

BIBLIOTECA
LANCISIANA



DEI

RUMORI DI SOFFIO

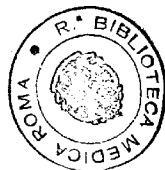
AL FASCIO VASCOLARE CARDIACO

NELLE LESIONI MEDIASTINICHE

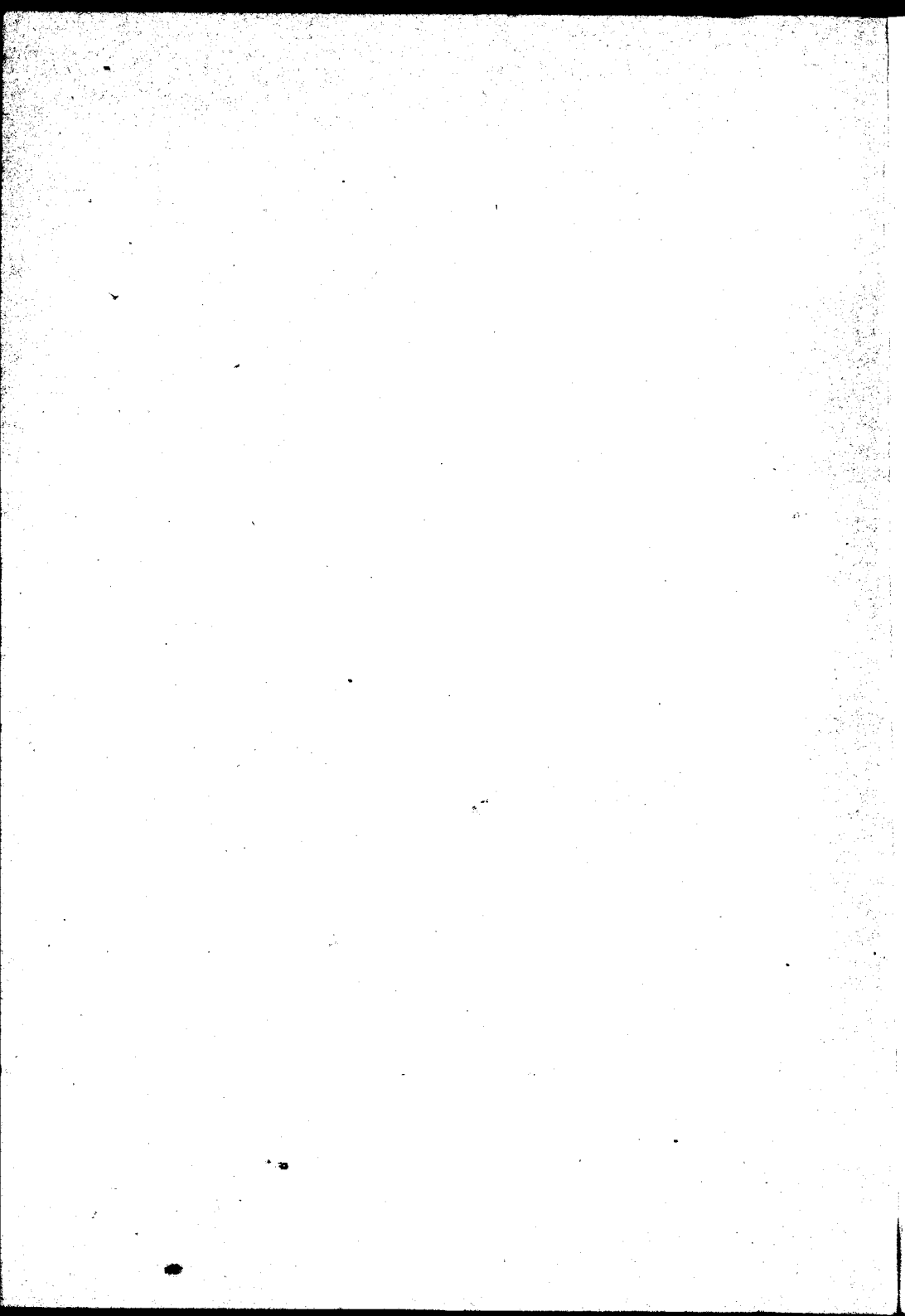
E POLMONARI

DEL DOTTORE

ALESSANDRO BORGHERINI



PADOVA
STABILIMENTO PROSPERINI
1888







DEI
RUMORI DI SOFFIO

AL FASCIO VASCOLARE CARDIACO

NELLE LESIONI MEDIASTINICHE

E POLMONARI

DEL DOTTORE

ALESSANDRO BORGHERINI



PADOVA
STABILIMENTO PROSPERINI
1888

Riprodotta dalla *Gazzetta degli Ospitali*, Anno 1885
(Numeri 7, 8, 9).

Il fascio vascolare del cuore, comprendente l'aorta dal suo principio a tutta la porzione orizzontale dell'arco, l'arteria polmonare e le sue diramazioni, l'origine dell'arteria innominata, della carotide primitiva sinistra e della succlavia sinistra, nonchè le vene innominate e la cava superiore è sede frequente di rumori, talora normali, talora patologici. Fra i primi ricordo specialmente il rumore sottoclaveare, che Richardson, Palmer e Fuller rilevarono in soggetti perfettamente sani, in ispecie in quelli dedicati a lavori faticosi delle membra superiori. Palmer lo osservò 37 volte su 129 individui da lui ricercati, Fuller 12 volte su 100, e lo attribuirono alla pressione del muscolo succlavio o della prima costa sull'arteria succlavia sottostante 1). Tale rumore è più preponderante al lato sinistro che al destro, ed il fatto sta con la massima probabilità in rapporto col decorso più lungo dell'arteria succlavia sinistra nella cavità del torace. Fra i normali rumori va pure collocato il *rumore di trottola* udibile alle vene giugulari profonde e che non è punto di valore

1) *Eichhorst*, Lehrbuch der physikalischen Untersuchungen innerer Krankheiten, Braunschwig 1881, Parte II^a, pag. 94.

patologico (Weil), tranne quando esso abbia un carattere aspro ed un'intensità ragguardevole (Friedreich).

I rumori patologici rilevabili al fascio vascolare cardiaco possono essere trapiantati dal cuore, ovvero avere origine locale, autoctona. Riguardo ai primi, è noto siccome le lesioni valvolari aortiche diano origine a rumori che si diffondono per tutti i rami maggiori arteriosi; e come i rumori anemici od inorganici del cuore si odano talora più intensi alla base, sull'aorta e sull'arteria polmonare.

Riguardo ai secondi essi possono avere una triplice insorgenza. Anzitutto hanno origine per uno stato speciale del sangue, quando la densità dello stesso sia diminuita e la coesione delle singole parti solide che lo costituiscono sia più rallentata; sono questi i rumori anemici, udibili fra i vasi del fascio vascolare, specialmente sulle vene innominate e cava superiore, e che Friedreich, appoggiato in ispecie alle esperienze di F. R. Weber intorno alla varia densità dei liquidi decorrenti in tubi elastici e generanti rumori, ha così bene illustrato 1). In secondo luogo essi possono ingenerarsi per alterazioni speciali delle pareti dei vasi, ed in questo ordine vanno collocati i rumori da endoarterite lenta e da ectasie o stenosi vascolari, specialmente aortiche. Finalmente i rumori autoctoni al fascio vascolare cardiaco possono insorgere per alterazioni morbose alla regione mediastinica o per lesioni polmonari, e sono questi non meno interessanti dal lato clinico e quelli di cui io intendo qui per qualche lato occuparmi.

Nel manuale di Eichhorst sopraccitato leggonsi parecchi esempi di rumori percepiti sull'arteria polmo-

1) Deutsches Archiv f. Klin. Medecin, Vol. 29, fasc. 3-4, anno 1881. Beiträge zur physikalischen Untersuchung der Blutgefäße.

nare e che dovrebbero collocarsi in questo rango. Così è riferito di un caso veduto, da Aufrecht, in cui esisteva un rumore al ramo sinistro dell'arteria polmonare reso assai dilatato per sclerosi del polmone omonimo. Guttman 1) accenna ad esempi consimili osservati da Immermann, Willigk, W. Müller, Bettelheim ed Heller. Litten pubblica un caso della clinica di Frerichs, in cui comparve istantaneamente un rumore alla polmonare per un embolia insorta in un ramo della stessa. Bartels in un caso di tischezza polmonare, che aveva condotto alla infiltrazione di tutto un polmone, poté rilevare nel ramo dell'arteria corrispondente al polmone sano un rumore di soffio che si diffondeva per la metà omonima del torace. La spiegazione di questi fatti sta, secondo Quincke, riposta nella sproporzione d'ampiezza che si stabilisce per le suaccennate condizioni morbose fra il tronco della polmonare ed il suo ~~tronco~~ arterioso 2). *corio*

Verranno citati più innanzi degli esempi, riguardanti rumori percepibili nel tronco dell'aorta e nei rami da essa derivati, nonchè nelle vene innominate, i quali hanno egualmente la loro origine da condizioni esovasali mediastiniche e polmonari.

La fisica di questi rumori, che talora assumono carattere dolce di soffio, talora aspro di sega o di raspa, talora musicale di sibilo o di fischio, venne già trattata fino dal 1875 dal Weil 3). Questi, unitamente ad Heynsius, Chauveau, Nolet e Friedreich, ritiene come accertato che essi traggano origine dal fatto che i vasi costituenti il fascio cardiaco subiscono quà e là, per le condizioni sopraccennate, alterazioni nel loro ca-

1) Dei metodi clinici per gli esami degli organi del petto, prima traduzione italiana, Milano 1873.

2) V. Guttman op. cit. p. 272.

3) Die Auscultation der Arterien und Venen, Leipzig 1875.

libro, rispettivamente il lume degli stessi presenta punti o tratti di più o meno spiccata stenosi o dilatazione. L'onda sanguigna, attraversando codeste regioni il cui diametro è fatto diverso dal normale, subisce uno spezzettamento, e nel liquido si formano dei movimenti vorticosi la cui manifestazione acustica è rappresentata dal rumore. Tali movimenti vorticosi hanno luogo pertanto al disotto del punto dove il lume dilatato del vaso diviene più ristretto.

Ma qui vanno considerate varie circostanze speciali sotto di cui l'intensità dei detti rumori autoctoni si modifica, e persino si possono avere momenti di totale scomparsa, malgrado la inamovibilità della condizione morbosa che li origina.

Anzitutto va accennato il fatto, che essi sogliono farsi via via più manifesti coll'avanzarsi della malattia e col deperimento dello stato generale del soggetto. Questo si osserva anche senza che la condizione morbosa mediastinica o polmonare divenga più grave od apparisca farsi tale, ma per solo effetto della generale debolezza che invade il soggetto malato e dell'anemia più o meno accentuata che si sviluppa nello stesso. Ad esempio, abbastanza frequente è la comparsa di un rumore all'arteria succlavia, specialmente alla sinistra, in soggetti affetti da incipiente lesione tubercolare dell'apice omonimo. Sulla origine di esso dirò più innanzi; frattanto ho potuto più volte osservare che, se per condizioni diverse della lesione corrispondente polmonare il malato peggiora e cresce lo stato d'anemia, il rumore va facendosi sempre più manifesto. Questo fatto ammette due spiegazioni. In primo luogo il generale esaurimento del sistema nervoso rende anche il tono vasale meno sostenuto, e perciò sotto l'impulso dell'onda sanguigna si fa più sentita la differenza di calibro fra il *nel*

tratto dilatato del vaso. Inoltre l'anemia invadente rende la massa sanguigna più tenue e perciò più facili a formarsi e più ampi sono i movimenti vorticosi sopraccennati, che originano i detti rumori 1). Va notato però come di solito, per queste circostanze, i rumori, facendosi anche più intensi, mantengono tuttavia il grado di tonalità che avevano in precedenza.

L'attività maggiore cardiaca nell'estuazione febbrile, nell'alzarsi brusco da sedere, ecc. può pure modificare il rumore, ed in tal caso la tonalità si muta, facendosi più acuta. Tengo ancora in osservazione un bambino di 6 anni, di cui più innanzi darò speciali ragguagli, nel quale sotto una febbre anche modica si osserva il sopraenunciato fenomeno. Un rumore udibile all'arteria succlavia sinistra, d'ordinario abbastanza lieve e di tono basso, si ~~fa~~ per un innalzamento termico di 38°,5 a 39° più acuto e più intenso. Questo fatto corrisponde esattamente alle leggi fisiche secondo le quali si modificano i rumori dati dai liquidi scorrenti dentro tubi rigidi od elastici; poichè l'acutezza o l'intensità degli stessi cresce tanto più quanto più celere è la corrente dei liquidi medesimi 2). Qui però conviene aggiungere tosto un'altra circostanza. Il grado del rumore si modifica secondo la forza della corrente; egli è perciò che quanto più si va estenuando l'attività cardiaca, quanto più si impoverisce la massa del sangue, tanto meno la rapidità della corrente farà sentire la sua influenza sull'intensità e sulla tonalità del rumore in discorso.

Codesti rumori al fascio vascolare sono eziandio sotto l'influenza degli atti respiratorj. E qui parecchie sono le modificazioni che essi assumono ed affatto dis-

1) *Friedreich*, op. cit.

2) *Friedreich*, op. cit.

parate secondo le condizioni meccaniche in cui sono posti i vasi stessi nei loro rapporti cogli organi polmonari. Non parlo del caso in cui il lembo polmonare, essendo libero, può abbassarsi e coprire il focolare di ascoltazione, poichè è questo un fatto troppo banale. Ma vi hanno casi in cui il rumore localizzato, per es., all'arteria succlavia od alla polmonare, si modifica nell'atto inspiratorio, e casi in cui lo stesso rumore si modifica nell'espilatorio. Io riferirò più innanzi un esempio in cui un rumore all'arteria polmonare si sospendeva affatto all'acme della ispirazione, per riprendere tosto e procedere con maggiore intensità mano mano che il soggetto entrava nella fase espiratoria, e nella pausa espiratoria veniva ad acquistare il suo massimo. Sopra tali mutamenti di grado e di tonalità durante l'atto respiratorio nei rumori vascolari alla base del cuore, fra i trattatisti di semiotica clinica non regna il più grande accordo. Ciò deriva, più che altro, dalle diverse condizioni morbose che sono state supposte a base dei detti rumori. Riguardo al rumore sottoclaveare Röser, Kirkes, Sieveking e Snelling, credono a masse tubercolari comprimenti, e per gli stessi il rumore alla succlavia sarebbe espressione della tubercolosi polmonare incipiente; Friedreich, Rüsse, Ruhle lo spiegano con lo stiramento delle pareti della succlavia per mezzo di aderenze pleuriche; Stockes, Walsche, Weil, Guttmann ammettono generalmente una compressione fatta sul vaso da parte del tessuto polmonare comunque modificato, come anche una qualsiasi condizione bronchiale, una neoplasia, un aneurisma, che, comprimendo, restringano il lume arterioso 1). È certo che dinnanzi a questa così molleplice origine assegnata al rumore, anche le modi-

1) Rivista clin. e terap. N. 9. Anno 1884. *Fede F.* Del rumore sottoclaveare.

fizzazioni *in ed espiratorie* subite dallo stesso devono assumere una diversa interpretazione. Per me, nei casi osservati di questo rumore e che più sotto riferisco in riassunto, non ebbi occasione di notare alcuna modificazione respiratoria, perchè originati da fatti indipendenti per gran parte da lesioni polmonari, cioè per iperplasie glandulari scrofolose e mediastinite lenta circostante (adeno-mediastinite scrofolosa). Le modificazioni derivanti al rumore dell'arteria polmonare sotto gli atti respiratorj sembrami siano state meglio e più esattamente interpretate. Nel caso di scomparsa od anche solo di diminuzione del rumore nella fase inspiratoria, parmi che la spiegazione debba ricercarsi nel fatto che colla espansione del tessuto polmonare si rende più ampio e più libero il corso del sangue nei vasi minori dell'arteria, e quindi tende a scomparire la condizione fisica che sta a base del rumore stesso, cioè la sproporzione d'ampiezza fra il tronco dell'arteria ed il suo cono (Quincke); nel caso inverso, all'incontro, si può pensare che masse tubercolari, tratti induriti di parenchima o briglie neoplastiche pleuriche, esercitino sull'arteria stessa una maggiore compressione od un più forte stiramento.

Non pertanto si può dire in via generale che i rumori i quali appariscono più indipendenti dagli atti respiratori sono quelli percettibili sull'aorta e sue diramazioni, mentre i medesimi sono influenzati dalla meccanica cardiaca; viceversa i rumori che più subistono l'influenza della respirazione sono quelli dell'arteria polmonare e delle vene innominate che d'altra parte meno risentono l'azione del centro circolatorio.

Le condizioni morbose mediastiniche le quali figurano a base di siffatti rumori non sono molto svariate. Si osservano talora linfomi, linfo-sarcomi o neoplasie

d'altro genere nascere e svilupparsi nelle glandule del mediastino anteriore e determinare colla loro presenza la compressione dell'uno o dell'altro vaso. Talora sono fatti di natura un po' differente: cosi si possono svolgere in soggetti scrofolosi piccoli nodi glandulari linfatici e questi dar origine a concrezioni connettivali mediastiniche. Si hanno infine ispessimenti pleurici mediastinici legati a lente affezioni polmonari, e persino esudati derivanti da forme acute pleuritiche, i quali possono dare origine ad alterazioni nel lume dei vasi e conseguentemente a rumori negli stessi. Friedreich 1) racconta di un soggetto il quale sofferente da molto tempo di struma alle glandule cervicali, presentava i sintomi di eguali alterazioni alle glandule del mediastino anteriore. Un rumore di trottola modificato dagli atti respiratorj, si udiva per tutta la regione toracica superiore destra, anteriormente lungo il decorso della vena innominata.

In proposito io posso accennare ad un caso di pseudo-leucemia linfatica in un uomo di 40 anni, in cui un pacchetto glandulare situato alla fossa sottoclaveare sinistra, determinava alla giugulare interna omonima, fino al suo bulbo, un rumore di soffio che negli atti respiratori poco o nulla subiva di cambiamenti e si diffondeva qualche poco in basso fino alla prima costa.

Meglio interessante però parmi quest'altro esempio consimile al sopraesposto e che qui intendo di esporre più dettagliatamente. Trattavasi di un ragazzino sui 18 anni, non robusto ma bene conformato, il quale presentavasi accusando debolezza generale, talora ambascia di respiro, e di quando in quando qualche febbre leggera serotina. Il soggetto era pallido ed evidente-

1) V. op. cit. p. 272.

mente ammalato di una forma più grave di quello che a primo aspetto potessero far pensare le poche sofferenze narrate. Infatti l'esame fisico rilevò una lesione mediastinica, che qui riferisco per disteso e che dapprincipio fece rimanere molto incerti sopra la natura sua. Il torace era bene espanso, mobile egualmente e normalmente; l'esame degli organi polmonari nulla permetteva di rilevare di morboso. La percussione però estrinsecava per tutta la regione superiore dello sterno, un'area di ottusità, dove il dito rilevava pure una forte resistenza. Quest'area in basso confinava con l'ottusità cardiaca, in alto con la fossa del giugulo, e lateralmente con linee ineguali sporgeva dai margini dello sterno, a destra più che a sinistra. La palpazione lasciava riscontrare una pulsazione trasmessa evidentemente dai vasi del fascio vascolare e non già netta e delimitata, ma estesa, confusa e profonda. L'ascoltazione dava un rumore di soffio sistolico, non aspro, al focolare dell'aorta, che si udiva sempre eguale di timbro anche sopra l'area di ottusità indicata, diffondendosi alquanto più debole nei vasi maggiori del collo e persino lunghesso la colonna vertebrale. Nessuna modificazione esisteva nel circolo degli arti superiori, sia venoso, che arterioso; i vasi venosi della regione anteriore dello sterno erano piuttosto manifesti; il margine polmonare d'ambo i lati non sembrava abbassarsi sopra l'area di ottusità durante i moti respiratorj, e questi ultimi non influivano per nulla sulla modalità del rumore. La diagnosi emessa fu di linfo-sarcoma del mediastino, e l'interpretazione dei fenomeni acustici parve e fu delle più semplici, poichè il neoplasma doveva comprimere tutto l'arco aortico fino dal suo principio, non però l'origine de' vasi maggiori arteriosi, che nelle loro diramazioni periferiche presentarono sempre volume

e polso normali. Una puntura di assaggio praticata sull'area dell'ottusità non diede alcun risultato apprezzabile. Il ragazzino morì per lento esaurimento, con un versamento pleurico sinistro *ex vacuo*, ed una forma diffusa di catarro bronchiale da secondarie alterazioni nel circolo dell'arteria polmonare.

Lo stesso Friedreich ¹⁾ accenna ad un rumore continuo esistente alla vena innominata destra e derivante per bronco-alveolite lenta degli apici con lesioni pleuriche secondarie.

La bronco-alveolite lenta dà assai spesso origine a rumori che stanno prevalentemente o nel dominio delle arterie succlavie od in quello dell'arteria polmonare. Riguardo alle succlavie sono quasi sempre concrezioni fibrose pleuriche, le quali, partendo dal tratto ammalato del polmone (apice) vanno ad abbracciare l'avventizia del vaso vicino, e lo stirano e lo stringono facendo subire in quel punto uno spezzamento alla corrente sanguigna e favorendo la formazione dei noti movimenti vorticosi nella stessa. Ho detto già superiormente come, in vista di ciò, gli autori inglesi in particolar modo diano a tale rumore un'importanza quasi diagnostica per la tischezza polmonale incipiente. Röser infatti, Kirches, Sieveking e Snelling lo ritengono prodotto non tanto per concrezioni pleuriche fibrose, quanto e meglio per masse tubercolari che comprimano il vaso stesso. Io posso qui riferire 2 casi importantissimi in cui siffatto rumore udivasi per l'uno all'origine dell'innominata, per l'altro all'aorta ascendente.

I Caso. — Trattavasi di un uomo dell'età apparente di 25 anni, il quale riferiva del suo passato d'aver sofferto ricorrentemente di accessi febbrili accom-

1) V. op. cit. p. 274.

compagnati da modica tosse quasi sempre asciutta. Prima del suo ingresso nell'ospitale, che fu nel novembre del l'anno 1883, venne preso da questi stessi disturbi, questa volta però accompagnati da dolori verso le parti superiori del torace prevalenti a destra. Migliorato, gli rimase tuttavia un dolore fisso alla seconda costa destra presso l'inserzione sternale, che si esacerbava coi movimenti del respiro e più colla tosse che spesso, benché lieve, lo molestava. Io lo vidi in questo tempo e potei riscontrare alla sede del dolore un'area d'ottusità limitata quanto un pezzo da 10 centesimi, e sopra questa la sensazione lontana di una pulsazione arteriale, ed alla stetosopia un rumore di soffio sistolico alquanto aspro. Tale rumore, sensibile meno verso il focolare di ascoltazione aortica, appariva più intenso all'arco aortico e si diffondeva molto più indebolito lungo le carotidi. Esso non si modificava punto sotto gli atti respiratorj, ed il lembo polmonare corrispettivo non scendeva a coprire negli stessi l'area di ottusità rilevata. La diagnosi non poteva essere dubbia: trattavasi di adeno-mediastinite scrofolosa secondaria a bronco-alveolite degli apici ed a pleuriti parziali concomitanti 1).

II Caso. — Trattavasi di una donna, dell'età d'anni 30, entrata nella divisione medica il 30 giugno 1882, di complessione delicata, di temperamento eretistico, malata da parecchio tempo coi sintomi di una bronco-pneumonia lenta. La lesione era prevalentemente insediata al lobo superiore destro, il quale appariva inspessito, duro,

1) Devo la pubblicazione di questo caso alla gentilezza dell'illustre mio maestro prof. De Giovanni. Io vidi l'infermo in occasione di un esame di concorso, ed ebbi la fortuna di fissare la mia attenzione sopra i pochi sintomi surriferiti, per cui mi riuscì di concretare, seduta stante, un esatto giudizio diagnostico.

retrato, e sede ormai di piccole cavernule. L'apice del polmone ed il suo margine anteriore erano ritirati ed incapaci di espandersi, e quest'ultimo lasciava scoperto verso la sede d'ascoltazione dell'aorta un tratto circolare del diametro di 3 centimetri, ottuso alla percussione, pulsante in modo sincrono alla contrazione ventricolare del cuore, sul quale potevasi rilevare un rumore sistolico aspro di soffio, che per breve tratto diffondevasi lungo l'arco aortico. La paziente allo stesso luogo avvertiva a quando a quando dolori lancinanti. Rumori di altro timbro e con evidenza di origine anemica, udivansi alla punta del cuore ed alla polmonare. La formazione del rumore, come potè rilevarsi anche alla necropsia, era dovuta ad iperplasie glandulari linfatiche, con ispessimenti connettivali circostanti, per cui l'aorta alla propria origine rimaneva stretta come da un anello rigido, inestensibile. Rilevo la rarità di questo secondo caso, poichè nei manuali di Guttman, Eichhorst, Gerhardt e di Spillmann, nonchè nei lavori di Friedreich, non trovo fatta menzione di alcuno consimile.

Nel dominio dell'arteria polmonare, i rumori di soffio legati a lesioni degli organi respiratorj sono molto più frequenti. Ho ripetuto già superiormente come Quincke ne deduca la spiegazione del fatto, che fra il cono iniziale dell'arteria ed il suo tronco nasca una sproporzione d'ampiezza, d'onde l'origine dei noti movimenti vorticosi nella corrente sanguigna. Lo stesso Quincke però accenna ad un'altra possibilità d'origine, riscontrabile specialmente nei soggetti affetti da sclerosi polmonale sinistra, e cioè un appiattimento dell'arteria medesima prodotto dalla parete toracica ad essa normalmente vicina. Spillmann invece ¹⁾ opina che coi fatti di ispes-

1) Manuel de diagnostic medical. Paris 1881. p. 517.

simento del polmone sinistro l'arteria possa soffrire una certa compressione; ed egualmente accenna all'insorgenza di rumori per la stessa ragione in casi di tumori mediastinici. Graves ha segnalato un rumore sistolico alla polmonare nel corso di una pleuro-pneumonite acuta, il quale scompare al risolversi del processo. Egli lo spiega ammettendo una deposizione di essudato flogistico nel foglietto mediastinico della pleura. Guttmann ¹⁾ crede che il rumore derivi da occlusione di parecchi rami vascolari interstiziali del polmone in seguito a lente affezioni del parenchima e dalla dilatazione conseguente del tronco dell'arteria polmonare, d'onde un'alterazione negli ordinarij rapporti di calibro fra questa e quelli. A detta però dello stesso A. anche lesioni lente tubercolari dell'apice sinistro, o semplicemente processi di sclerosi colla formazione di grossi e duri focolari, possono per compressione determinare il rumore in questione.

Io posso accennare al caso seguente che ancora tengo in osservazione. Certo G. B. d'anni 35, soffre già da 3 anni di lenta forma pneumonica in cui prevalgono i fatti interstiziali. L'affezione è estesa a tutto il lobo superiore sinistro ed a parte dell'inferiore omonimo. Il torace è assai depresso, il margine anteriore polmonare inestensibile, l'area cardiaca quasi per intero scoperta, ed alla regione di sede dell'arteria polmonare si osserva un'oscillazione sincrona coll'impulso della punta del cuore. L'ascoltazione rivela alla stessa regione un rumore di soffio sistolico, che nell'inspirazione va diminuendo d'intensità fino alla totale scomparsa, per riprendere di poi nell'atto espiratorio. In questo caso io credo debbano applicarsi ambedue le spiegazioni date da Quincke, cioè: 1, le sproporzioni di ampiezza fra le varie sezioni dell'arteria polmonare; 2, la compressione che essa subisce

1) V. op. cit. pag. 272.

da parte della parete toracica alla medesima anormalmente vicina.

Finalmente, come causa di rumori vascolari autotoni al fascio cardiaco devo annoverare anche la primitiva adeno-mediastinite scrofolosa, quale si osserva talora in persone d'abito a ciò predisposto, specialmente in bambini, senza alcuna precedenza od attualità di affezione polmonare. È questa una delle insorgenze le più rare di tali rumori ed il caso seguente ne è un bellissimo esempio.

Tengo in osservazione un bambino dell'età di 6 anni circa, il quale soffrì, non è molto, di cronica psioite sinistra, ed anzi venne per la stessa ricoverato nel reparto chirurgico, d'onde fu rimesso a noi per febbri serotine, che nel processo in discorso non potevano avere la loro spiegazione. Un'anamnesi ricercata con la massima diligenza non diede a rilevare alcun fatto degno di nota. L'esame fisico rilevò al giorno d'ingresso un'ottusità alla I e II costa sinistra presso l'inserzione sternale, e sopra essa un rumore sistolico di soffio, manifestamente derivante dalla succlavia e diffondentesi infatti lungo la stessa sopra la clavicola, come pure, benchè più debole, lungo le carotidi d'ambo i lati, Un'eguale ottusità si estrinsecò pure superiormente a sinistra sulla fossa sopraspinata presso la doccia vertebrale. Questa lesione, che portò spesso innalzamenti abbastanza considerevoli di temperatura, si manteneva quasi inalterata dopo 2 mesi circa di osservazione; solo si potè notare come il rumore di soffio non si modificava per nulla negli atti del respiro, mentre nell'estuazione febbrile si faceva più cospicuo ed acquistava una tonalità più acuta. La diagnosi di quest'affezione non mi sembra punto dubbia; ed io giudico trattarsi d'una forma di adeno-mediastinite lenta, primitiva, scrofolosa, limitata alla parte superiore sinistra del mediastino.

In questo studio io potrei accumulare nuovi esempi; valgono però ad illustrazione i pochi da me citati, che furon tolti fra i più dimostrativi di tutti quelli che io potei raccogliere. Ma il sintoma in discorso è, a mio credere, assai più frequente di quello che possa apparire da questi brevi appunti. Io credo anzi che esso meriti quindi innanzi maggior attenzione di quello che fin'oggi abbia avuto; imperciocchè esso è legato non infrequentemente ad una forma morbosa di estrema importanza, per sè stessa e di una diagnosi spesso dubbia ~~ed impossibile~~, voglio dire alla adeno-mediastinite scrofolosa.

o per almeno

2817



