



Dalla R. Clinica di Roma

LEZIONE CLINICA

DEL

Prof. GUIBO BACCELLI

RACCOLTA

dal dott. EUGENIO MINOSSI assistente

ANEURISMA AMPOLLARE DELL'AORTA ASCENDENTE

Estratto dalla *Gazzetta Medica di Roma*

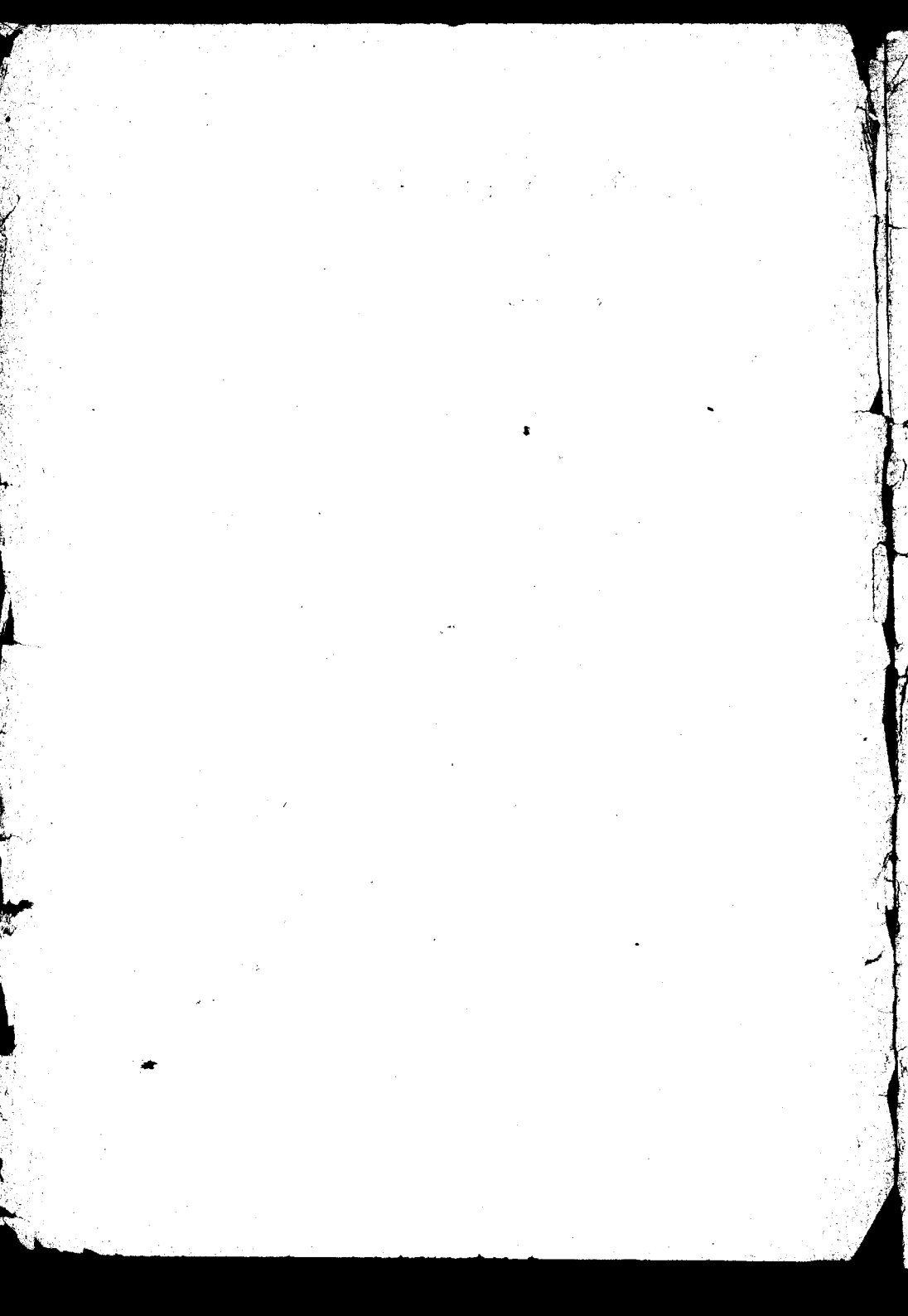


ROMA

TIPOGRAFIA DI M. LOVESIO

Ospizio San Michele

1896



Dalla R. Clinica di Roma

LEZIONE CLINICA

DEL

Prof. GIULIO BACCELLI

RACCOLTA

dal dott. EUGENIO MINOSSÌ assistente

ANEURISMA AMPOLLARE DELL'AORTA ASCENDENTE

Estratto dalla *Gazzetta Medica di Roma*

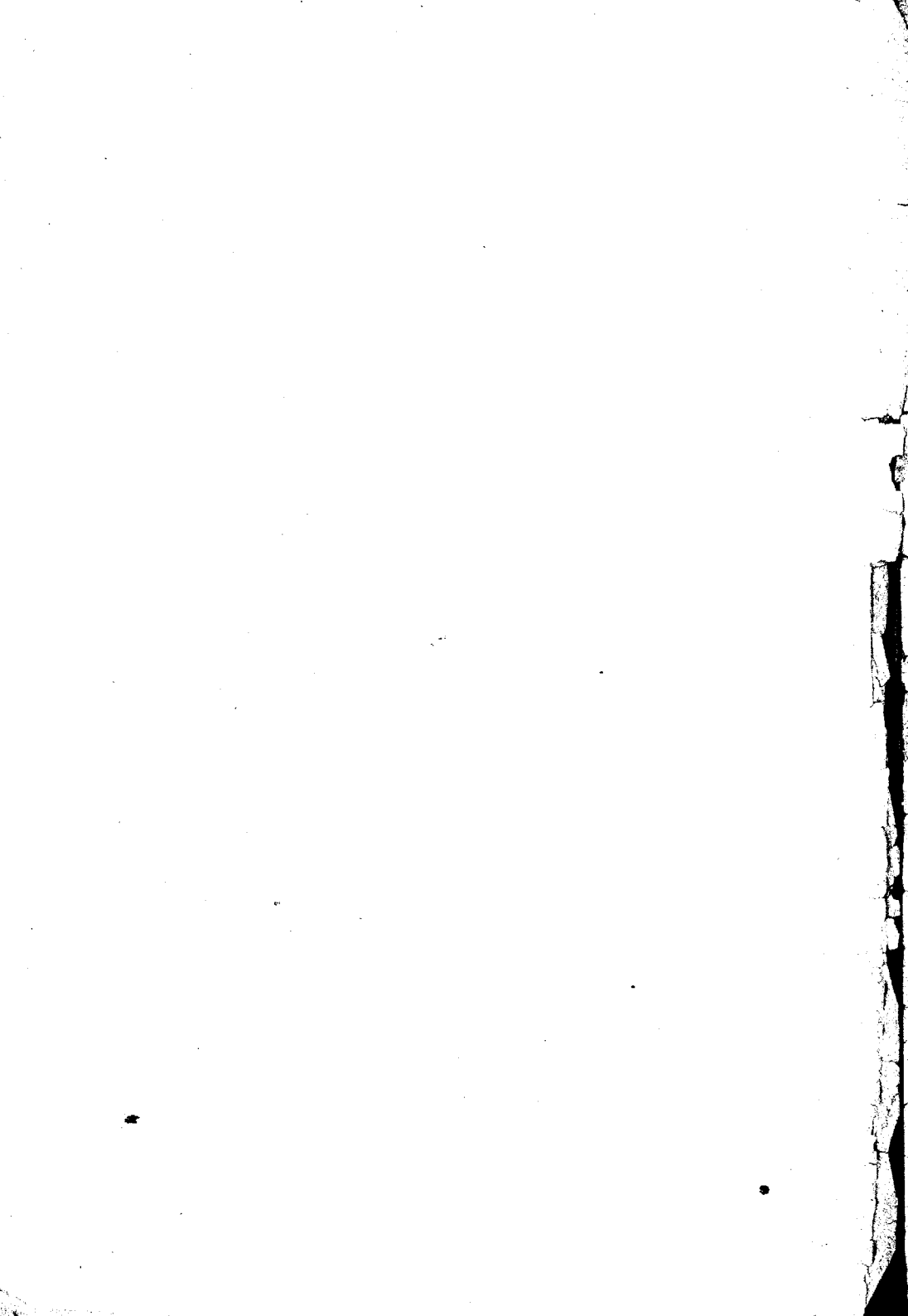


ROMA

TIPOGRAFIA DI M. LOVESIO

Ospizio San Michele

1896





Margherita L... di anni 57, nativa di Roma, entra in clinica il 18 aprile p. p., e occupa il letto N. 11. Non conobbe il padre, nè sa di qual male sia morto. La madre, molto vecchia, emorroidaria, morì per febbri suppurative. Un fratello uterino saggiacque per polmonite all'Ospedale di Santo Spirito. Un altro è vivente e in buona salute. Fu mestruada a 15 anni circa, senza disturbi, e le mestruazioni si mantennero sempre regolari per qualità e quantità. Circa quell'epoca cominciò a soffrire di febbri di malaria a tipo quartanario, che si ripeterono per quasi quattro anni successivi. Fece largo uso di preparati di chinino, che la guarirono. A 18 anni, mentre trovavasi ricoverata in una comunità, fu colpita, insieme a molte altre sue compagne, da morbillo. A 24 anni tolse il primo marito, da cui si ebbe 7 figli, dei quali soli 2 sono viventi.

Degli altri 5, quattro morirono di pochi mesi, con convulsioni, il quinto, in seguito ad una caduta. Dopo 6 anni di vedovanza, tornò a marito, da cui non nacquero figli. Durante questi vari periodi non ha mai sofferto nella salute. Anche i parti, ad eccezione di uno, nel quale subì forti perdite di sangue, si effettuarono tutti senza che ella ne avesse a risentire danno alcuno. Nell'agosto passato, cominciò a soffrire di dolori acuti che l'inferma indica localizzati ad ambedue le spalle; più intensi a destra, posteriormente, nella regione scapolare. Ad

tusità cardiaca non deborda dal margine sternale. La piccola area di ottusità si rinviene sulla 4 costa, lungo la parasternale sinistra.

Ascoltazione. — Alla punta si ode il 1° suono forte, chiaro e netto, il 2° tono, più debole del 1°, anch'esso netto. Alla base del cuore, sulla sede dell'aorta, si sente il 2° tono rinforzato.

Addome. — La cute dell'addome presenta numerose strie biancastre, residuo dei parti pregressi. La palpazione riesce indolente. Il ventre non è meteorico. La percussione dà risonanza timpanica per ogni dove.

Milza. — Non si presenta ingrandita.

Fegato. — Il margine superiore di quest'organo non mostra deviazione. L'inferiore si trova sulla linea mediana, nella metà della linea che unisce l'apofisi ensiforme dello sterno all'ombelico: sul prolungamento della parasternale a circa due dita in sotto dell'arcata ipocondriaca: sulla linea emiclaveare, un dito in sotto. Alla palpazione l'organo presenta il suo margine arrotondato e alquanto indurito.

Lo stomaco non è dilatato.

Le urine sono normali per quantità e qualità.

Le considerazioni fatte dal Prof. Baccelli nella lezione del 19 Aprile p. p. sull'inferma di cui ho riferito la storia clinica sono le seguenti:

— In essa si nota una pulsazione che ha il triplice carattere di lenta, espansiva, solievante nel lato destro del torace fra il primo ed il secondo spazio intercostale dallo sterno alla linea emiclaveare.

Questa pulsazione è doppia, tanto alla palpazione quanto all'ascoltazione, la quale fa sentire un suono e un tone.

È questo veramente il doppio cuore di Stockes, non vi ha dubbio quindi che si tratti d'un aneurisma.

La pulsazione appare sincrona al battito cardiaco, ma pure vi è un brevissimo ritardo che nel tracciato grafico apparisce rappresentato da un tempuscolo.

Il tono che si ascolta sull'aneurisma è netto e non è, né preceduto, né accompagnato, né seguito da rumori. Segno evidente che le valvole aortiche sono integre, il suono poi è netto anch'esso, il che vuol dire che il pertugio per il quale penetra il sangue nella tasca aneurismatica è levigato.

Dove è situato questo aneurisma?

Certamente nell'aorta ascendente, come è rivelato dalla sua stessa posizione.

Ma quale è la parete dell'aorta che è sede di questo aneurisma? La parete posteriore? l'anteriore o superiore? la laterale?

Se l'aneurisma si fosse sviluppato nella parete posteriore, si avrebbero i fenomeni della broncostenosi per la compressione determinata sul bronco destro, e, invece, di questa non vi è quasi traccia. Se lo fosse nella parete esterna, si avrebbero fenomeni assai maggiori di compressione sulla cava discendente che è a contatto di questa parete. Ora veramente non può dirsi che fenomeni di stasi manchino: esiste infatti cianosi delle labbra; le vene giugulari nella posizione supina dell'inferma non si sgonfiano neanche nelle forti inspirazioni e sul petto si nota accennato lo sviluppo della rete venosa sottocutanea. Quindi un grado di compressione vi è, ma non quale sarebbe se l'aneurisma si fosse estrinsecato nella parete esterna.

La prima a risentirsi di un tale ostacolo, quando esiste, è la giugulare esterna sinistra per il decorso curvilineo che tiene l'omonima sinistra prima di sboccare nella cava discendente; e allora si sviluppano vieppiù quei vasi comunicanti del collo che il prof. Baccelli chiama le azigos del collo. La circolazione venosa superficiale impedita deve allora essere compensata dalle vene profonde e precisamente dalle intercostali le quali a destra sboccano nella grande vena intercostale e a sinistra nella piccola.

La cianosi che presenta questa donna e che tiene infallantemente ad una eccessiva pienezza dei capillari venosi non è congiunta ad edema.

Questa osservazione è degna di studio.

Si è creduto e si crede che gli edemi come causa prossima riconoscano un'aumentata pressione nel circolo capillare. Il caso che abbiamo sott'occhio non solo non conferma ciò, ma eleva un dubbio ragionevole sulla verità dell'asserto.

Lo studio dei capillari, spiegantisi nelle varie foggie conoscitissime, ci permette di osservare che sono sprovveduti di guaina linfatica. I capillari sono accompagnati invece da linfatici paralleli. Quando i capillari assurgono alla formazione del tronco venoso, allora intorno a questo i linfatici costituiscono una guaina che è più ricca al paragone di quella che si trova sulle arterie.

Legata una vena, al disotto della legatura, si osserva un sovraempimento che va via via accrescendosi fino a che può dilatarsi il lume del vaso. A misura che la compressione produce la pressione endovenosa, il tronco venoso trasuda stille di siero e nello stesso tempo la regione linfatica che concorre alla formazione della guaina di questo vaso si sforza e da luogo ad una vera linforragia.

Queste due condizioni sono quelle che producono l'edema indipendentemente dalla pienezza dei capillari.

Gli edemi nelle malattie del cuore sono contemplabili nell'esordio loro come indici di fatti meritevoli di attenzione.

Ove l'ostacolo del circolo si faccia rapidamente sulle grandi vie, i grossi tralci, al disotto dell'ostacolo, risentono i primi il disordine dell'azione idrodinamica e rivelano i primi i fatti dell'idrostasi.

Per converso, ove sia lieve l'ostacolo nel circolo centrale, riferendosi sempre alla sezione venosa, l'aumento della pressione è segnalato dalle reti dei capillari più remoti.

Questo fatto ci spiega nel caso nostro la presenza della cianosi nel prolabio e l'assenza dell'edema.

I medici, che debbono interessarsi con un'analisi diligente e minuta delle conseguenze sul circolo venoso dipendenti da lesioni idrauliche centrali, potrebbero avvisare per lo più la comparsa dell'edema parziale e discreto nelle adiacenze dei malleoli incominciando dal sinistro.

Gli edemi perimalleolari hanno spiegazione limpida dalla lunghezza degli archi idraulici.

È così che se un edema dovesse apparire nel collo apparirà primieramente a sinistra, ed è parimenti così che, quando l'edema incomincia sulle estremità inferiori, il luogo dove appare primieramente, è la regione perimalleolare a sinistra.

Questo per gli edemi derivanti dagli ostacoli del circolo centrale, mentre altri edemi potrebbero trarre in errore p. es. quelli che in modo strano e contro le note leggi di gravità si veggono apparire nei fatti renali o quelli che, lungo la spina della tibia p. es., si avverano negli artritici non cardiaci.

Ritornando alle ragioni idrodinamica ed idrostatica provenienti da lesioni centrali degli organi circolatori il fatto dell'edema perimalleolare a sinistra dimostra l'importanza della lunghezza maggiore degli archi idraulici: difatti il circolo dell'arto sinistro inferiore per entrare nella cava ascendente ab-bisogna di percorrere un tratto più lungo per l'arto venoso iliaco sinistro di quel che non sia il circolo venoso dell'arto inferiore destro.

Questi edemi iniziali degli arti inferiori prevalenti a sinistra dileguano col riposo e colla giacitura orizzontale e ricompariscono nel moto e nella giacitura eretta o semieretta. A volte, senza lesioni di canalizzazione cardiaca, basta la debolezza del miocardio per produrre il fenomeno.

Si ritiene anche la cianosi, dai primi che descrissero il *morbus coeruleus*, come effetto della mistione dei due sanguini arterioso e venoso.

Coloro che si occuparono dell'analisi di questo fatto respinsero la proposizione anzidetta per due ordini d'argomenti:

1° Perchè videro casi in cui la miscela dei due sangui era evidente per ferita contemporanea d'una grossa arteria e d'una grossa vena e ciò non ostante la cianosi mancò;

2° Perchè trovarono esempi di comunicazioni abnormi tra i seni ed i ventricoli del cuore senza che vi fosse cianosi.

La cianosi invece esiste sempre laddove si genera stasi capillare. E nei casi stessi di comunicazioni abnormi intracardiache, allorchè cianosi vi fu, si dovettero persuadere gli osservatori che essendo grandemente ristretto il lume e l'alveo dell'arteria polmonare, ne risultava per conseguenza una ragione poderosissima di stasi e però di cianosi.

Tutte queste considerazioni lumeggiano il caso clinico nostro nei suoi più minuti particolari.

Lo *status praesens* di questa inferma, relativo alla stasi dei capillari, alla cianosi con mancanza d'edema, ad un primo grado d'ipertrofia del cuore sinistro, potranno cangiare col tempo, come il progredire del tumore aneurismatico determini lesioni funzionali più gravi nelle due provincie del circolo.

Tornando all'aneurisma, esso è situato nella parete anteriore dell'aorta ascendente e nella sua porzione extrapericardica, non solo per la sua posizione ben determinata, ma perchè, ove fosse nel tratto intrapericardico, vi sarebbe l'insufficienza delle valvole aortiche.

Si era sostenuto, fino a che nella scuola nostra non si venne a cancellare questo errore, che l'aneurisma dell'aorta portasse sempre di conseguenza l'ipertrofia del ventricolo sinistro. Ciò è stato dimostrato non esatto dal Prof. Baccelli, stabilendo le condizioni nelle quali una tale ipertrofia si verifica. La deviazione dell'asse idraulico della corrente sanguigna è l'indice della pressione intraventricolare, poichè è essa che, producendo un aumento della pressione, determina la dilatazione e l'ipertrofia del cuore. Quindi allora soltanto, quando l'aneurisma produce una deviazione dell'asse idraulico, si ha una notevole ipertrofia del cuore. Ciò si verifica ad esempio negli aneurismi fusiformi, ma non si verifica invece in quelli ampollari che sono legati al vaso arterioso per un colletto che ha un pertugio sottile pel quale penetra il sangue. In questo caso ipertrofia non si ha o è piccola cosa.

Nell'inferma presa in esame esiste ipertrofia del cuore?

Vi è un mezzo assai semplice ed esatto basato sull'anatomia topografica col quale si può stabilire con certezza lo stato del cuore. Tale metodo, scupato da altri, consiste nel descrivere sulla parete toracica la proiezione dell'area ventricolare del cuore, prescindendo dai seni, dalle orecchiette e dai grossi vasi della base.

Numerosissime esperienze stabilite sul cadavere hanno permesso al Prof. Baccelli di determinare due punti di ritrovo i quali, collegati per mezzo di linee con un terzo che ci è dato dall'ispezione e dalla palpazione, costituiscono un triangolo il quale, quando i ventricoli non sono ipertrofici, è un triangolo equilatero i cui lati misurano circa 9 centimetri.

I punti anatomici sono il lato interno della vena cava ascendente al suo sbocco nel seno destro; e questo punto corrisponde esternamente alla inserzione dell'apofisi ensiforme col corpo dello sterno a destra di questo.

Il secondo punto si ritrova sul margine superiore della 3^a costola, circa 2 cent. 1/2 infuori dell'articolazione costosternale. Il terzo è la punta del cuore, di cui ci dà contezza l'occhio, la palpazione, la percussione. La linea che congiunge l'inserzione della cava colla punta del cuore è la linea unimetrica del triangolo.

Il quale quando da equilatero si trasforma in rettangolare, e ciò avviene per l'innalzamento o l'abbassamento della punta cardiaca, allora la ipotenusa rappresenta il ventricolo ipertrofico. Se l'ipotenusa sarà rappresentata dal lato sinistro, il ventricolo ipertrofico è il sinistro, se sarà rappresentata dalla base, allora vuol dire che è ipertrofico il ventricolo destro.

Nel caso nostro la figura descritta dal triangolo disegnato su questi criterii è press'a poco equilatera, dunque non c'è o quasi ipertrofia del cuore.

Per questi ragionamenti la diagnosi può raggiungere il massimo grado di precisione e può venire espressa così.

« Aneurisma ampollare della parete superiore dell'aorta ascendente nella sua porzione extrapericardica a pertugio stretto e liscio e determinante (finora) non grave compressione sulla cava discendente: valvole aortiche integre ».

Quanto all'etiologia degli aneurismi, le cause sono: la sifilide, l'alcool, il reumatismo, la gotta, e alcuni mestieri; come sarebbero quelli che espongono ai grandi fuochi: quindi i cuochi vi sono particolarmente soggetti. I cocchieri vanno soggetti all'aneurisma della poplitea. Anche i mestieri che richiedono grandi sforzi dispongono all'aneurisma dell'aorta specialmente nei bevitori.

Il processo nosogenico degli aneurismi non s'inizia sempre dalla tunica media, ma anche dall'avventizia; e allora l'aneurisma si sviluppa specialmente nei punti dove la colonna sanguigna urta di più contro: così, p. es. nella curva aortica, nei punti più culminanti di essa. Uno di questi punti è dalla

natura maggiormente difeso coll'anello fibroso e coi cuscinetti di adipe descritti per la prima volta da Stockes.

Gli aneurismi possono ridursi a tre tipi:

- a) tipo ampollare.
- b) tipo fusiforme.
- c) tipo cilindrico.

Quest'ultimo tipo si deve piuttosto riunire al secondo.

Nei fusiformi vi è sempre deviazione dell'asse idraulico e quindi l'ipertrofia del cuore; negli altri non vi è, o questa è debole.

Non in tutti gli aneurismi v'è ritardo nel polso. Questo manca quando il colletto è stretto o l'asse poco deviato. In condizioni inverse si ha ritardo nelle arterie sottostanti all'aneurisma.

2815



