



n. A. 10. 23

**Ospedale Maggiore di Verona**

---

# **L' embolia dell' arteria polmonale**

## **nella febbre tifoide**

**Prof. Roberto Massalongo.**

*Estratto dalla Riforma Medica, anno XXII, num. 18*

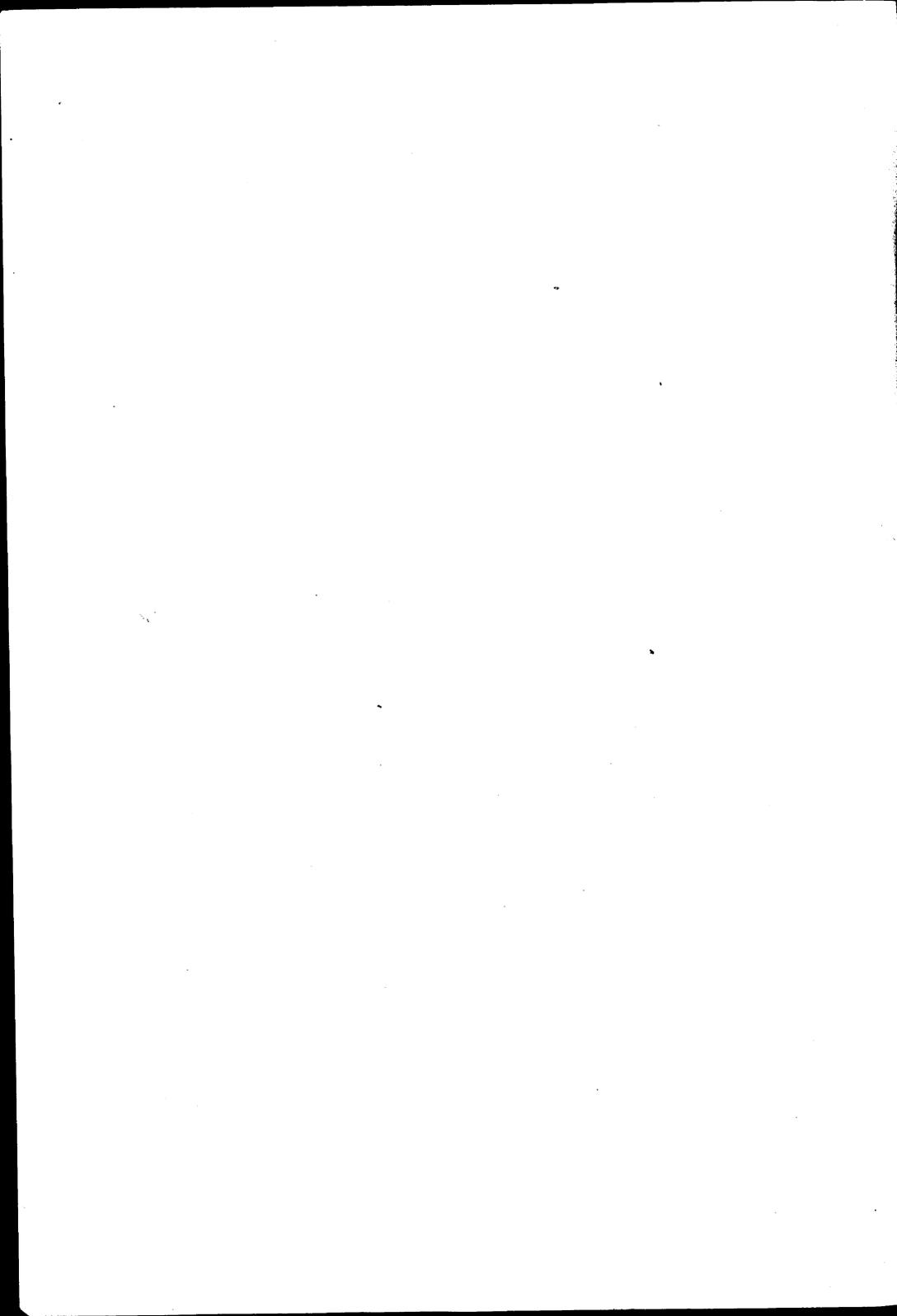
**NAPOLI**

**STAB. TIP. DELLA CASA EDITRICE E. PIETROCOLA**

**SUCCESSORE P. A. MOLINA**

**Via Portamedina alla Pignasecca, 44**

**1906**



Ospedale Maggiore di Verona

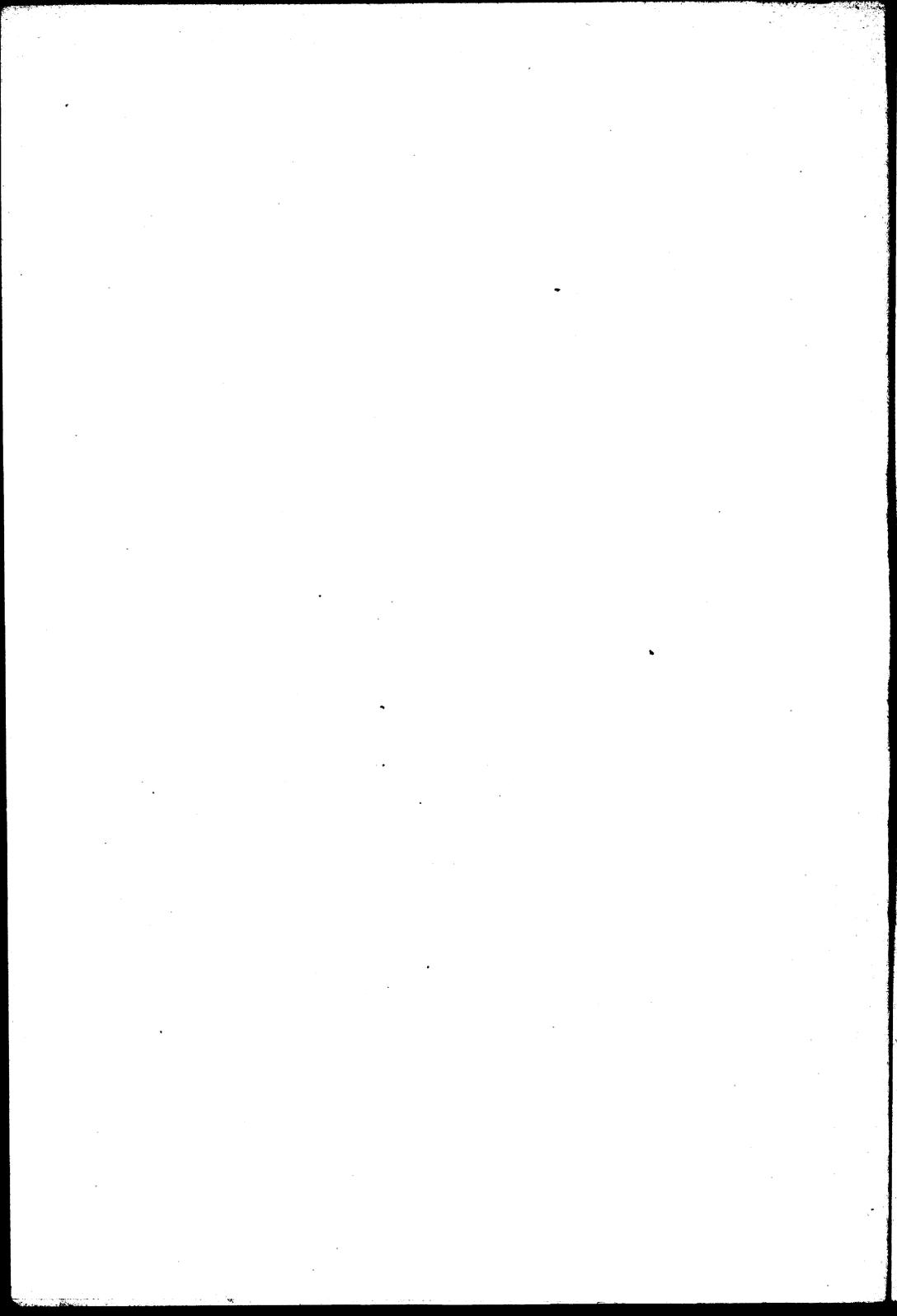
**L' embolia dell' arteria polmonale**  
nella febbre tifoide

Prof. Roberto Massalongo.

*Estratto dalla Riforma Medica, anno XXII, num. 18*

NAPOLI

STAB. TIP. DELLA CASA EDITRICE E. PIETROCOLA  
SUCCESSORE P. A. MOLINA  
Via Portamedina alla Pignasecca, 44  
1906



---

---

Nei trattati di patologia speciale medica e nelle monografie che si occupano anche diffusamente della febbre tifoide e delle sue numerosissime e multiformi complicazioni, non è che incidentalmente ricordata, perchè avvenimento rarissimo, l'embolia dell'arteria polmonale, senza alcuna illustrazione nè dettaglio sul meccanismo di questa grave complicazione, quasi sempre seguita da morte. Quest'esito infausto ed improvviso nella febbre tifoide viene ordinariamente attribuito alla flebite delle vene degli arti inferiori o *phlegmatia alba dolens*. Ma anche in queste circostanze non risulta sieno state fatte ricerche anatomiche diligenti per dimostrare la successione dei vari momenti che prepararono e condussero all'accidente in questione, forse per la diffusa e comune nozione che la trombo-flebite delle vene delle estremità inferiori, con insolita frequenza, è la causa dell'embolia della polmonale. Infatti nell'anatomia patologica, pur così estesa e minuta della febbre tifoide, non viene descritta che la flebite delle vene degli arti inferiori; sono ricordati, come esempi eccezionali, la flebite della vena giugulare interna (Virchow), della vena ascellare (Vieillard), della vena innominata sinistra (Cote), delle vene spermatiche (Widal) e della sottoclavicolare (Gigon).

Ma non così andarono le cose in due nostre giovani tifose l'una di 17 anni, l'altra di 23, la prima in 26<sup>a</sup> giornata di malattia quando la curva termica era nella linea discendente, la seconda all'inizio della convalescenza, nelle quali avvenne la morte improvvisamente, quando nessun fenomeno grave, nessuna complicazione rilevabile al più diligente esame facevano sospettare un esito così infausto e tanto meno così violento.

La sintomatologia che precedette ed accompagnò questa rapida fine, fu nelle due ammalate presso a poco identica: pallore estremo del volto seguito da lieve cianosi, manifesto senso di soffocazione e di prossima fine, sudore freddo alle estremità, tumultuaria l'azione del cuore, irregolarità del polso e morte per sincope nel breve spazio di pochi minuti.

Si pensò subito ad una paralisi cardiaca od all'embolia dell'arteria polmonale. La nostra opinione però propendeva piuttosto per quest'ultimo avvenimento, in vista più di tutto delle buone condizioni in cui si trovavano le due pazienti, specie da parte dell'organo centrale della circolazione. Ma da dove erasi staccato l'embolo? Non dal cuore perchè, come abbiamo poc' anzi ricordato, mai turba alcuna venne rilevata durante tutto il decorso della malattia da parte di questo viscere, non da vene periferiche affette da flebite, perchè questa complicazione non si era mai presentata, non da processi necrotici o suppurativi in nessun luogo visibili.

Si comprende com'era giustificata la nostra impazienza e curiosità di verificare al tavolo anatomico la vera causa della morte improvvisa di queste nostre due tifose. Oltre numerose ulcere in via di riparazione nell'ileo e nel cieco ed altre più piccole nel primo tratto del colon ascendente (colotifo), abbiamo riconosciuto tosto i classici fenomeni anatomici dell'embolia dell'arteria polmonale: pallore e leggero edema dei polmoni, dilatate e trombizzate per abbondanti coaguli sanguigni le cavità destre del cuore, trombo esteso al tronco dell'arteria polmonale ed alle sue branche in un caso, solo alla branca del polmone destro nell'altro caso.

Con una tenue corrente d'acqua, allontanando i coaguli recenti e molli, fu possibile riconoscere il coagulo embolico sotto forma di un cilindro giallo-biancastro, dello spessore di una canna da scrivere, a superficie irregolare, marmorizzato per piccole macchie di un colore rosso-giallo oscuro; in un caso il coagulo trombizzante si estendeva per un certo tratto nei due rami dell'arteria polmonale con sottile propagazione, nell'altro caso solo al ramo destinato al lobo inferiore destro.

Questi coaguli trombizzanti abbiamo potuto seguirli lungo tutto il decorso della cava inferiore, andando sem-

pre assottigliandosi e mantenendosi costantemente parietali fino alla vena iliaca destra ed ai rami d'origine di questa alla regione sacro-iliaca, fin dove, in una parola, fu possibile seguirli; in qualche punto del loro primitivo percorso questi trombi erano aderenti alle pareti venose. Nessuna lesione visibile nella grande e piccola pelvi, nessuna alterazione dell'intestino retto, nè delle parti vicine. Trombizzati abbiamo ancora trovato alcuni rami periferici delle vene meseraiche, provenienti dall'intestino tenue, dall'intestino cieco e da un breve tratto del colon ascendente; nessuna alterazione nei rami medi, nelle branche principali delle meseraiche e nella vena porta.

Ma quale fu la causa di questa flebite e di questa coagulazione sanguigna in alcuni piccoli rami periferici delle vene ipogastriche e delle meseraiche?

Se può essere spiegata questa flebite per propagazione del processo infettivo dell'intestino ad alcuni ramoscelli venosi delle vene mesenteriche, non troviamo ragione alcuna plausibile per spiegarci la flebite dei ramoscelli venosi delle vene ipogastriche; non certo da alterata crasi sanguigna, non rilevabile dai caratteri del sangue negli altri vasi e nei visceri, nè giustificata dalle condizioni generali delle pazienti, nè da propagazione di processi morbosi di tessuti od organi vicini. La trombosi poi dei rami periferici delle vene mesenteriche non poteva entrare in causa, facendo queste vene parte della circolazione portale. L'embolia della polmonale, come abbiamo veduto, dipese dalla propagazione di un processo trombotico avente la sua origine in una flebite di alcuni rami periferici delle vene ipogastriche. Ma, come abbiamo detto, la ricerca anatomica non dimostrò la causa diretta di questa flebite primitiva. È razionale l'ammettere questa flebite essere la conseguenza della localizzazione dei microrganismi circolanti nel sangue sul sistema venoso. Ma nei nostri due casi la contemporanea presenza della flebite in alcuni rami periferici delle vene meseraiche, fa razionalmente supporre che il processo flebotico primitivo si sia iniziato in quest'ultimi rami venosi che partono appunto dall'intestino, sede del processo tifico, e da questi rami delle vene meseraiche la trombo-flebite propagatasi ad alcuni rami periferici delle vene ipogastriche, attraverso le note anastomosi (vena emorroidaria su-

periore, vene emorroidarie medie ed inferiori), anastomosi che stabiliscono una comunicazione fra il sistema della vena porta e quello della vena cava inferiore: queste anastomosi si fanno di solito con alcuni rami periferici della vena mesenterica inferiore. Nei nostri due casi infatti, come abbiamo veduto, esistevano ulcerazioni tifose, oltre che nella valvola ileo-cecale, nel primo tratto del colon ascendente (colotifo). Pur riconoscendo che l'estensione del processo tifico all'intestino colon non sia avvenimento eccezionale (nel 20-25 % dei casi), cionulladimeno non può mancare d'importanza questo fatto nella interpretazione delle successioni morbose nelle nostre due ammalate, morte entrambe per embolia dell'arteria polmonale. Si dovrebbe anzi dedurre che gli accidenti patologici da noi descritti si possano presentare solo allorquando il processo tifico si estende e localizza all'intestino colon, da cui partono i rami venosi primitivi della vena meseraica inferiore, quella vena con la quale, come abbiamo ricordato, succedono costantemente le anastomosi con alcuni rami periferici della vena cava inferiore.

Anche lasciando da parte queste considerazioni sul meccanismo fisio-patologico e sulla patogenesi di questa flebite di alcuni rami periferici delle vene ipogastriche, questi due esempi di embolia dell'arteria polmonale nella febbre tifoide insegnano:

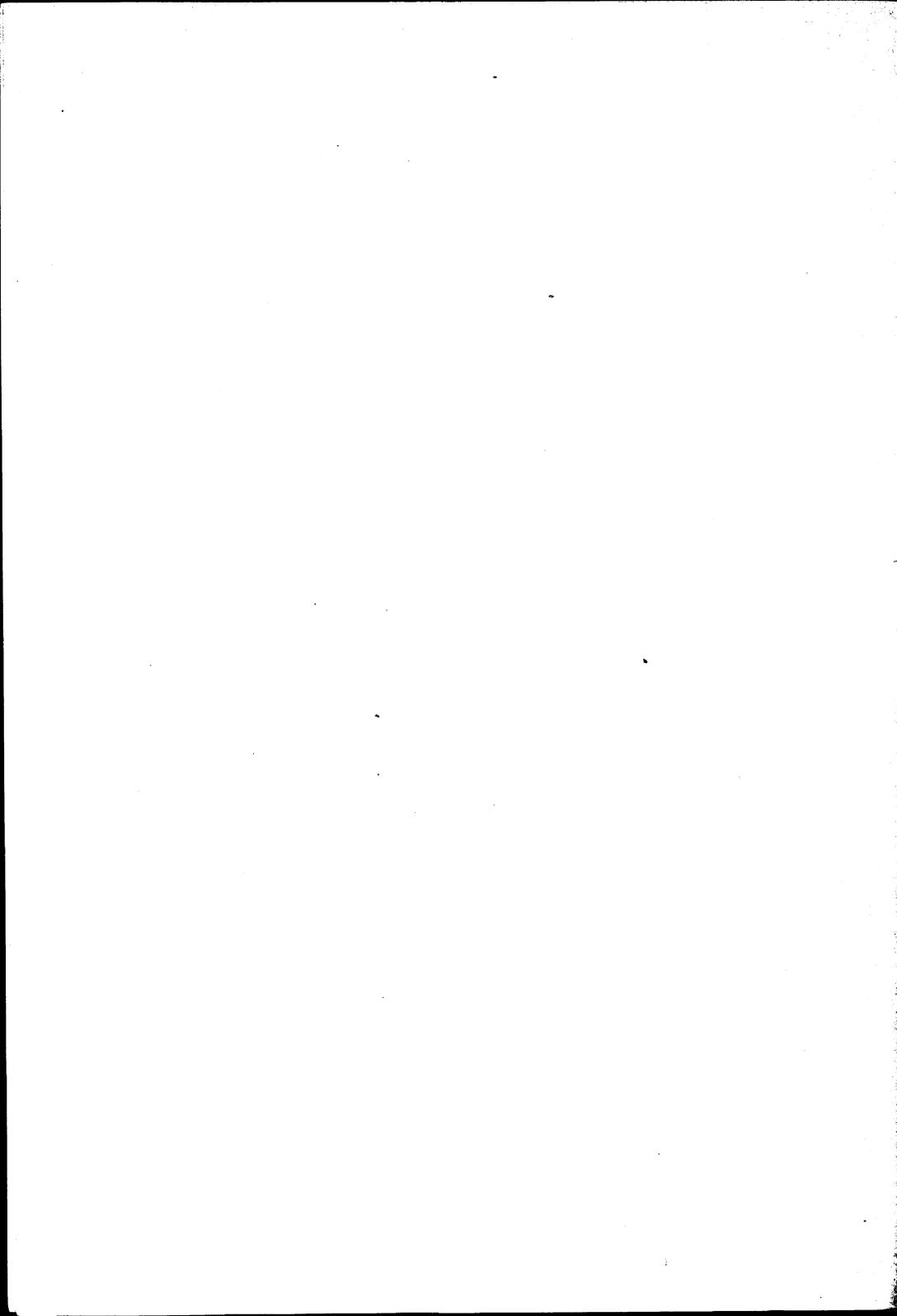
1° Che l'embolia dell'arteria polmonale nella febbre tifoide non deve essere avvenimento tanto raro. Crediamo che molti casi di morte improvvisa in questa malattia infettiva, facilmente attribuita a paralisi cardiaca anche per la presenza di coaguli voluminosi nelle cavità destre del cuore, possa essere stata invece la conseguenza di emboli trasportati o di trombi propagati da vene periferiche interne affette da flebite, flebite sfuggita alla ricerca anatomica;

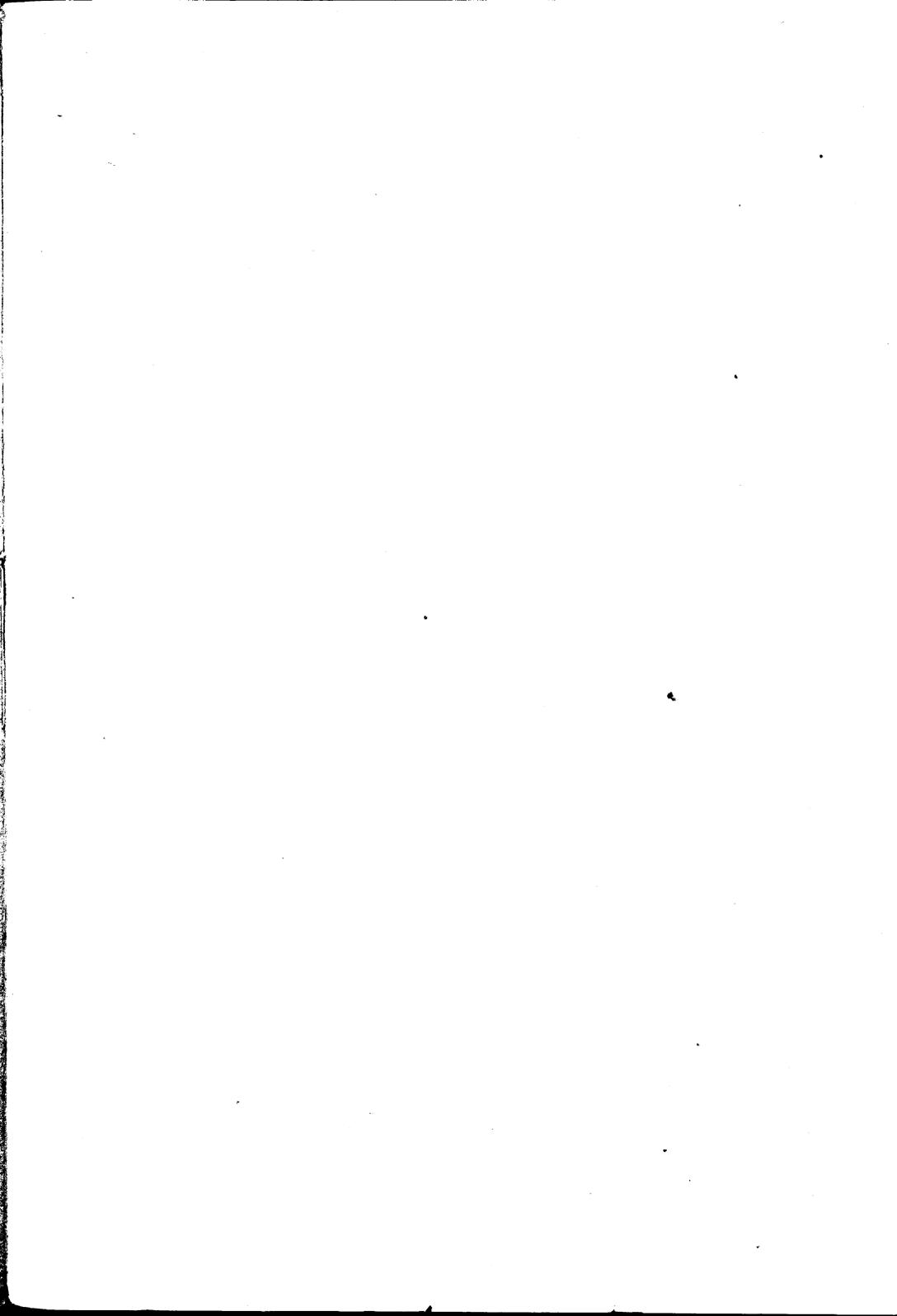
2° Che l'embolia dell'arteria polmonale nella febbre tifoide può aversi anche senza la presenza della flebite delle grandi vene periferiche, della comune *phlegmatia alba dolens*, per processi flebitici di rami periferici di vene interne, fra le quali le vene ipogastriche, donde la necessità, in tutti i casi di morte rapida od improvvisa in questa malattia infettiva non dipendente da peritonite perforativa o da enterorragia, di esaminare colla massima diligenza, oltre il cuore e le sue cavità, il sistema venoso.

Questa flebite infettiva di alcuni rami periferici delle vene ipogastriche può essere primitiva o (come è probabile nei nostri due casi) secondaria ad un processo flebitico di alcuni rami periferici delle vene meseraiche per propagazione attraverso le note anastomosi esistenti fra il sistema della vena cava inferiore ed il sistema della vena porta. Ma queste anastomosi compendosi in via ordinaria coi rami periferici della vena meseraica inferiore, sembra necessario che il processo flebitico infettivo colpisca a preferenza i rami periferici di questa vena, avvenimento più facile quando le ulcerazioni tifose sono estese all'intestino colon (colotifo), da cui partono appunto questi rami venosi tributari della vena meseraica inferiore.



27773





# LA RIFORMA MEDICA

PER L'ANNO 1906.

LA RIFORMA MEDICA è passata a Napoli per il trasferimento del direttore, Prof. G. RUMMO, alla III Clinica Medica di Napoli. Indirizzare vaglia, abbonamenti, pubblicità, tutti i pagamenti in genere, corrispondenza, libri, unicamente all'Amministrazione della RIFORMA MEDICA — Napoli.

ABBONAMENTO ANNUO: In Italia L. 20,50. — Per l'Estero L. 35,50. — In Italia un semestre L. 11.

CON PREMIO: Per l'Italia L. 21,10. — Per l'Estero L. 36,50.

PREMIO del 1906: Quadro fotografico dei professori di Fisiologia delle R. Università d'Italia.

## A) PRIMO ABBONAMENTO CUMULATIVO

RIFORMA MEDICA con premio e Trattato di Terapia speciale medico-chirurgica dei Professori Penzoldt e Stintzing.

In abbonamento l'opera costò L. 143. Si concede per L. 32, franco di porto agli abbonati di un anno della RIFORMA MEDICA. L'abbonamento cumulativo (Riforma Medica e Trattato di Terapia) costa in tutto L. 53,10 con diritto al premio dopo il pagamento intero. L'intera somma si può pagare in rate mensili così distribuite: prima rata dicembre 1905 L. 13,10; le residuali lire 40 a rate mensili di L. 5, a cominciare dalla fine di gennaio 1906, pagabili presso l'Amministrazione della RIFORMA MEDICA, ove ogni abbonato elige il suo domicilio. Dopo il pagamento della prima rata si riceverà a rigore di posta il giornale dal 1° gennaio, e l'intera opera dei professori Penzoldt e Stintzing; il premio dopo il pagamento dell'ultima rata.

## B) SECONDO ABBONAMENTO CUMULATIVO

Con l'abbonamento cumulativo della RIFORMA MEDICA e dell'opera di Terapia dei prof. Penzoldt e Stintzing si possono richiedere a prezzo di favore ed in abbonamento cumulativo i seguenti libri di proprietà della RIFORMA MEDICA, indispensabili per medici pratici:

L. FERRANNINI. Manuale di organo-terapia, batterio-terapia, siero-terapia, cito-terapia (ultima edizione) L. 4,50. Per coloro che non sono abbonati L. 6,50. — G. KLEMPERER. Compendio di diagnostica clinica (seconda ed ultima edizione) L. 4,50. Per coloro che non sono abbonati L. 6,50. — L. FERRANNINI. Manuale di Semiotica medica, fisica e funzionale (chimica, batteriologica ecc.), secondo i più recenti progressi della scienza (recentissima pubblicazione 1905), libro utilissimo per medici esercenti e studenti L. 4,50. Per coloro che non sono abbonati L. 6,50.

L'intero prezzo d'abbonamento cumulativo, RIFORMA MEDICA, Trattato di Terapia e manuali è di L. 66,60 pagabili in rate: Dicembre 1905 L. 16,60; il resto a L. 5 mensili, a cominciare dalla fine di gennaio 1906, pagabili presso l'Amministrazione della RIFORMA MEDICA, ove ogni abbonato elige il suo domicilio.

RECENTISSIMA PUBBLICAZIONE dal 1° Gennaio 1906:

## La Riforma Sanitaria ed Universitaria

Periodico quindicinale

di Medicina pratica e di Interessi professionali.

Direttore on. G. RUMMO

PROFESSORE DI CLINICA MEDICA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI.

Comitato direttivo: Dott. BADALONI, deputato al Parlamento. — Dott. DE GIAXA, prof. di Laringologia nella R. Università di Genova, e deputato al Parlamento. — Dott. MASINI, prof. di Fisiologia patologica nella R. Università di Napoli, e deputato al Parlamento. — Dott. RAMPOLDI, prof. par. di oculistica nella R. Università di Pavia, e deputato al Parlamento. — Dott. SANARELLI, prof. di igiene nella R. Università di Bologna, deputato al Parlamento. — Dott. UGHETTI, prof. di Patologia generale nella R. Università di Catania.

Per la Consulenza legale: AVV. CIGARELLI, deputato al Parlamento.

Redattore-capo responsabile: Prof. LUIGI FERRANNINI.

Pubblica le proposte, le decisioni e gli atti del Fascio medico parlamentare.

ABBONAMENTO ANNUO ANTICIPATO L. 3,50

Indirizzare vaglia: Amministrazione della RIFORMA MEDICA — Napoli.