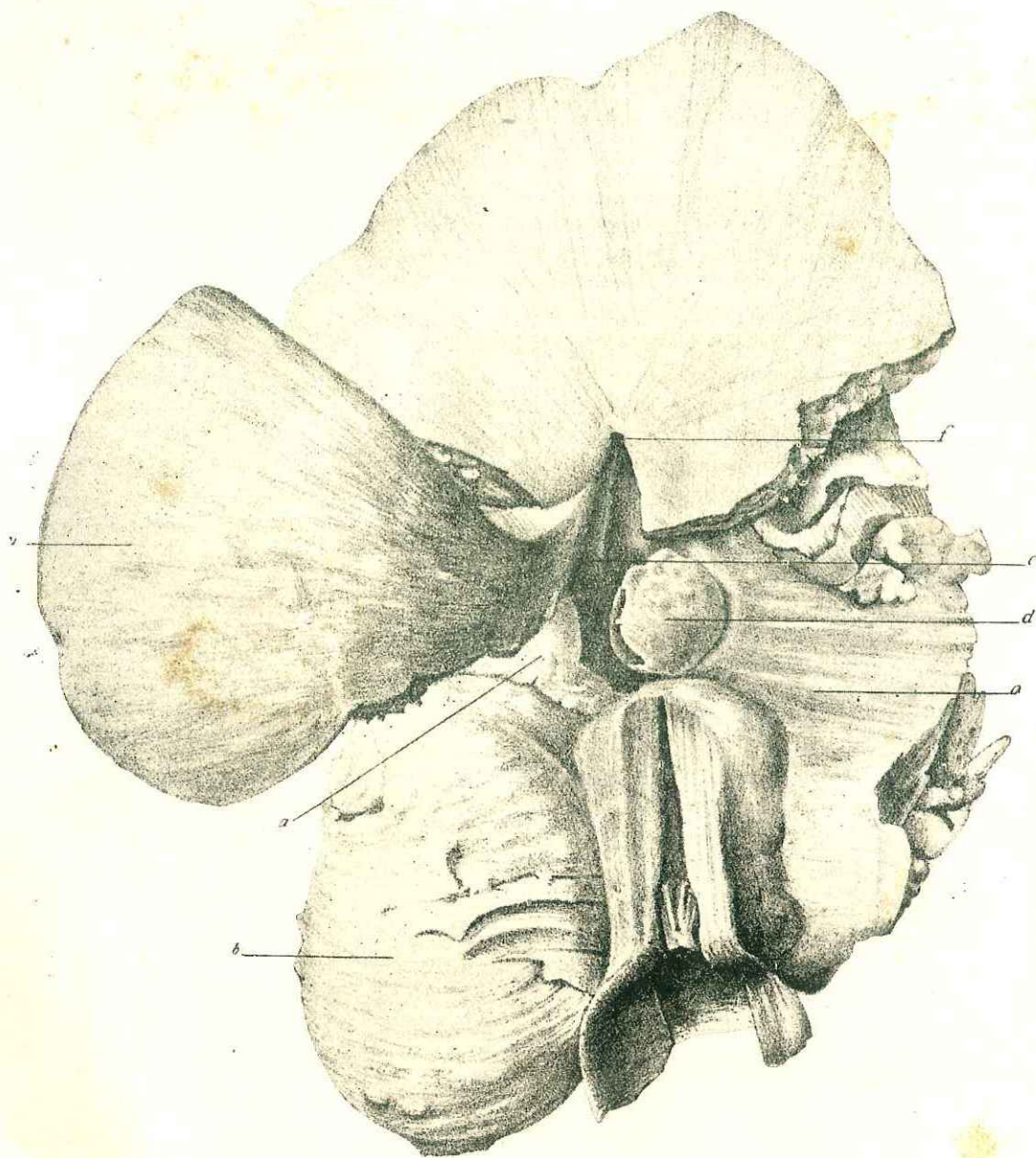
Tagliando la vescica trasversalmente in corrispondenza del collo, e rovesciandola in alto (1), si scopre una massa dura costituente un tumore irregolare ed appiattito, del volume di una grossa arancia, che occupa buona parte della piccola pelvi, aderente al fondo dell'utero, il quale è impicciolito ed atrofico, e ad alcune anse intestinali, quali più, quali per meno intime aderenze. Questo tumore, che è fatto da tessuto di apparenza fibroso, disposto a fasci irregolarmente agglutinati e formanti un tutto molto duro e compatto, occupa anche il lato sinistro dell'utero, pigliando il posto del legamento largo e dell'ovaio; e circoscrive nel suo seno una piccola loculazione, cui mette capo il meato fistoloso della parete addominale, già descritto. La piccola cavità racchiude alla sua volta un tumoretto della grandezza di una nocciuola, di figura sferoidale, a superficie irregolare, che lo occupa per intero e che resta al lato sinistro della sua parete attaccato per breve e largo picciuolo.

Questo tumoretto è il residuo della ciste dermoide, e contiene un gomitolino di peli ed un dente.

La cavità in parola ha superficie levigata e si adatta completamente al tumore che racchiude, conservandone le impronte, anche quando, con qualche stento, se ne divaricano le resistenti pareti.

Al lato destro dell'utero un tumore cistico del volume di una doppia arancia occupa il posto del legamento largo e dell'ovaio di

(1) Vedasi l'annessa tavola.



- f. Apertura fistolosa nella parete addominale*
- c. Cavità residuale del cistoma suppurante*
- d. Avanzo della dermocisti*
- a. Cicatrice del cistoma*
- b. Cisti sierosa dell'ovaio destro*
- u. Urocisti tagliata ed arrovesciata*

A. Turretta - Scritti scientifici - a cura della figlia Sig.ra Maria Antonietta in Venuti.

Sulla guarigione spontanea di un cistoma dell'ovaio - Autopsia.

questo lato : è di figura ovoidale, libero di aderenze nella sua periferia a destra, mentre col suo lato sinistro aderisce alla massa di tessuto fibroso cicatriziale che circonda la piccola cavità ; è una ciste a parete sottile, uniloculare, contenente siero limpido cetrino. Sembra di recente formazione ed originaria dell'ovaio destro.

Il tessuto duro, fibroso che costituisce questa specie di *tumore* al di sopra e al lato sinistro dell'utero si mostra al taglio formato da elementi fascicolati, resistenti e splendenti, disposti a zig-zag e agglutinati da elementi di connettivo più giovine, bianco, più molle al tatto.

Al microscopio si riscontrano, in mezzo agli elementi proprii del tessuto cicatriziale, un tessuto composto di fibre lunghe, molto serrate, delle fibre elastiche e qualche traccia di granulazione calcarea ; il tutto riunito da tessuto congiuntivale, fra le cui cellule se ne vedono alcune in avanzata degenerazione grassa.

E' necessario ora domandarsi sino a qual punto i risultati anatomici descritti vengono a confermare la diagnosi di guarigione da me azzardata nel mio scritto innanzi citato.

Nessun dubbio che la massa fibrosa addossata all'utero rappresenta la riduzione cicatriziale del voluminoso cistoma da cui era affetta la donna : il lungo processo di suppurazione terminò col produrre il raggrinzamento, il totale saldamento delle sue vaste pareti e l'esito in cicatrice. Sembra parimenti fuori dubbio che, per quanto si riferisce alla parte principale o colloidea della ciste, la piccola locuzione tuttora esistente sia dovuta a quel residuo di porzione dermoide che costituiva ancora un ostacolo alla sua totale scomparsa.

La ciste sierosa rinvenuta al lato destro dell'utero non può essere ritenuta una dipendenza della antica ciste suppurata ; non solamente per la sua ubicazione, che la farebbe attribuire all'ovaio destro, di cui non si osserva più traccia, ma anche per il suo contenuto eminentemente sieroso e per la sottile struttura della sua parete. Sembra inoltre poco verosimile che una ciste a carattere di formazione così recente possa essere una dipendenza del voluminoso cistoma colloide, che ebbe origine a sinistra, senza per altro es-

sere compresa in quel lavoro di suppurazione che si protrasse per un periodo di tempo così lungo, al quale prese parte la porzione dermoidea della ciste, e che produsse cellulite pelvica e peritonite adesiva in tutte le vicinanze del tumore.

Tutto dunque induce a credere che questa ciste sierosa si sia sviluppata dall'ovaio destro, in epoca posteriore allo svuotamento e alla cicatrizzazione del grande cistoma dell'ovaio sinistro; o che essa (1), esistendo già allo stato rudimentario contemporaneamente a quest'ultimo, abbia dopo la scomparsa del tumore che costituiva un impedimento al suo sviluppo, assunto proporzioni maggiori, raggiungendo il volume che l'autopsia ci ha mostrato.

Nessuna luce viene a spargere l'autopsia sulle cause che determinarono l'infiammazione suppurativa nella ciste: la considerevole sclerosi dei tessuti, che forma unico corpo del residuo cicatriziale del cistoma e dei parametri, non permette di riconoscere se la flogosi abbia avuto la sua origine da una causa, del resto abbastanza rara, e nel caso in specie come abbiamo altra volta dimostrato, poco ammissibile, la torsione del peduncolo. Però, l'essere la peritonite adesiva limitata a quelle anse che circondavano il tumore o che erano in rapporto con esso, è un fatto anatomico che viene a confermare di quanto era stato da noi detto; escludendo completamente il sospetto che la infiammazione abbia potuto aver luogo per diffusione di processo in seguito di peritonite generale; poichè è indubitato che il processo d'infiammazione si diffuse dall'interno della ciste al peritoneo, limitandosi a quel tratto di questa sierosa che vi stesse in rapporto più o meno immediato.

Lascio indietro le considerazioni sulle cause dell'affezione renale, e sulla influenza che la lunga suppurazione della dermociste potè avere nello sviluppo di quello stato particolare di caseificazione in cui furono trovate buona parte delle glandole peritoneali.

Ma, in qualsiasi modo s'intenda l'origine di tale alterazione, certo è che i fatti fornitici da questa necroscopia sono degni di ri-

(1) Corneil et Ravvier, *Histologie pathologique* p. 1129.

cordo, illustrando una varietà ben rara di guarigione dei tumori cistici dell'ovaio.

Poichè se l'infiammazione delle cisti ovariche è un fatto comune, tanto da far dire a West che poche sono le cisti ovariche le quali raggiungono un certo volume senza esser colte da questo processo; l'esito in guarigione per questo mezzo è però ritenuto rarissimo, e solo possibile nelle cisti uniloculari a contenuto sieroso.

L'autopsia confermò quasi per intero la diagnosi fatta in vita, dimostrando lo svuotamento e la completa cicatrizzazione di una voluminosa ciste composta dell'ovaio, per effetto di suppurazione spontanea.

Ma la porzione dermoide del vasto tumore può ritenersi completamente guarita? E il suo residuo sarebbe così limitato se non fosse esistita l'azione meccanica della ciste principale, che, racchiudendola e circondandola da ogni lato, non l'avesse obbligato a vuotarsi?

Non è così facile rispondere affermativamente a tali questioni.

Le ricerche microscopiche istituite su quel residuo di ciste esistente mostrano una serie di cellule plasmatiche appiattite; cellule cornee ed altre sebacee, delle quali alcune molto nucleate, alcune altre senza nuclei per imbibizione atrofica; non si rinvenne alcun follicolo pilifero, ma in diversi tagli la parete si mostrò liscia, appiattita, fibrosa, con qualche glandola sebacea e sudorifera, e nulla più.

Notisi però che il non essersi rinvenuto alcun follicolo pilifero non fornisce un criterio del tutto decisivo sulla cessazione del carattere dermoideo di questa parete; avvegnachè non si possa essere del tutto sicuri che alcun follicolo pilifero non sia sfuggito alle ricerche. E ciò tanto più se devesi prestar fede a Cruveilhier (1) il quale asserisce di non aver trovato che un sol follicolo peloso in una ciste dermoide di un certo volume.

Comunque voglia intendersi la cosa, non è certo da porre in dubbio che la ciste dermoide partecipò al lavoro suppurativo, che

(1) Corneil e Rauvier p 304, l. c.

lo invase per intero, modificando essenzialmente la struttura della sua parte, e riducendone il volume — che, a giudicare dalla copia del materiale venuto fuori, dovea esser ben grande — a quel residuo piccolissimo innanzi descritto.

Però è da ritenere come molto probabile che lo svuotamento e la retrazione della dermociste non sarebbero così presto avvenute se la cicatrice derivante dalla grande ciste composta, obbedendo alla propria tendenza di raccorciarsi in tutti i sensi, non avesse formato intorno alla ciste pelifera una specie di cerchio tendente sempre concentricamente a restringersi, sino alla totale scomparsa della cavità e del contenuto.

Trapani, dicembre 1883.
