

BIBLIOTECA
LANCISIANA

BIBLIOTECA MEDICA
MISCELL.
A 10
14
ROMA





ANCORA SULLA PRECEDENZA

DI

CHIUSURA DELLE SEMILUNARI AORTICHE

NEL RADDOPPIAMENTO DEL SECONDO TONO NELLA STENOSI MITRALE

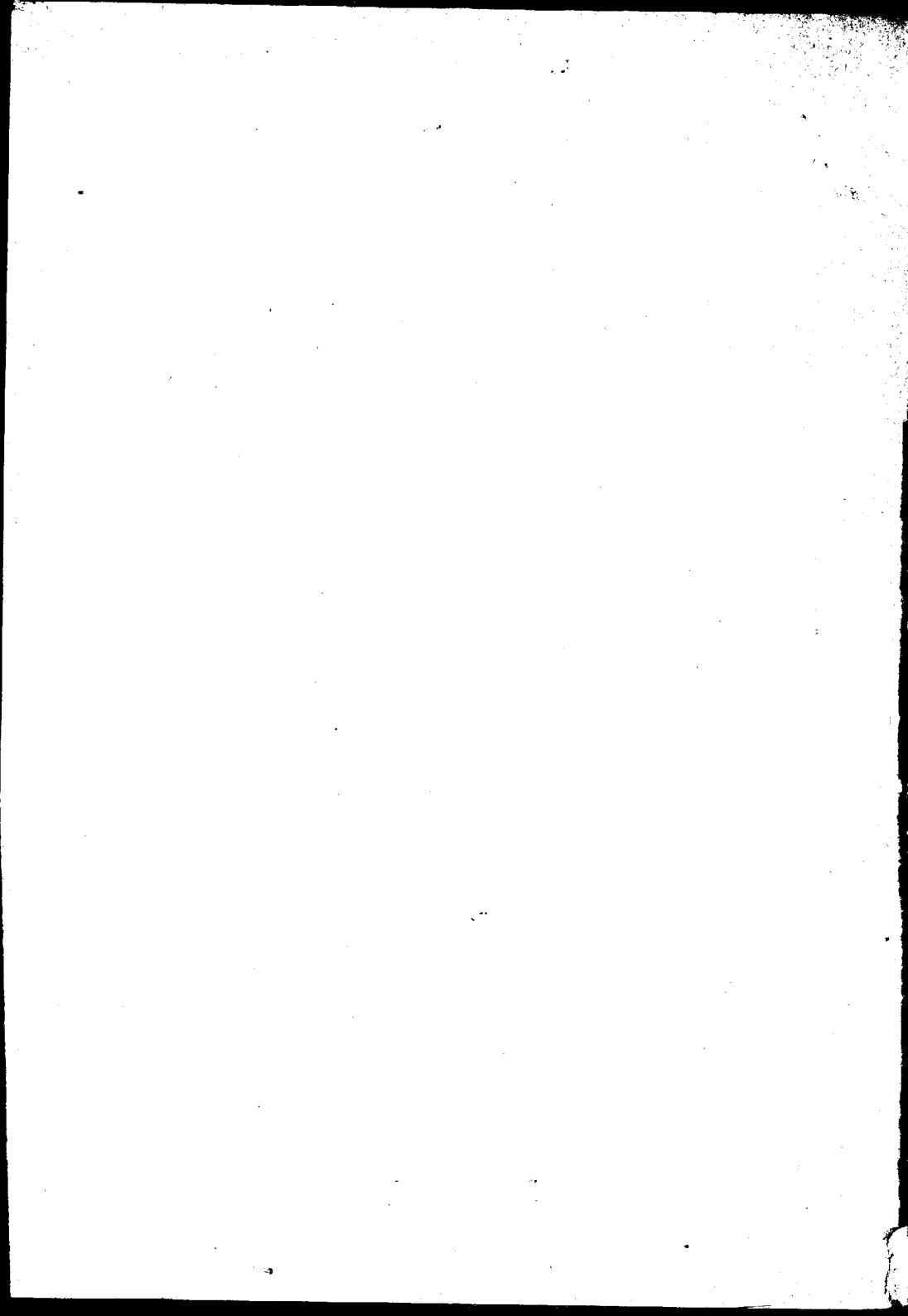
NOTA

DEL

DOTT. UMBERTO GABBI,

Aiuto alla Clinica Medica di Firenze.





Ancora sulla precedenza di chiusura delle semilunari aortiche nel raddoppiamento del secondo tono della stenosi mitrale.

In una breve nota che pubblicai nel decorso anno su questo stesso giornale (giugno 1891), esposi le varie vedute dirette a spiegare il meccanismo di produzione del raddoppiamento del 2° tono nella stenosi mitrale ed abbracciando quella che riguarda il fenomeno come dovuto ad una non contemporanea chiusura delle valvole dell'aorta e della polmonare, discussi sul punto ancor controverso della questione, se cioè siano prime a chiudersi le aortiche oppure le polmonari. Addussi i vari argomenti che dagli uni si ammettevano per affermare la precedenza di chiusura delle prime, e riferii quelli di coloro che sostenevano l'assunto contrario, schierandomi, però non a mani vuote, fra questi ultimi. Due fenomeni ascoltatori, mi parvero molto adatti a provare che nel raddoppiamento del 2° tono nella stenosi mitrale il primo dei due momenti sonori è dovuto alla chiusura delle valvole polmonari, il secondo a quella delle aortiche, e quindi che non è a quest'ultime alle quali spetta la precedenza di chiusura.

I due fenomeni in discorso eran ricavati dall'osservazione

di due casi clinici, uno dei quali confortato dalla necropsopia. Per maggior comodo del lettore e mio li ricorderò.

In un malato di stenosi mitrale avvertii un raddoppiamento del 2° tono, con questo di particolare che il 2° dei momenti sonori aveva timbro squillante: questo essendo certamente dovuto ad una certa rigidità dell' aorta per ateromasia, dimostrata dalla sezione, dovevasi logicamente dedurre che la chiusura delle valvole aortiche seguisse a quella della polmonare.

In una malata della stessa affezione si ascoltava nettamente la forma *sollecita* del soffio diastolico insieme alla duplicazione del 2° tono. Riflettendo che se prima si fossero chiuse le aortiche — 1° momento sonoro — eppoi le polmonari — 2° momento sonoro — vi sarebbe stata contemporaneità di produzione di quest'ultimo e del soffio diastolico (producentesi *subito* dopo il tono aortico) con inevitabile oscuramento o velamento completo di quello, dovevo necessariamente ammettere che il 1° momento sonoro si dovesse alla chiusura delle polmonari. In questo modo soltanto dopo il 2° momento sonoro, chiusura delle semilunari, potevasi udire il soffio diastolico *sollecito*. A togliere ogni esitanza viene la osservazione clinica seguente con un contributo che io spero varrà a convincere anche i più restii, purchè non siano per natura sofisti. Eccola.

Storia anamnestica. — Varese Carlo di anni 29, calzolaio. Nel novembre del 1888 ebbe un' affezione bronchiale febbrile durata circa un mese e mezzo, la quale gli lasciò come reliquati per tutto l' inverno tosse ed affanno di respiro. A primavera questi scomparvero, ma si riaffacciarono nel novembre del successivo anno 1889 così che destandosi anche per ogni menoma fatica lo costrinsero a smettere dalle sue occupazioni e per tutto l' inverno stette fra letto e lettuccio. Nella primavera del 90 migliorò daccapo e stette bene fino ai primi d' inverno del 1890, quando la tosse e l' affanno si fecero più intensi e vi si aggiunse poi cardiopalmo. Nel marzo del 91 ebbe un' affezione febbrile che dai sintomi presentati e dal modo come decorse sembra essere stata un tifo. Dopo una settimana circa che era entrato in convalescenza fu colto una sera mentre stava coricandosi da un violento dolore all' epigastrio, da conati di vomito e da tosse

seguita dall' espulsione di un espettorato striato di sangue: il dolore durò 6 ore e si calmò con un' opportuna prescrizione terapeutica. Col dolore si riaccese la febbre per alcuni giorni ancora fino a che scomparve del tutto dileguandosi lentamente. Migliorò e stette bene fino ai primi del decorso novembre quando riapparve la tosse, l' affanno si fece così intenso da rendergli impossibili anche le più lievi fatiche. Per questi disturbi decise di recarsi all' Ospedale e da questo fu passato in Clinica il 28 novembre p. p.

Il malato narra che mai apparvero edemi alla faccia ed agli arti inferiori: le urine scemarono di quantità in quest' ultimi tempi. Non ha mai perduto l' appetito e le funzioni intestinali si compiono sempre regolarmente.

Non ha avuto le malattie dell' infanzia. Fu sobrio nel bere e nel mangiare, e si è sempre nutrito discretamente. Ha un poco abusato di tabacco. Abitò case umide. Nulla di notevole nel gentilizio.

Esame obiettivo. — Statura giusta, costituzione scheletrica regolare, nutrizione discreta; posizione semi-eretta. La fisionomia è tranquilla. La pelle della faccia è di un pallore cianotico: la cianosi è più distinta alle labbra ed ai lobuli dell' orecchio.

Il collo è lungo e sottile, ed ai suoi lati appaiono le vene alquanto turgide

L' impulso cardiaco è visibile per un sollevamento ritmico dei tessuti molli della regione mammaria ed alla mano che palpa fa l' impressione di un urto discretamente valido, localizzato nel 5° spazio intercostale all' indentro della papilla ed esteso per circa tre centimetri. Esso è preceduto da un fremito vibratorio delicatissimo. Nel terzo inferiore dello sterno la mano avverte un discreto impulso. Nel 3° spazio intercostale sinistro ad un centimetro al difuori della marginale dello sterno fin presso l' emiclavare (per lo spazio di 2 centimetri) la mano avverte un urto valvolare diastolico discretamente vibrato. L' area cardiaca presenta la linea inferiore coi caratteri seguenti: il limite destro giace 5 centimetri dalla linea mediana: il punto medio sta un centimetro sotto della sede anatomica, il limite sinistro dista 10 $\frac{1}{2}$. All' ascoltazione si notano i fatti seguenti: alla punta il 1° tono schiacciato

e preceduto da un brevissimo rumore e seguito dal secondo tono raddoppiato: alla tricuspidè forte il 1° tono e raddoppiato il 2°. Su una linea che dalla punta conduce al 2° spazio intercostale sinistro il soffio si perde; ma non lo sdoppiamento: anzi si nota chiaramente che il 1° dei due momenti sonori coincide coll'urto o tono valvolare diastolico. Sui focolai dell'aorta e della polmonare il 1° è netto, e duplicato il 2°. Il punto dove il raddoppiamento è più chiaramente udibile nei suoi costituenti acustici corrisponde al centro aortico ed all'estremità sternale della 4ª costa sinistra.

All'esame degli organi respiratori nessun fatto degno di nota: i margini polmonari stanno ai confini normali. Nulla di notevole all'addome. Nelle urine furono constatate tracce d'albumina.

Abbiamo adunque constatato questi due fatti:

1° che il tono della polmonare è squisitamente valvolante e che esso si avverte nel 3° spazio intercostale tra la linea parasternale sinistra e la emiclaveare;

2° che esiste uno sdoppiamento del secondo avvertibile su tutti i focolai, ma più distintamente sull'area nuda del cuore, e che il 1° dei due momenti sonori corrisponde al tono valvolante, cioè alla chiusura delle vele polmonari.

Quest'ultimo fatto fu certificato dal mio illustre maestro prof. Federici e da molti altri ed io ho potuto provocarlo sottoponendo l'infermo all'uso prolungato della digitale.

Mi pare inutile spendere altre parole per una maggiore illustrazione del fenomeno ascoltatorio. Potrebbe piuttosto chiedersi se nel caso in esame non vi sia per avventura nella polmonare una cagione particolare per cui il tono ha assunto il carattere valvolante, e che debbasi a questa cagione eccezionale il fatto dello spingersi in posizione di chiusura delle valve della polmonare più rapidamente di quello che non si verifici, secondo certuni, in quei casi di stenosi mitrale nei quali il tono della polmonare non è valvolante. Ma io faccio riflettere che questo fatto non ha altro significato all'infuori di far ammettere o che il margine del polmone sovrastante sia infiltrato o retratto

così che la polmonare si trovi ad aderire immediatamente alla parete del petto; oppure che vi sia un particolare sviluppo di forza nel funzionare delle valvole della polmonare (Eichhorst). Quest'ultima è la condizione da dedurre nel caso mio, inquantochè i fatti seguenti: impulso sternale, aumento notevole del limite destro del cuore, abbassamento del punto medio della linea inferiore cardiaca, indicano che è notevole la ipertrofia del ventricolo destro, per il rilevante restringimento della mitrale. Quest'urto valvolare sensibile della polmonare che coincide col 1° dei due momenti sonori, prova nel modo il più persuasivo che non è alle semilunari aortiche che spetti la precedenza di chiusura nel raddoppiamento del secondo tono. Nel carattere del tono abbiamo un *segno di riconoscimento* indubitato, un fondamento positivo per una conclusione che, almeno per il caso in esame, è inoppugnabile.

La esposta osservazione clinica, per il fatto del tono valvolante della polmonare, riesce interessante anche per la questione, ancora aperta, della sede dell'orificio omonimo. Taluni, e son forse i più, ritengono che essa corrisponda al secondo spazio intercostale sinistro un centimetro e mezzo a sinistra del margine sternale (Luschka-Eichhorst); altri invece la localizzano all'estremità sternale della 3^a costa, o del 3° spazio intercostale sinistro. Il caso mio prova in maniera apodittica che in certi casi almeno la sede in discorso trovasi nella sede anatomica ultima citata, in conformità alle scrupolose e diligenti osservazioni del nostro chiaro anatomico Prof. Giacomini.

— ❖ —
2745



Estratto dallo **Sperimentale**, fascicolo del 15 gennaio 1892.



