

BIBLIOTECA
ANCIANA



Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Roma

SOPRA UN CASO DI ANEURISMA EMBOLICO
DELL' ARTERIA MESENTERICA SUPERIORE

PEL

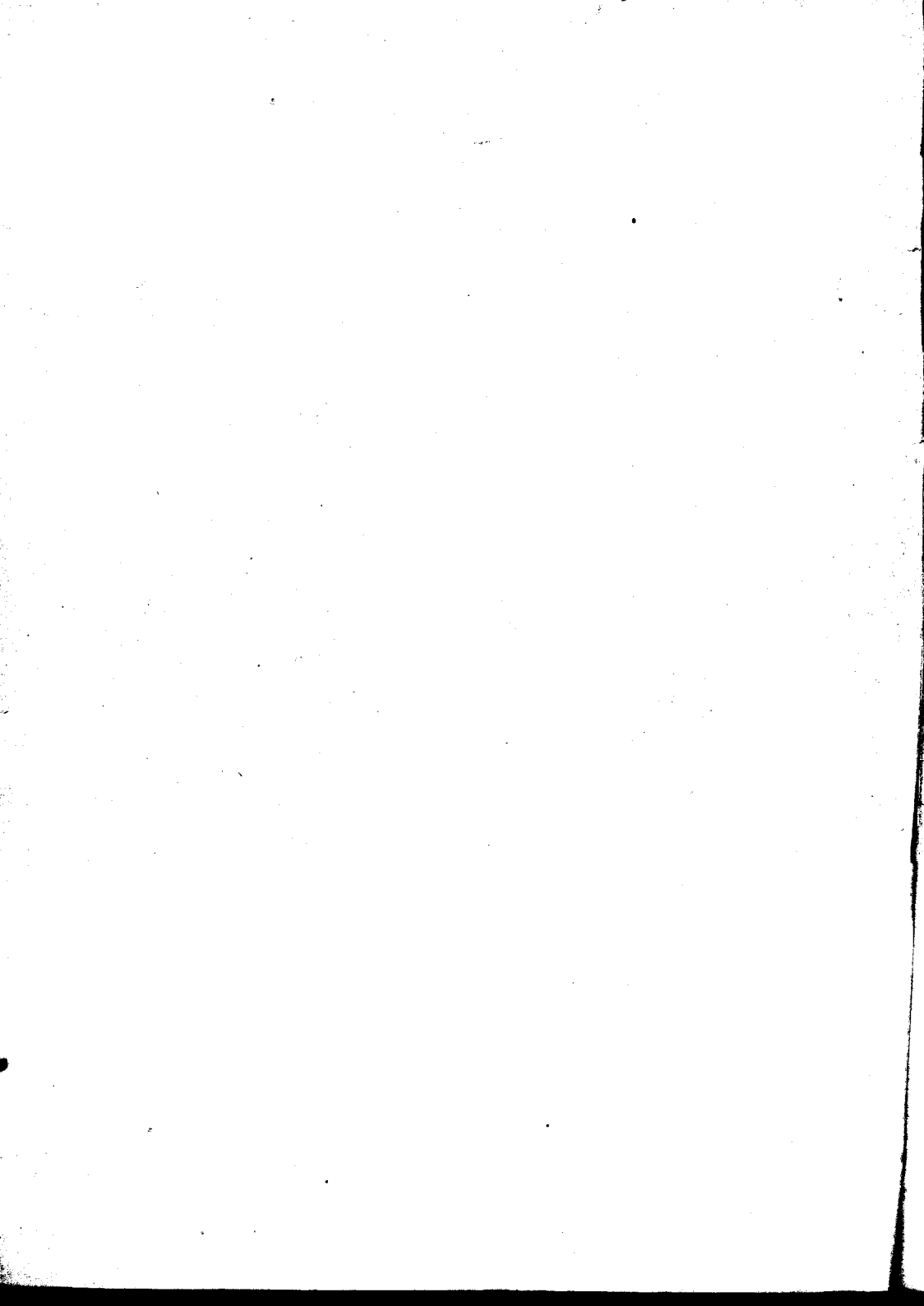
Prof. E. MARCHIAFAVA

E

Dott. U. MARIOTTI



(Estratto dal giornale *La Riforma Medica*, Agosto 1887)





ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA. — **Sopra un caso di aneurisma embolico dell'arteria mesenterica superiore.** — Prof. E. MARCHIAFAVA e Dott. U. MARIOTTI.

Fra le complicazioni delle cardiopatie organiche si annoverano quelle procedenti dagli embolismi, sia che questi si limitino a produrre stenosi ed obliterazioni delle arterie, sia che si elevino ad agenti primi di aneurismi per questa genesi detti embolici. Di un caso di embolismo dell'arteria mesenterica superiore osservato nella scuola di anatomia patologica fu narrato da Conti (1). Ora esponiamo brevemente quello di un aneurisma embolico della stessa arteria in un cardiopatico.

Lanzi Luigi, di anni 21, venditore di polli, entrò nell'ospedale il giorno 15 settembre 1886. Egli si lamentava di un dolore fierissimo nella regione epigastrica, irradiantesi in tutto l'addome e posteriormente, insorto la sera innanzi quasi istantaneamente. Il malato è di nutrizione generale scaduta, la cute è pallida, il volto esprime l'ambascia di una sofferenza gravissima, egli si rivolge sul letto ora da una parte ora dall'altra mettendo grida di dolore. Si è verificato vomito, ed ora di quando in quando se ne hanno conati. Dal giorno innanzi non si ebbero evacuazioni alvine. Il ventre è tumefatto uniformemente, la palpazione dello stesso aumenta, ma non mol-

(1) *Gazzetta degli Ospitali*, 1883.

to, il dolore, la percussione dà suono timpanico. Il torace è di forma regolare, l'esame fisico dimostra facilmente una notevole ipertrofia del cuore sinistro, la cui punta batte nel 6° spazio intercostale all'infuori della linea mammillare, consecutiva ad una lesione delle valvole aortiche con prevalente insufficienza (rumore sistolico e diastolico; quest'ultimo assai prolungato e rude nella parte superiore dello sterno e nel 2° spazio intercostale a destra dello sterno). Il polso è piccolo, frequente, celere. La temperatura è normale. Le urine scarse.

Fu fatta una iniezione di morfina, dopo la quale il dolore si calmò per poco, cosicchè si dovette ripeterla. Si fecero enteroclistmi, ma senza alcun risultato.

16 Settembre. Seguita lo stesso stato. Si ripetono le iniezioni di morfina. La nutrizione è impossibile per il vomito. Temp. normale.

17 Settembre. Come cessa l'azione della morfina, il dolore riprende straziante. L'ammalato è prostrato, il polso più debole, la fisionomia alterata. Nel pomeriggio cade nel collasso, si fa pallidissimo e muore.

Innanzi a questo quadro sintomatico: dolori addominali fierissimi, venuti quasi improvvisamente in un giovane cardiopatico, vomito, stipsi — a quale processo morboso poteva pensarsi? *L'occlusione intestinale*, alla quale si direbbe il pensiero da principio, difficilmente si poteva ammettere, riflettendo che la defecazione era stata normale fino al giorno innanzi, che i dolori erano insorti improvvisamente e con *quella intensità* senza prodromo alcuno. Si eliminò pure, in appresso, il sospetto di *coliche nervose* o da *calcolosi*, e la *peritonite*, quest'ultima soprattutto, perchè di poco il dolore si esacerbava alla pressione, e mancò qualsiasi reazione febbrile. E allora, volendo

pur mettere in rapporto quei sintomi con la malattia del cuore sinistro, della quale l'infermo disse soffrire da lungo tempo, si ritenne fondato il sospetto di una embolia dell'arteria mesenterica superiore, tanto più che ad essi sintomi corrispondevano quelli presentati nel caso occorso nell'ospedale, sebbene il decorso di questo fosse stato brevissimo. Nè ci fece recedere dall'ammettere questo gravissimo fatto l'assenza della diarrea sanguinolenta, la quale si ebbe in alcuni casi di detta embolia osservati nell'uomo, e fu provocata con la legatura dell'arteria mesenterica superiore fatta negli animali da Litten, poichè mancò in molti casi, e mancò pure tanto nel caso descritto da Conti, quanto in quello osservato prima da Cattani (2).

Autopsia eseguita il giorno seguente :

Cute pallidissima — Nutrizione scaduta — Cervello e meningi poverissimi di sangue — Pleure asciutte — Polmoni liberi, alquanto induriti uniformemente, con chiazze giallastre — Cuore aumentato di volume per notevole ipertrofia eccentrica del ventricolo sinistro — Le valvole aortiche insufficienti, retratte, ispessite, ricoperte di grosse vegetazioni verrucose resistentissime, in qualche punto calcificate, e di altre meno resistenti, facilmente distaccabili — Le cavità cardiache contengono poco sangue disciolto e qualche grumo molle.

Nessuna alterazione nell'aorta. Nella cavi-

(2) Embolia dell'arteria mesenterica superiore. (*Gazzetta degli Ospitali* a. 1883 p. 130) Racconta di un uomo di anni 60, il quale entrò nell'ospedale con dolori atrocissimi di ventre, stipsi, vomito, voce fioca, polso debole, intermittente, ventre tumido. Si escluse la peritonite, e si dubitò di occlusione intestinale. Poco dopo collasso e morte. All'autopsia trombosi dell'aorta discendente toracica, embolo otturante dell'arteria mesenterica superiore. Infarto e successiva necrosi del mesenterio e dell'intestino.

vità del peritoneo enorme quantità di sangue, in parte sciolto in parte aggrumato. Nessuna traccia di peritonite.

Il mesenterio è notevolmente ispessito perchè infiltrato di sangue, onde la formazione di un ematoma diffuso; nella faccia inferiore si trova una lacerazione della lamina peritoneale, donde il sangue si versò liberamente nel peritoneo.

Sezionato il tronco dell'arteria mesenterica superiore, e le sue diramazioni principali, non si trovarono obliterazioni di sorta, fino al tratto terminale ileo-colico, nel quale si trova una piccola apertura a margini poco irregolari, per la quale si entra in un sacco aneurismatico della grandezza di uovo di piccione, lacerato nella sua faccia posteriore. L'arteria al di sopra dell'apertura dell'aneurisma è molto dilatata, mentre al disotto si restringe, e per metà circa della circonferenza è ricoperta da un trombo parietale, che raggiunge un millimetro di spessore, e si estende per 3 o 4 millimetri. Il sacco aneurismatico, a superficie levigate, contiene un coagulo resistente, stratificato, non aderente.

L'esame microscopico della parete del sacco la dimostra costituita da un tessuto connettivo, ricco di elementi cellulari fusiformi; lo strato interno è fatto da una sostanza jalina, la quale di quando in quando si rigonfia verso l'interno della cavità aneurismatica, ed è infiltrata da numerose granulazioni di pigmento rugginoso. Le tonache dell'arteria fino all'orificio dell'aneurisma presentano la loro struttura normale, solo in vicinanza di quello si atrofizzano gradatamente per continuare con la parete descritta del sacco aneurismatico.

Diagnosi anatomica — Endocardite cronica verrucosa e ricorrente delle valvole aortiche, con stenosi ed insufficienza — Dilatazione ed ipertrofia del ventricolo sinistro — Piccolo

aneurisma spurio del tratto terminale dell'arteria mesenterica superiore, rotto fra le lamine del mesenterio con ematoma consecutivo di questo—Lacerazione della lamina peritoneale inferiore ed emorragia nel cavo peritoneale.

Come si rileva adunque dall'autopsia, non si trattava di una embolia dell'arteria mesenterica superiore, come si pensò durante la vita, ma di un aneurisma spurio dell'arteria stessa. Ora vediamo se fra questo aneurisma e l'embolia esista qualche rapporto, e se questa possa, per avventura, considerarsi come causa di quello.

Sebbene ad alcuni patologi inglesi (Tuffnell, Ogle, Churck) si attribuisca l'aver accennato alla possibilità di un rapporto fra aneurismi ed embolie, pure spetta a Pönfick (3) il merito di avere introdotto nella scienza la dimostrazione degli aneurismi embolici, cioè di quegli aneurismi, la cui causa efficiente è dovuta ad un embolo. Egli descrisse 7 casi, nei quali credè potere ammettere tale patogenesi. Gli aneurismi si trovarono quattro volte nelle arterie cerebrali, due volte nei rami dell'arteria renale, due volte nell'arteria mesenterica superiore. Gli individui erano tutti al disotto dei 40 anni (29, 27, 40, 20, 24, 30, 32). Quanto alla forma clinica, è detto solo che in un caso nel quale si trattava di un uomo di anni 30, colpito da endocardite mitralica, si manifestarono improvvisamente atroci dolori addominali, quindi il collasso e dopo dodici ore avvenne la morte. All'autopsia si trovò copioso spandimento di sangue nel cavo peritoneale per rottura del piccolo aneurisma. Anche Louis Koch (*Ueber das Aneurysma der arteria mesenterica superior*,

(3) Ueber embolische Aneurysmen, ecc. *Virchow's Archiv*, B. 58.

1851, Erlangen) racconta di un giovane di anni 22, morto di aneurisma dell'arteria mesenterica superiore con dolori atrocissimi. P o n f i c k, considerando che nei casi da lui studiati mancò qualsiasi alterazione dei vasi sanguigni in prossimità degli aneurismi, che in tutti esisteva endocardite verrucosa sinistra, e in quasi tutti parziale calcificazione delle escrescenze, che in tutti si trovavano emboli in altre arterie, la struttura dei quali coincideva con quella dei trombi del cuore, emboli o appuntati contro le pareti dei vasi sanguigni, o, già perforatele, liberi nel sacco aneurismatico, non esita a ritenere che gli aneurismi erano originati da quegli emboli. Un frammento di trombo si distacca dal cuore, e, trasportato dalla corrente, s'incunea in un ramoscello arterioso senza occluderlo; quindi questo rimane pervio, sebbene angusto, al passaggio del sangue, la cui pressione comprime sempre più l'embolo contro la parete del vase sanguigno, la quale in quel dato punto si assottiglia fino a perforarsi e lascia libero il passaggio all'embolo e quindi al sangue, onde la formazione dell'aneurisma spurio. E a tale risultato conduce la qualità fisica degli emboli spesso calcificati, sempre duri, irregolari, e la sede degli stessi, e la qualità dei tessuti circostanti, incapaci ad opporre una valida resistenza alla formazione degli aneurismi (meningi, mesenterio).

In questo stesso anno P e l (4) comunicò un nuovo caso di aneurisma embolico dell'arteria mesenterica superiore. Si trattava di una giovane di 20 anni, tisica, alla quale sopraggiunse una endocardite verrucosa della valvola mitrale, conseguenza della quale l'aneurisma dell'arteria mesenterica superiore, e dell'arteria crurale destra, e un' embolia dell'arteria

(4) *Zeitschrift für klinische Medicin*, B. 12, n. 4, 1887.

Silviana sinistra. L'aneurisma dell'arteria mesenterica superiore si trovava nella parte concava dell'arco che forma la detta arteria, ed avea la grandezza di una moneta di 5 marchi. Non si trovarono calcificazioni nelle vegetazioni valvolari, nè emboli calcificati.

Ora, per tornare al nostro caso, anche qui la mancanza di qualsiasi alterazione nelle tonache dell'arteria mesenterica superiore anche in vicinanza dell'apertura del sacco aneurismatico, la natura spuria di questo, come risulta dalla sua struttura, la presenza sulle valvole aortiche di vegetazioni verrucose, alcune facili a distaccarsi e a dar luogo ad embolie, il coagulo libero resistente trovato nel sacco aneurismatico, la cui parte centrale rappresentava probabilmente l'embolo, sono fatti tali da far ritenere che il detto aneurisma fosse di origine embolica. Il non essersi trovato un embolo calcificato nel sacco, sebbene le vegetazioni endocarditiche avessero parziale calcificazione, vuol dire che bastò un embolo fibrinoso, resistente, irregolare a produrre l'aneurisma, come si verificò in alcuni casi di P o n f i c k, e in quello di P e l.

La forma clinica verificatasi è spiegata dal reperto anatomico. Rottosi il piccolo aneurisma, il sangue, spandendosi fra le lamine del mesenterio, lo stirò, e compresse i nervi e i vasi in esso decorrenti, onde i fierissimi dolori, la paralisi intestinale, il meteorismo, la stipsi, il vomito riflesso. Quando, laceratasi la lamina mesenteriale posteriore, il sangue inondò il peritoneo, si ebbe il collasso e l'anemia acutissima, e quindi l'esito letale.

Due parole sulla diagnosi. Quando in un paziente di cardiopatia sinistra, o di arteriosclerosi, soprattutto con debolezza cardiaca, si svolge il quadro morboso ricordato nel caso nostro, fra le ragioni che possono averlo provocato si devono includere l'embolia, o la rottura di un aneurisma embolico dell'arteria

mesenterica superiore, e quella maggiormente se si manifesta la diarrea sanguinolenta. Mancando questa, la diagnosi differenziale fra i due gravissimi e letali avvenimenti non può farsi. Poichè, se accade l'embolia dell'arteria mesenterica superiore, l'infarto emorragico della parte degli intestini e del mesenterio da essa irrorata vale a produrre le stesse manifestazioni cliniche che l'ematoma mesenteriale consecutivo alla rottura di un piccolo aneurisma della stessa arteria.

2918

