R. BIBLIOTECA MEDICA
MISCELL.
B 47
15
ROMA

Giornale il Policlinico
Corso Umberto I - 219

Dott. ARMANDO VIRNICCHI
Coaud. straord. negli Osped. riuniti

Roma

Mis. B. n. 15

Frattura sopra-malleolare. Complicanza tardiva di flebite e trombosi femorale, con successiva possibile embolia retrograda, nella femorale del lato opposto.

(*Estratto da* **La Medicina Italiana**, *anno II, n. 23*).

R. BIBLIOTECA MEDICA

NAPOLI
STAB. TIP. LUIGI PIERRO & FIGLIO
Via Roma, 402
1904

Dott. ARMANDO VIRNICCHI
Coaud. straord. negli Osped. riuniti

Frattura sopra-malleolare. Complicanza tardiva di flebite e trombosi femorale, con successiva possibile embolia retrograda, nella femorale del lato opposto.

(Estratto da **La Medicina Italiana**, *anno II, n. 23).*

NAPOLI
STAB. TIP. LUIGI PIERRO & FIGLIO
Via Roma, 402
1904

Frattura sopra-malleolare — Complicanza tardiva di flebite e trombosi femorale, con successiva possibile embolia retrograda, nella femorale del lato opposto.

Dottor ARMANDO VIRNICCHI
Coadiutore straordinario negli Ospedali Riuniti

Riferirò brevemente un caso clinico occorsomi nella pratica privata, degno di uno speciale interessamento scientifico. Trattasi di una complicanza tardiva, verificatasi in seguito a frattura, che è molto rara a riscontrarsi, e difficile nella sua interpetrazione.

In generale nella cura degli infermi, dobbiamo cercare di renderci ragione di ogni minimo sintoma, specialmente se esso ha caratteri non comuni, e dobbiamo cercare di indagare la patogenesi di tutto ciò che si verifica sotto i nostri occhi, allo scopo di rimediarvi con le opportune cure o di evitare le ulteriori conseguenze.

Nello studio di questo caso si potrebbero richiamare al nostro ricordo, numerosi dogmi di patologia generale, fissare tutto ciò che si conosce al riguardo, discuterlo ed applicarlo al caso presente. Però io mi propongo di essere esplicito, sintetico, e di eliminare tutto ciò che si trova già bene esposto nei trattati di Chirurgia e di Patologia Generale. Ecco in breve la storia:

« M. T. di anni 50, maritata con figli. Ella cadde nel marzo 1903, mentre passava sopra un piano in discesa, nell'atrio di un cortile. Non ricorda nè sa precisare i particolari della caduta, solamente notò che l'arto inferiore destro subì una rotazione, per cui intese forte dolore ed un senso di crac al livello del collo del piede. Dopo la caduta non potette più rialzarsi, per cui sollevata sulle braccia fu trasportata in sua casa, ed adagiata a letto.

Chiamato il sanitario del paese, dottor Granata, fu constatata una frattura al collo del piede, per cui le ordinò riposo ed applicazione di ghiaccio localmente.

Dopo due giorni fui chiamato per eseguire l'apparecchio immobilizzante: Dall'esame della inferma potei facilmente constatare una frattura sopra ed inter-malleolare destra, con vaste ecchimosi, soffusioni ematiche e flittene; il gonfiore era quasi scomparso mediante l'uso del freddo locale. Eseguii un apparecchio immobilizzante, col gesso, fin sotto il ginocchio.

Tale apparecchio venne ben tollerato per 25 giorni, e ritornato in paese per toglierlo, potetti anche constatare una normale formazione del callo. Persisteva solamente una discreta pastosità al livello del focolaio di frattura, con edema. Fui del parere di fare stare l'inferma senza apparecchio per diversi giorni, per poi decidere se era il caso di ripetere o pur no un secondo apparecchio.

L'inferma stette bene una diecina di giorni, però in seguito l'edema locale andò aumentando e con esso un dolore alla regione fratturata. In seguito l'edema ed il gonfiore si diffusero alla gamba, ed in 24 ore raggiunse tutta la coscia dello stesso lato; con i fatti locali, anche il dolore si esacerbò e si diffuse verso l' alto, e cominciò a comparire una febbre elevata, a tipo remittente, che sorpassava anche i 40 gradi.

Esaminando l'arto, immensamente ingrandito, si potette constatare che il gonfiore maggiore si era localizzato alla radice della coscia, in corrispondenza del triangolo di Scarpa. La cute era lucida, tesa, ed in seguito divenne anche di colorito roseo e scottante. Calcando col dito vi rimaneva una fovea rilevante; il dolore locale era trafittivo e persistente, il ginocchio era anche gonfio, e con l' esame dell' articolazione si constatò presenza di liquido nella sinoviale.

Il quadro che presentava l'inferma fu abbastanza allarmante, e nè fu facile comprendere subito la genesi di tutti questi fenomeni tardivi che complicarono la frattura.

Misi l' arto inferiore in posizione elevata, per favorire la circolazione locale; consigliai le unzioni con pomata mercuriale e di belladonna; somministrai del chinino internamente; incominciai a fare eseguire anche delle fasciature leggermente espulsive.

Intanto nonostante tutte queste cure perdurarono i sintomi capitali: gonfiore, edema, dolore e febbre. La cute della coscia si arrossì di più, credetti anche ad una possibile suppurazione profonda, per cui dopo un consulto col prof. Ninni, paticai una siringa esplorativa al livello del sito più dolente ed infiammato. Dalla siringa non uscì niente però l'inferma assicurò che nei giorni consecutivi, dal foro

per dove era penetrato l'ago, fuoruscì continuamente gran quantità di siero, del quale si bagnarono diversi pannolini di garza posti in sito, e dopo tale fatto, ella notò una certa miglioria.

Infatti dopo due o tre giorni dalla puntura, la febbre da 40° e più discese ad un massimo di 38° ½, però mentre i fatti locali continuarono a migliorare, sempre progressivamente, la febbre al quarto giorno si elevò di nuovo a 40°. Richiamato novellamente constatai la continua miglioria locale nell'arto inferiore di destra, però avendomi detto l'inferma che avvertiva l'inizio di un simile dolore alla radice della coscia del lato opposto, dopo una esatta osservazione, mi avvidi che dall'altro lato si andavano ripetendo gli stessi fatti verificatisi a destra.

La coscia sinistra infatti andò sempre aumentando di volume, raggiungendo il doppio di quello normale, equasi quello raggiunto dalla destra. Il gonfiore si estendeva sino alle ginocchia; vi era anche l'edema locale, il dolore localizzato al livello dei vasi femorali. Ripetetti le stesse cure eseguite per l'altro lato e solo dopo un mese i fatti andarono scomparendo in entrambi gli arti inferiori, in modo che l'inferma dovette restare a letto per quasi tre mesi, dopo che fu tolto il primo apparecchio.

L'ulteriore miglioria della inferma si ottenne col riposo, con le fasciature espulsive e col massaggio eseguito del dottor F o n t a n a, altro sanitario locale. Nel contempo l'inferma fu colta da febbre infettiva, per cui si dovette anche ricorrere al cambiamento di aria.

Nel mese di luglio fece i bagni termo-minerali ai Bagnoli ed i fanghi, dei quali si giovò molto; solo nel mese di agosto incominciò a tentare il cammino con l'aiuto di una sedia o di altro, appoggio. Presentemente ella può ritenersi interamente guarita ».

***

Ora brevemente vediamo i rapporti esistenti tra la prima lesione, di origine traumatica, e tutti gli accidenti che sono conseguiti ad essa. La donna riportò frattura sopra-malleolare ed intramalleolare alla gamba destra.

Indice della rilevante distruzione dei tessuti profondi, dovevano ritenersi le vaste ecchimosi sottocutanee, per effusione ematica, e la presenza di flittene in vicinanza del focolaio di frattura. Il decorso iniziale, dopo la riduzione della frattura ed il relativo apparecchio immobilizzante, fu regolarissimo. L'apparecchio fu anche tolto dopo quasi un mese, e tranne un poco di edema e di pastosità al livello del focolaio di frattura, non si notava niente di anormale.

Dopo alcuni giorni che il piede stette scoverto, ma sempre in riposo, consigliai un secondo apparecchio a gesso. Ma prima di rifarlo già incominciarono ad iniziarsi dei fatti nuovi, che ben presto divennero di una certa gravezza. Un gonfiore edematoso si estendeva dal piede fratturato lungo tutto l'arto inferiore sino a raggiungere la radice della coscia, ed anzi il massimo del gonfiore si notava appunto verso il terzo superiore della coscia destra.

La pelle da principio era biancastra, lucente, edematosa, con evidente appariscenza di vene superficiali, e col dito rimaneva una fovea abbastanza profonda. Man mano la coscia raggiunse un volume triplo del normale e verso il lato antero interno la cute cominciò a divenire prima lucida e poi arrossita.

Due altri fatti d'importanza debbono notarsi, e sono i dolori intensi localizzati più alla coscia ed al ginocchio, e la febbre alta che raggiungeva e sorpassava i 40°, a tipo remittente, e che si presentava col brivido, mentre scompariva col sudore. Nessun fenomeno nuovo, degno di nota, al livello del focolaio di frattura, mentre, esaminando attentamente, si notò la progressiva formazione di liquido nello interno dell'articolazione del ginocchio.

Senza dilungarmi molto sul quadro grave che assunse subitaneamente l'inferma, dirò che per la chiarezza dei caratteri, per l'esame delle note sintomatiche, e per l'esclusione possibile di altre diagnosi, rltenni che si trattava di una flebite prima, e poi di trombosi della vena femorale, consecutiva alla frattura. Tale diagnosi venne pure confermata dal prof. Ninni, chiamato a consulto dalla famiglia.

Scarsa è la letteratura che si occupa di tale argomento, ed anzi nei casi registrati regna un poco di confusione tra flebite e trombosi delle vene, in seguito alle fratture (Azam-Gosslin, ecc.).

Però a me sembra che si ricade in una quistione di ordine generale,la quale dopo gli studii recenti, deve ritenersi come risoluta; attualmente la trombosi bisogna riguardarla come una manifestazione della flebite. Questo fatto fu ammesso fin da Cruvellier, ma dopo vi furono molteplici oppositori come Bouchet, Wirchow stesso, però Videl e Waguez, nelle loro tesi, assodarono la precedenza della flebite alla trobosi, ed anzi per la prima, ammisero la frequente origine parassitaria.

Riportandomi al caso presente, cerchiamo di vedere come si sono svolti i fatti clinici, e sulla guida del loro decorso, cerchiamo di interpetrare il momento patogenetico ed il meccanismo di azione. Innanzi tutto mi piace marcare che il quadro cli-

nico allarmante si è presentato tardivamente all'azione traumatica della caduta e quindi della frattura.

Non mi pare quindi che si possa parlare qui di embolia grassosa, oramai assodata scientificamente, anche perchè un embolo, partito dai rami venosi della gamba, sarebbe stato certamente di una dimensione tale da passare molto liberamente nel calibro della femorale, per cui non si sarebbe potuto qui soffermare interrompendo il suo ulteriore cammino. È per ciò che bisogna aggiungere, in ordine alla possibilità di un embolo grassoso, che essi abitualmente vanno a soffermarsi nel polmone cervello o rene, con gravi conseguenze. E per le stesse ragioni esposte innanzi, non si può ammettere con facilità, come un embolo qualsiasi, non grassoso, partendo dalle vene vicino al focolaio di frattura, si fosse potuto fermare poi nella femorale al livello del triangolo di Scarpa, che ha un calibro molto più ampio.

Anche la letteratura delle embolie, come complicanza di frattura, è scarsa. Secondo Durodié, sopra 1200 casi di frattura, specialmente della gamba, l'embolia sanguigna si ebbe a manifestare solo quattro volte, e fu raramente una complicanza tardiva del trauma, come lo è stata pel caso nostro. Ed allora mi pare giusto, anche tenuto conto del modo come si sono succeduti i diversi sintomi locali e generali, di ammettere una flebite.

Pur non volendo ritenere per essa una genesi unica microbica, non bisogna disconoscere molti fattori, d'indole traumatica od infiammatoria semplice, capaci di determinarla. E poichè alle radici degli arti si sogliono verificare con maggior facilità le diverse flebiti, ecco perchè nel caso presente si hanno i maggiori sintomi al livello del triangolo d Scarpa.

Esistendo tutti i fattori favorevoli per la produzione di un trombo locale, sia in ordine all'alterazione delle pareti vasali che del rallentamento del circolo, si comprende facilmente come, nel nostro caso, la trombosi sia stata la conseguenza diretta di una precedente flebite. Ed anzi volendo ancora di più sottilizzare, si potrebbe anche insistere nell'ammettere una causa microbica, come momento patogenetico della flebite, perchè seguendo il decorso locale e tutte le note sintomatiche della malattia, poco mancò che la flebite avesse avuto esisto in suppurazione.

E con questo ho creduto di interpetrare i gravi fatti che si sono presentati, in tutto l'arto inferiore destro, dove si era verificata la frattura.

Ma la storia clinica non si arresta quì: dobbiamo

ora spiegarci fatti, più o meno simili, che si sono ripetuti alla radici della coscia dell'altro lato, quando i fenomeni locali precedenti, andarono mano mano scomparendo, in seguito alla semplice puntura esplorativa.

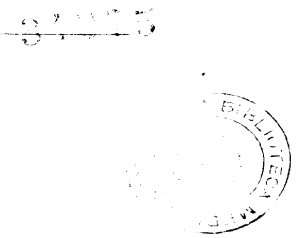
Quale è il meccanismo che può spiegarci il trasporto degli stessi fenomeni, dal lato destro al sinistro ?

A me pare che si debba escludere la possibilità di una diffusione progressiva del processo infiammatorio della tunica vasale. Una tale interpetazione trova molte ragioni in contrario, che la fanno eliminare.

Innanzi tutto nel quadro sintomatologico si osserva che i fenomeni localizzati al lato sinistro, si sono presentati con una certa intensiva rapidità, fatto che non corcorda con una progressiva e lenta diffusione di processo infiammatorio lungo le pareti venose. E poi anche dal punto di vista anatomo patologico , sarebbe molto difficile interpetrare un processo infiammatorio flebitico, che segue una tale speciale diffusione. Ed infine mentre a destra i fatti hanno avuto un lento decorso, con proponderanza dei sintomi sempre alla radice dalla coscia, come spiegarci, solo in un'epoca tardiva poi, questa brusca, diffusione al lato opposto ? Ed allora volendo dare una interpetrazione più possibile, solo un embolo potrebbe ammettersi ; per aversi però il soffermamento in quella sede, e non in una vena situata più in alto della femorale destra, tale embolo ha dovuto subire necessariamente un cammino retrogrado.

Esso ha seguito quindi un cammino contrario a quello della corrente sangnigna, secondo l'osservazione costatata pel primo del Recklinghausen. Per lo più debbono invocarsi ragioni varie, che a noi sfuggono, capaci di produrre tale speciale cambiamento di direzione, anzi che la semplice forza di gravità. Si sono ottenuti infatti emboli retrogradi, sperimentalmente, con sostanze molto leggiere.

Senza dilungarmi quindi nella interpetrazione dei fatti esposti, ho creduto di pubblicare il presente caso , che mi è sembrato di non lieve interesse scientifico, e raro per la complicanza dei fenomeni.



LA MEDICINA ITALIANA

Giornale illustrato di Medicina, di Chirurgia d' Igiene e Sanità pubblica ✻ ✻ ✻ ✻ ✻

Direzione ed Amministrazione: Via Pontecorvo, 90 (a Piazza Dante). ✻ ✻ ✻ ✻ ✻ ✻ ✻ ✻ ✻

Abbonamento annuo L. 8,50 con diritto a premio fisso e semigratuito ✻ 50 copie di estratti gratuiti agli autori delle memorie originali ✻ ✻