

Mix B. 76/35

28
35

Prof. Dott. PERICLE POZZILLI

*Consulente Medico per i Grandi
Invalidi del Lavoro*

**SULLA TROMBOFLEBITE ASCELLARE
COSIDDETTA DA SFORZO**



ESTRATTO DAL

Notiziario Medico di Infortunistica e Patologia del Lavoro

FASCICOLO N. 3 - MAGGIO - GIUGNO 1950

Prof. Dott. PERICLE POZZILLI

*Consulente Medico per i Grandi
Invalidi del Lavoro*

**SULLA TROMBOFLEBITE ASCELLARE
COSIDDETTA DA SFORZO**

ESTRATTO DAL

Notiziario Medico di Infortunistica e Patologia del Lavoro

FASCICOLO N. 3 - MAGGIO - GIUGNO 1950

La possibile genesi traumatica della tromboflebite da sforzo è stata trattata da molti autori, e di tanto in tanto continua ad arricchirsi di nuovi contributi; ma non per tutti i casi appare chiaro il rapporto di casualità tra trauma e manifestazione morbosa, sia per la rarità della malattia, sia per il modo particolare di insorgenza. Le opinioni sull'argomento sono contraddittorie, soprattutto per quanto riguarda la patogenesi dell'affezione.

Data l'importanza di tale malattia dal punto di vista medico-legale, mi sembra degno di essere illustrato il caso capitato alla mia osservazione.

F. P., insegnante di stenografia e disegno, il 28 febbraio 1948 ebbe a subire un infortunio sul lavoro che lo obbligò a rimanere a letto in assoluta immobilità per circa due mesi. Egli racconta che, salito su di una sedia per prendere alcune dispense collocate sugli appositi scaffali esistenti nella scuola dove il F. insegnava da circa 30 anni, perdeva l'equilibrio cadendo pesantemente e in malo modo a terra. Il tentativo di aggrapparsi alla struttura di legno

dello scaffale, col braccio destro, non riuscì, ed anzi il braccio stesso subì uno strappo così violento da determinare un dolore intenso a tutto l'arto, cagionando, a distanza di poche ore, un notevole gonfiamento soprattutto a carico della regione ascellare e del braccio.

I sanitari dell'Ufficio di Igiene e il medico di famiglia fecero tutti diagnosi di tromboflebite traumatica.

Il F. osservò che l'arto inferiore destro, il quale per esiti di frattura antica a carico del femore era accorciato di circa 3 cm., presentava un accorciamento ancora maggiore da costringerlo ad una notevole claudicazione.

Fu curato da una dottoressa, la quale credette opportuno di praticare iniezioni di penicillina, data la lieve febbre osservata nei primi quindici giorni di malattia.

Il F., come abbiamo accennato, è claudicante per gli esiti di frattura del femore destro; l'esame generale non pone in evidenza nulla di patologico a carico degli organi interni e soprattutto a carico dell'apparato cardiovascolare: l'esame del-

la pressione arteriosa dà, al momento della mia visita (5 ottobre 1948), 145/85.

All'esame dell'arto superiore destro si nota un aumento di volume a carico di tutto l'arto, la cui misurazione perimetrica dà dai due ai tre cm. di differenza in più dell'omologo, e in modo particolare nel segmento del braccio; la mano appare alquanto tumefatta e la pelle assume colorito cianotico al più piccolo tentativo di uso.

La palpazione della regione ascellare e del braccio, lungo i vasi, è accusata dolorosa.

Il F. esibisce un elettrocardiogramma, eseguito nell'Istituto di Semeiotica Medica il 5 marzo 1948, cioè cinque giorni dopo il traumatismo accusato, e detto cardiogramma è normale in quanto non risultano segni di danno miocardico, segno evidente codesto che nulla di patologico a carico dell'apparato cardio-vascolare esisteva al momento del traumatismo.

Ho seguito per oltre un anno il F. nelle sue manifestazioni morbose, ed oggi (23 novembre 1949) all'esame, constatato le medesime condizioni obiettive dell'anno scorso, e cioè tumefazione dell'arto superiore destro, impossibilità di farne uso normale, all'infuori di piccoli e brevi movimenti; accorciamento maggiore dell'arto inferiore destro che reca grave danno nella deambulazione tanto da dover ricorrere a scarpa ortopedica.

Ho potuto avere, grazie alla gentile collaborazione del dr. Federico Amici, notizie bibliografiche sull'argomento della tromboflebite ascellare cosiddetta da sforzo; e attraverso le conclusioni dei vari autori che si sono occupati della questio-

ne credo di aver potuto inquadrare abbastanza efficacemente la patogenesi di tale affezione.

GRIMAULT e DANTLO riferiscono su due casi in cui si sostiene la natura infettiva (« Bulletin des accidents du travail », n. 16, agosto 1924). Nel n. 19, maggio 1925 FAUQUEZ studia due casi nei quali la conoscenza della natura infettiva non può scagionare il trauma di ogni responsabilità nella genesi dei fenomeni flebitici, potendosi, dice, sempre invocare la localizzazione col traumatismo di una infezione latente generale o già in procinto di localizzarsi; egli riconosce l'infortunio. E in una recensione di LYON-COEN pubblicata in « Annales de Médecine Légale » del 1928 e nel quale sono raccolti ed esaminati 30 casi, in cui erano posti in causa sforzi minimi e ripetuti o talora uno sforzo unico e violento, il FAUQUEZ ripete le stesse considerazioni e conclusioni fatte nel 1925.

LENORMANT e MONDOR esaminarono due casi: nel primo la tromboflebite viene attribuita a sforzo prolungato durante tutta una settimana lavorando con il braccio alzato verticalmente; nel secondo a un violento sforzo nel sollevare una cassa. Essi hanno concluso essere gli sforzi medesimi capaci di determinare la trombosi. Ma asportata la vena trombizzata vennero riscontrati ammassi di stafilococchi alla periferia e nei vasa-vasorum (« Presse Médicale », n. 91 del 1931).

Sono citati altresì quattro casi di Lohr, in cui fu accertata compressione venosa da gangli.

Soltanto i caratteri clinici della malattia permettono di affermarne la natura; così pure soltanto una trombosi obliterante della vena principale dell'arto può spiegare l'edema duro e diffuso, spesso enorme,

la tinta cianotica dei tegumenti, la dilatazione e la distensione di tutte le vene e venuzze superficiali.

Secondo il parere degli autori citati, il trauma, lo sforzo violento, cioè, non è capace da solo di determinare la trombosi di un grosso tronco venoso: i casi da trauma importante sono rarissimi.

Cosa sono questi pretesi sforzi? Come potrebbe uno sforzo determinare una trombosi venosa? E' difficile ammetterlo. Pretendere che la vena ascellare possa essere schiacciata dalla clavicola o dai suoi legamenti in un movimento di abduzione forzata del braccio, significa non conoscere l'anatomia. Ed è poco verosimile ammettere anche che movimenti ripetuti possano portare alla lunga una irritazione cronica dell'endotelio-venoso (KINZEL).

ROSENTHAL ha pensato che in certi sforzi violenti vi fosse strappo delle venule alla loro entrata nel tronco principale, e che questa lacerazione portasse alla formazione del trombo, il quale a poco a poco oblitererebbe il vaso. Questa concezione è poco soddisfacente, comunque occorre uno sforzo ben violento per rompere una vena, e la realtà di questa supposta lesione non si è mai verificata.

Invece l'importanza dello sforzo sta nel fatto che esso è essenzialmente rivelatore: la tromboflebite esiste già in procinto di costituirsi, ma è latente e non ha ancora dato luogo ad alcuna manifestazione clinica. In sostanza essa è ignorata dal malato.

Il movimento forzato ne rivelerebbe l'esistenza producendo un dolore più o meno vivo, mettendo in evidenza un inizio di impotenza funzionale. La causa vera deve ricercarsi, come per tutte le flebiti, nella infezione e cioè in una infezione attenuata, le cui manifestazioni cliniche

sono larvate e talvolta impossibili a scoprirsi se non attraverso ricerche di laboratorio.

L'infezione sembra clinicamente evidente nei casi in cui la tromboflebite si accompagna a febbre, a polinucleosi, a seguito di una febbre di influenza o di altra natura indeterminata o anche quando a contatto della vena si trovino gangli infiammati.

Ciò viene confermato dall'esame istologico della vena trombizzata e dalla constatazione batteriologica nella parete della vena o nel coagulo (stafilococco, streptococco, viridans, coli-bacillo).

LECENE, citato dai due autori sopranominati, pensa che le tromboflebiti dette da sforzo o da traumatismo indiretto non sono che tromboflebiti latenti di origine infettiva, rivelate da questo sforzo o da questo trauma indiretto.

Contrariamente la pensa GOTTALORDA, il quale, nella relazione al Congresso d'Infortunistica di Francoforte, 1931, afferma che nella tromboflebite da sforzo trattasi di sindrome rilevante da lesione vascolare, a predominio venoso, lesione che ha, come punto di partenza, uno spasmo venoso da irritazione simpatica e si accompagna spesso, ma non necessariamente, con trombosi venosa, e si traduce dal punto di vista clinico con un edema, materializzazione dello squilibrio vasomotorio dell'arto.

Entra in campo quindi prevalentemente il fattore traumatico (sforzo violento, oppure lieve ma ripetuto) che determina alterazione simpatica (spasmo venoso, e talora vi si può aggiungere il fattore infettivo, molto difficile a dimostrarsi).

Analogamente MARANGONI nello stesso Congresso, di Francoforte af-

fermava che pur trattandosi di forma rara, e di difficile dimostrazione patogenetica, nella maggioranza dei casi il fattore sforzo può essere riconosciuto, ma che presumibilmente trattasi di semplice coincidenza.

NIECE G., pure nel congresso di Francoforte, riferì di un caso di tromboflebite ascellare destra, insorta in un barman in conseguenza di brusco movimento fatto per smontare il filtro di una macchina da caffè.

IL PINELLI (« Chirurgia, organi di movimento », volume XVII, 1932, pag. 537) riassume 35 osservazioni comparse in letteratura e descrive un caso personale concludendo: 1) esiste una categoria di trombosi venose degli arti superiori che insorgono in conseguenza di uno sforzo anche minimo; 2) la malattia è caratterizzata essenzialmente dal brusco insorgere dell'edema, dalla cianosi e dall'assenza di reazione generale; 3) queste trombosi sono provocate da lesioni minime dell'endovena (da trazione delle piccole vene collaterali) dovute ad uno sforzo o ad un falso movimento (contrazione muscolare violenta); 4) il trattamento si limita all'applicazione di qualche mezzo fisioterapico.

PICCAGLI nella stessa rivista (Vol. XIX, 1934, pag. 186) cita gli autori che si sono interessati della questione e, dopo di aver discusso i caratteri differenziali della trombosi infettiva e della trombosi ad insorgenza brusca, violenta, definisce la possibilità di una genesi dello sforzo come un determinismo di stimolo sui vasi e di strozzamento delle piccole vene collaterali.

Anche il SERTOLI e il POZZI (« Arch. It. di Chirurgia », vol. LIII, pag. 948 degli scritti in onore di Donati, 1938) ammettono l'esistenza di una forma puramente traumatica

della tromboflebite, senza negare però che vi siano casi in cui, per la rarità della malattia o per il modo particolare di insorgenza, oltre al fattore meccanico può pensarsi alla compartecipazione di fattori predisponenti. Vengono esaminati i casi comparsi nella letteratura e cioè circa un centinaio, di cui 11 italiani.

DIEZ (Traumatologia infortunistica », 1942, pag. 383) riassume le varie tesi della questione, ed afferma che per un giudizio medico legale positivo, in rapporto di causalità tra sforzo e tromboflebite, è necessario sia dimostrato uno sforzo di rilevante violenza, in seguito al quale compaia in modo rapido la sintomatologia della malattia.

Occorre anche la sicurezza che un processo flebitico non fosse in formazione prima dello sforzo, e che l'esistenza e l'intensità di questo ultimo sia accertata in modo sicuro.

Se vogliamo trarre una conclusione dallo studio della tromboflebite ascellare cosiddetta da sforzo, tenendo presente il caso avuto in esame, dobbiamo dire che effettivamente lo sforzo vi è stato, e di una violenza rilevante, tanto che il paziente cade in terra in malo modo accentuando una pregressa lesione all'arto inferiore destro, determinandovi un accorciamento maggiore per incassamento di frammenti della frattura del collo del femore riportata anni prima.

La successione morbosa osservata dai medici del Comune di Roma immediatamente dopo il traumatismo subito e all'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, sta a dimostrare che evidentemente la tromboflebite insorse a carico della vena ascellare e dell'omero destra immediata-

mente dopo lo sforzo: i segni obiettivi sono ancora oggi evidenti; e, sia per l'esame elettrocardiografico eseguito qualche giorno dopo il trauma, sia per l'assenza di qualsiasi flogosi o processo infettivo a carico dell'arto, sia per i risultati del mio esame clinico, si deve ammettere che il F. fosse in perfette condizioni fisiche con il suo apparato cardiovascolare al momento del traumatismo.

Di modo che dal punto di vista etiopatogenetico, io penso che debbasi ammettere, nel caso in esame, l'insorgenza della tromboflebite ascellare destra in conseguenza dell'aserto traumatismo.

Al quesito, se debba parlarsi di esiti di lesioni di natura permanente, o se piuttosto non debba considerarsi lo stato attuale suscettibile di miglioramento ed anche di guarigione, rispondo che deve parlarsi di lesione a carattere permanente, non suscettibile di miglioramento, e valutabile con una menomazione del-

la capacità lavorativa non inferiore al 50-60 per cento (1).

RIASSUNTO. — L'A. descrive una tromboflebite dell'arto superiore destro manifestatasi in un individuo che, salito su di una sedia per prendere da uno scaffale alcuni libri, perdette l'equilibrio e nel tentativo di aggrapparsi e di sorreggersi allo scaffale, compì un violento sforzo con l'arto esteso.

La tromboflebite, comparsa a poche ore di distanza dall'evento e invariata dopo un anno, in soggetto indenne da tare cardiocircolatorie e infettive, viene dall'A. — dopo la esposizione critica di alcune concezioni e casistica sulla etiopatogenesi della malattia — rapportata al traumatismo descritto.

(1) Al momento della revisione delle bozze di stampa, ho riveduto il F.: sono aggravate le condizioni anatomiche e funzionali dell'arto superiore destro, che può considerarsi quasi perduto.



