



stituto di Clinica Medica generale della Regia Università di Pisa

diretto dal Prof. G. B. Queirolo

*All'Espresso Prof. Magari
con affetto
Bluffing.*

PER LA DIAGNOSI DELL' ANEURISMA

della porzione discendente dell'arco dell'aorta

(Aneurisma aortico a tipo ricorrente)

CONTRIBUTO CLINICO

del Dott. CARLO ALBERTO CRISPOLTI

Assistente



mont.
B
65
35
Estratto dal Giornale LA MEDICINA ITALIANA, Anno II, n. 26-27.

NAPOLI

STAB. TIP. LUIGI PIERRO E FIGLIO

Via Roma, 402

1904

Istituto di Clinica Medica generale della Regia Università di Pisa
diretto dal Prof. G. B. Queirolo

PER LA DIAGNOSI DELL' ANEURISMA
della porzione discendente dell'arco dell'aorta
(Aneurisma aortico a tipo ricorrente)

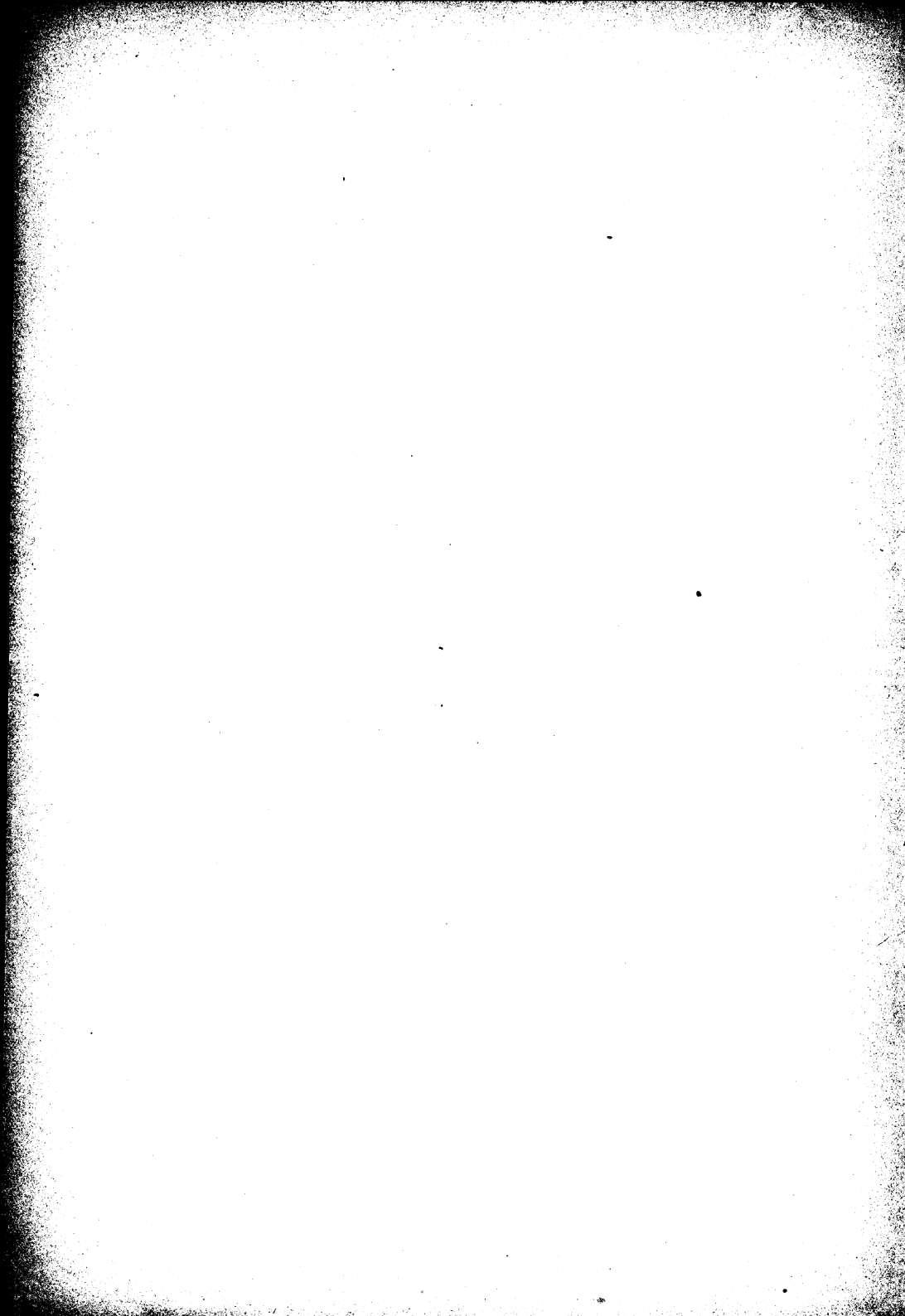
CONTRIBUTO CLINICO

del Dott. CARLO ALBERTO CRISPOLTI

Assistente

Estratto dal Giornale LA MEDICINA ITALIANA, Anno II, n. 26-27.

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



Per la diagnosi dell'Aneurisma della porzione discendente dell' arco dell' aorta

(Aneurisma aortico a tipo ricorrente)

Contributo clinico

del Dott. CARLO ALBERTO CRISPOLTI

Assistente

La casistica clinica degli aneurismi dell'aorta, è così ricca di pregievoli ed interessanti osservazioni di clinici e medici pratici, che impiegherei certamente troppo spazio, e farei cosa inutile, se volessi in questa mia memoria, ricordare, anche per sommi capi, le note bibliografiche più interessanti che si riferiscono all'argomento: onde mi limiterò unicamente ad illustrare il caso clinico che è oggetto di questo mio studio, il quale assume una speciale importanza date le difficoltà che offre la sindrome clinica che lo caratterizza per poter giungere all'esatto giudizio diagnostico, con l'obiettivo di fare emergere i sintomi che più squisitamente sono rivelatori del processo morboso da cui era afflitto il nostro paziente, e di farne apprezzare il loro alto significato semeiologico, ed il loro valore diagnostico.

Ecco la *Storia clinica* che riassumo brevemente.

R. L. di anni 41, da Serravezza, commerciante: nessuna notizia relativa al gentilizio che possa interessarci: l'a. non è fumatore, né alcolista.

All'età di 23 anni, mentre prestava servizio militare, contrasse la infezione sifilitica, per la quale dice di non aver mai fatto una cura conveniente ed opportuna come gli venne consigliato.

Da circa due anni soffre di dolori cervico brachiali ed intercostali a sinistra assai molesti, continui, con periodi di esacerbazione spiccata, accompagnati da senso di formicolio all'arto superiore del medesimo lato: tali dolori, non accompagnati mai da febbre, né da tumefazioni articolari, furono diagnosticati per dolori reumatici, ma si mostrarono sempre decisamente resistenti e ribelli, a qualsiasi trattamento terapeutico.

Cinque mesi prima di ricoverare in clinica, senza causa apprezzabile, si è manifestata una difficoltà nel respiro, che è andata sempre più accentuandosi, più spiccata durante le ore della notte, con accessi di apnea e di soffocazione, con tosse piuttosto insistente, convulsivante, e con abbondante espettorazione muco salivare.

Poco dopo l'a. notò pure una certa difficoltà nel passaggio del bolo alimentare, ed anche dei liquidi nutritivi lungo l'esofago, mentre la voce si era fatta afona, rauca. Narra di non avere mai avuto febbre. Un sanitario, ritenendo il disagio respiratorio in rap-

porto con un versamento pleurico esistente a sinistra, praticò la toracentesi, estraendo circa 800 c. c. di liquido limpido, citrino.

La diuresi in questi ultimi tempi si è fatta scarsa, l'alvo stitico.

Essendosi aggravati i fatti suaccennati l'a. decise di ricorrere alle nostre cure, e fu accolto in clinica.

Esame obiettivo.—Individuo di buona costituzione, con sviluppo scheletrico regolare, colorito della pelle e mucose visibili assai pallido: masse muscolari e pannicolo adiposo deficienti. Decubito ortopnoico. Sensorio integro. Temperatura normale; P. 110-R. 24.

La voce è rauca, afona, ed ha uno speciale timbro tracheale. L'esame del collo fa notare i seguenti fatti degni di nota: la regione sopraclavare di sinistra appare leggermente più sporgente della omonima di destra; il laringe è assai deviato verso destra; affondando le mani nel giugulo, si apprezza una identica e spiccata deviazione della trachea verso destra. Le vene del collo, come pure quelle degli arti superiori e della porzione superiore del torace, non si mostrano turgide, né si nota edema di tali regioni.

Apparecchio respiratorio. L'a. accusa grave difficoltà del respiro: il numero delle respirazioni oscilla tra le 24 e le 26 al m': la voce è rauca; la respirazione è stertorosa: l'a. ha spesso accessi di soffocazione e di strozzamento, dei veri accessi di apnea, i quali sono resi ancora più gravi dalla tosse che è insistente, stizzosa, convulsivante, con timbro speciale, sonora, stridente, con escreato quasi esclusivamente salivare abbondante. Allo stato di riposo presenta un'inspirazione aspra, prolungata, ma se fa uno sforzo, un movimento brusco, e tenta poscia di parlare, l'inspirazione diviene rauca, sonora, stridente; nella inspirazione si nota pure un rumore speciale, tracheale, come un rumore di stenosi stridente. La porzione del torace corrispondente al manubrio dello sterno, prevalentemente a sinistra lungo la marginale dello sterno, ed all'attacco della clavicola sinistra con lo sterno, appare alquanto sollevata, sporgente sul resto della parete toracica. Alla ispezione, si apprezza pure un sollevamento uniforme, un vero impulso (anche a distanza) e meglio ancora applicandovi il palmo della mano, in corrispondenza della porzione superiore e mediana anteriore

del torace, sollevamento espansivo che è sincrono col polso della radiale e della femorale di ambo i lati; applicando il palmo della mano in corrispondenza di tale regione, non si apprezza in vero alcun fremito, né alcuno sfregamento: uno scuotimento egualmente sincrono con il polso della radiale ed assai marcato, si avverte con l'ispezione anche al capo ed al collo: invitando il paziente a rovesciare il capo all'indietro, guardando il laringe, si apprezzano delle scosse assai marcate, delle vere pulsazioni del pomo di Adamo, sincrone con il polso arterioso delle radiali: detta pulsazione scuotente, si apprezza anche più spiccata e manifesta applicando il polpastrello del dito indice della mano sinistra sul tiroide di destra del paziente e premendo leggermente da destra verso sinistra: mentre facendo la stessa manovra sul tiroide di sinistra non si apprezza alcuna pulsazione.

La metà sinistra del torace, specie in alto, rimane immobile anche nelle profonde inspirazioni, mentre alla base si apprezzano evidenti rientramenti inspiratori: come pure si apprezza al momento della inspirazione una visibile, marcata depressione in corrispondenza della fossa sopra claveare sinistra, e della fossa epigastrica. Il fremito vocale tattile che si trasmette bene a destra, è decisamente abolito a sinistra per tutto l'ambito toracico.

Alla percussione a destra si ha suono polmonare chiaro, ed alla ascoltazione respiro vescicolare rinforzato: a sinistra suono polmonare chiaro, tranne alla base, dove si ha una piccola zona di ottusità mobile, che posteriormente giunge al disotto dell'angolo della scapola: alla ascoltazione, silenzio respiratorio per tutto l'ambito toracico. In corrispondenza del manubrio dello sterno, si ha ottusità non molto intensa, ma bene apprezzabile in confronto alla sonorità che si ottiene percuotendo sulla porzione inferiore dello sterno, ottusità che lateralmente è sostituita da una netta ipofonesi, e poi da suono chiaro polmonare: detta ipofonesi ben marcata, a destra raggiunge la marginale dello sterno, a sinistra la parasternale, sul 1° e 2° spazio intercostale, persistendo come tale anche in corrispondenza dell'articolazione sterno-clavicolare sinistra.

La palpazione in corrispondenza del giugulo, ed ai lati della inserzione dello sterno cleido mastoideo di sinistra, fa apprezzare una resistenza speciale: mentre la pressione ivi esercitata, provoca dolore assai vivace.

Le misurazioni toraciche danno i seguenti risultati:

In corrispondenza del manubrio dello sterno, Emicirconf. D. cm. 46: S. cm. 45.

In corrispondenza delle papille, Emicirconf. D. cm. 43: S. cm. 43.

In corrispondenza dell'apofisi ensiforme, Emicirconf. D. cm. 41: S. cm. 41.

Apparecchio circolatorio. — Il polso è piccolo, frequente: P 100-110: esiste un discreto grado di arterio-sclerosi generalizzata: non si riesce ad apprezzare decisamente alcun ritardo, tra il polso delle varie arterie del collo e degli arti superiori ed inferiori, sia in confronto con quello dello stesso lato, come dell'altro lato, né alcuna differenza nella grandezza del polso delle varie arterie dell'un lato

e dell'altro, sia del collo, come degli arti, in punti simmetrici.

La regione precordiale non appare sporgente né vi si nota alcun impulso sollevante: la punta del cuore è al 6° spazio oltre la papillare verticale sinistra, per circa due dita trasverse; l'*ictus* non è rinforzato. Il cuore è spostato in basso ed all'esterno, non è però ipertrofico: l'area di ottusità cardiaca è separata dalla ottusità retrosternale, da una zona di suono chiaro polmonare: i toni cardiaci normali alla punta e sul focolaio anatomico della mitrale, si apprezzano invece rinforzati in alto sia in corrispondenza del focolaio di ascoltazione clinico dell'aorta e della polmonare, sia ascoltando in corrispondenza dei vari punti della porzione superiore del torace, lungo la regione sternale e parasternale. Non si apprezza però alcun rumore anormale speciale, né alcun soffio: solamente si apprezza accentuato il 2° tono ascoltando sia sull'aorta, sia in corrispondenza della zona di ottusità retrosternale.

Apparecchio digerente. — L'appetito è conservato: la lingua è alquanto impatinata: l'alvo è stitico. Non vomito, non pirosi, non eruttazioni: l'a. avverte una certa difficoltà nel passaggio del bolo alimentare, come dei liquidi lungo l'esofago, e più propriamente in un punto situato al di dietro del manubrio dello sterno: cosicché la deglutizione è difficile e dolorosa: di più il paziente avverte ad intervalli dei veri attacchi di disfagia dolorosa con spasmi dell'esofago: l'addome non è voluminoso, né meteorico; è poco trattabile, indolente alla palpazione. Il limite superiore dell'ottusità assoluta del fegato è alquanto abbassata: infatti sulla papillare verticale è alla 7ª costola, all'8ª sull'ascellare media, alla 9ª sulla posteriore, alla 11ª in corrispondenza della emiscapolare; inferiormente il bordo epatico è nei limiti normali. L'area splenica è pure nei limiti normali. All'esame dell'apparecchio ganglionarelinfatico, si apprezza un ingorgo alle ascelle ed agli inguini ben marcato.

Non edemi agli arti inferiori.

Esame delle urine. — R. acida — P. S. 1024 — Urea 12 per ‰: albumina circa il 3 per ‰: glucosio assente. All'esame microscopico del sedimento urinario nessun elemento anormale.

Diario riassuntivo. — Durante la sua degenza in clinica (un mese circa), l'a. ha presentato costantemente difficoltà del respiro, il tipo della respirazione dispnoica, stertorosa R. 24-26: spesso si manifestarono periodi di accessi di soffocazione e di apnea: tosse frequente, stizzosa, convulsivante, con escreato muco salivare abbondante: la voce si mantenne sempre afona, rauca, con un timbro caratteristico. L'a. accusava inoltre disfagia ed assai frequentemente era colto da dolori a tipo accessionali, spiccatissimi, cervico-brachiali ed intercostali a sinistra, e da un senso di formicolio all'arto superiore di questo lato. La temperatura si mantenne sempre nei limiti normali.

Il polso, nonostante la somministrazione piuttosto energica di cardiocinetici, si mantenne sempre frequente, piccolo, però abbastanza ritmico: P. 100-120 al minuto.

Obiettivamente si riscontrarono gli stessi fatti ai quali accennai nell'esame obiettivo, solo si poté notare una maggior deviazione del laringe verso

destra: per il resto i soliti fenomeni decisamente immutati.

Non fu mai possibile poter rilevare alcuna differenza nella grandezza del polso delle varie arterie dell'un lato e dell'altro, sia del collo, come degli arti, in punti simmetrici, nè alcun ritardo tra il polso delle varie arterie, dopo lunghe, diligenti e minuziose ricerche. L'albuminuria che l'a. presentava al suo ingresso in clinica (3 ‰ circa di albumina nelle urine), la quale doveva riferirsi ad un processo di nefrite interstiziale cronica, si fece gradatamente insignificante, tantochè negli ultimi giorni di nostra osservazione, si avevano solo tracce di albumina nelle urine, mentre contemporaneamente al risolversi dell'albuminuria, poté apprezzarsi anche un aumento considerevole della quantità dell'urea (dal 10 per ‰, raggiunse il 24 ‰_{1,30}) e dell'urina (dai 300 cc. ai 1100 cc.) eliminata nelle 24 ore. Riusci sempre negativa nell'espettorato, la ricerca dei bacilli di Koch.

È degno di nota che l'esame laringoscopico, fece rilevare la esistenza di una paresi della corda vocale inferiore di sinistra.

Durante la degenza in clinica, il paziente fu sottoposto ad un trattamento energico iodo-mercuriale, e si cercò di combattere sintomaticamente l'albuminuria, ed i vari fenomeni subiettivi che lo tormentavano.

La sindrome clinica presentata dal nostro ammalato, offriva non poche difficoltà, per poter giungere ad un esatto giudizio diagnostico. Si doveva perciò fare una rigorosa discriminazione dei vari sintomi che la caratterizzavano, cominciando dall'analizzare accuratamente il modo speciale con cui erasi iniziato, ed i vari periodi attraverso ai quali era passato il quadro morboso.

Il disturbo più saliente che lo aveva costantemente dominato, era la difficoltà del respiro: ed il malato stesso, senza attribuire alcun valore ai dolori cervico brachiali e intercostali a sinistra, ed al senso di formicolio all'arto superiore di questo lato, faceva risalire l'inizio della malattia che lo affliggeva, a circa cinque mesi prima di ricoverare in Clinica, quando cioè notò una certa difficoltà del respiro che andò rapidamente aggravandosi: ed era la difficoltà del respiro il fatto, che anche durante il periodo di nostra osservazione dominava il quadro morboso. L'a. che era in preda ad una continua dispnea, aveva dei periodi di soffocazione, di apnea: la inspirazione aveva un timbro speciale, era cioè aspra, prolungata, e si faceva rauca, sonora, stridente, ad ogni più piccolo sforzo e movimento del paziente, si dà apprezzarsi come un rumore di stenosi, un vero rumore tracheale stridente, quello che i Francesi chiamano *cornage*: la tosse pure aveva un timbro sonoro, stridente, era stizzosa, convulsivante con espettorato quasi prettamente salivare; la voce era rauca, afona.

La difficoltà così intensa del respiro, presentata dal nostro ammalato, avrebbe potuto far pensare ad una cardiopatia, con consecutivo versamento nella cavità della pleura; ma questo concetto diagnostico oltre che per la mancanza dei segni acustici e plessimetrici proprii di un vizio cardiaco poteva escludersi, in quanto noi avevamo un ver-

samento pleurico a sinistra, mentre si sa che nelle cardiopatie, quando mancano gli edemi, se versamenti pleurici esistono, di regola sono a destra: nè l'albuminuria poteva ritenersi in rapporto con fatti di stasi nel dominio della circolazione della cava inferiore e delle vene renali, poichè nessun altro sintomo esisteva di aumentata pressione nel circolo della cava stessa; non aumento del fegato e della milza, non ascite, non edemi agli arti inferiori, e male si sarebbe potuto spiegare nel caso nostro, una albuminuria da stasi, quando tutti gli altri sintomi che sogliono accompagnarsi a questa, facevano assolutamente difetto. Poteva allora, il disagio respiratorio nel nostro ammalato, essere in rapporto con fatti di uremia? Dalla storia clinica risulta che l'a. al suo ingresso in clinica, presentava una cospicua quantità di albumina nelle urine circa il 3 per ‰, mentre la diuresi era assai deficiente, (300 cc. di urina nel corso delle 24 ore) la quantità dell'urea era notevolmente scarsa, (circa il 12 per ‰₁₀₀); a dire il vero, a prima vista, si sarebbe potuto credere che all'uremia dovesse attribuirsi il disagio respiratorio, se nonchè l'ulteriore decorso della sindrome clinica, faceva facilmente stabilire che il disturbo della respirazione non ripeteva come causa l'uremia; questa forse avrà potuto contribuire a renderlo nei primi giorni di nostra osservazione più marcato e più tormentoso, infatti anche quando la quantità dell'albumina era diminuita nelle urine, fino ad aversi delle tracce appena sensibili, e si aveva contemporaneamente aumento della diuresi (1000-1100 cc. di urina nel corso delle 24 ore) e della quantità di urea (circa 24 per ‰ pro die di urea) la difficoltà del respiro permase immutata, sempre grave, con gli stessi imponenti caratteri che ho testè descritti.

Nè poteva evidentemente la difficoltà del respiro trovare la sua spiegazione nella esistenza del versamento pleurico di sinistra, poichè questo era limitatissimo, e trascurabile, onde il disagio respiratorio era assolutamente sproporzionato alla quantità del liquido.

Un altro fatto però, che meritava, d'essere logicamente interpretato, era la esistenza del versamento pleurico.

Poteva questo ritenersi in rapporto con un processo infiammatorio? No certamente, poichè la febbre aveva fatto sempre difetto non solo durante il lungo periodo di degenza in casa, come avevamo potuto apprendere anche dal medico curante, oltre che dal paziente stesso, ma anche perchè durante il periodo di nostra osservazione, non avevamo potuto mai apprezzare il menomo rialzo della curva termica; la temperatura si era mantenuta sempre al disotto dei 37°: ora, un processo infiammatorio della pleura, con un decorso decisamente apirettico non può concepirsi: di più nel nostro paziente, non aveva esistito mai dolore, che generalmente non fa difetto nei processi infiammatori della pleura, ed infatti i dolori intercostali che l'a. aveva a sinistra esistevano da circa due anni, avevano il carattere di vere e proprie nevralgie; vedremo più innanzi quale importanza debba invece ad essi essere assegnata. Escluso quindi un processo infiammatorio della pleura, esclusa cioè la natura essu-

dativa del versamento pleurico esistente a sinistra si doveva giungere al concetto di un vero e proprio trasudato, in rapporto cioè con fatti di stasi nella circolazione venosa della pleura: ed avendo già precedentemente escluso, che il versamento potesse ritenersi in rapporto con uno scompenso cardiaco per le ragioni che sopra accennai, dovevamo precisarne il vero momento patogenetico.

Altri fatti di notevole importanza che si rilevavano all'esame fisico, erano la deviazione del laringe e della trachea verso destra, la speciale deformazione della regione sternale, la speciale modificazione del suono di percussione che quivi si aveva, l'impulso manifesto, espansivo in corrispondenza della porzione superiore e mediana anteriore del torace, sincrono con il polso della radiale, le scosse o pulsazioni che si osservavano al pomo di Adamo (pulsazione laringo-tracheale) mentre si faceva tenere all'a. una posizione speciale, queste pure sincroni con il polso della radiale; la immobilità della metà sinistra del torace, mentre in basso si apprezzavano rientramenti inspiratori evidenti; la depressione inspiratoria in corrispondenza della fossa sopra clavare sinistra, e della fossa epigastrica; l'assoluta abolizione del fremito vocale tattile e del rumore vescicolare a sinistra, mentre la sonorità polmonare era nettamente conservata su tutta la metà sinistra del torace; lo spostamento in basso ed all'esterno della punta del cuore, la pareti della corda vocale inferiore di sinistra rivelata dall'esame laringoscopico: nè di minore interesse era per noi tutto il corteo dei sintomi subiettivi presentati dal paziente, caratterizzati oltre che dal disagio respiratorio, dalla dispnea e dal timbro speciale della inspirazione (cornage), dalla raucedine della voce, dalla disfagia, dallo spasmo della glottide, (accessi di soffocazione e di strozzamento), dagli accessi di tosse convulsivante e di dispnea, e dalla esistenza a sinistra di dolori cervico-brachiali ed intercostali, con un senso di formicolio lungo l'arto superiore di questo lato.

Analizziamo quindi i singoli fenomeni oggettivi e subiettivi, allo scopo di interpretarne il vero momento patogenetico.

E cominciamo dall'esame dell'apparecchio respiratorio; nella metà sinistra del torace che si presentava immobile negli atti della respirazione, si aveva abolizione del fremito vocale tattile e del respiro vescicolare per tutto l'ambito polmonare, mentre alla percussione si aveva suono chiaro polmonare, tranne che alla base dove si apprezzava una piccola zona di ottusità, in rapporto appunto con il lievissimo versamento pleurico al quale abbiamo precedentemente accennato: questi fatti però non potevano evidentemente riferirsi alla presenza del liquido nella cavità della pleura, poichè si aveva silenzio respiratorio ed assenza del fremito vocale, anche là dove alla percussione si otteneva suono chiaro polmonare; nè un pneumotorace poteva evidentemente rappresentare la condizione capace di determinare l'assenza del respiro vescicolare e del fremito vocale ad un tempo, poichè non solo la metà sinistra del torace era meno espansa della metà omonima di destra, ma anche perchè mancava il suono di percussione timpanico con timbro metallico, caratteristico del versamento gassoso nella cavità della pleura, e

perchè infine non si aveva spostamento del cuore verso destra, il quale al contrario era spostato alquanto in basso e verso sinistra; quindi nè un versamento liquido nè un versamento gassoso nella cavità pleurica sinistra, potevano essere la causa della scomparsa pressochè assoluta del fremito vocale tattile e del respiro vescicolare; si aveva pertanto una cavità toracica nella quale era sospesa la respirazione, pur essendo normale il suono di percussione, pur non esistendo certamente nè un versamento gassoso nè un versamento liquido nella cavità della pleura: se ne doveva logicamente arguire, che una condizione morbosa dovesse esistere, capace d'impedire la formazione del rumore vescicolare, la produzione del fremito vocale tattile, un ostacolo cioè all'introduzione nel polmone di sinistra dell'aria; un complesso di fatti semeiologici insomma, riferibili a fatti di compressione sul grande bronco di sinistra, per cui veniva ad esser impossibilitato il normale passaggio dell'aria attraverso ad esso.

La concomitanza perciò di quetti tre sintomi, *assenza del rumore vescicolare e di ogni rumore respiratorio e del fremito vocale tattile, conservazione della sonorità polmonare*, ci allontanava subito dalla idea di un versamento della pleura, e di un pneumotorace per il timbro speciale del suono di percussione, e non poteva spiegarsi che con un restringimento, ovvero con una compressione del bronco sinistro; e questo nostro convincimento era convalidato dalla presenza dei rientramenti inspiratori alla base del torace di sinistra, della immobilità di questa metà del torace durante i tempi della respirazione e dalla presenza di una evidente depressione inspiratoria, ciò che i Francesi chiamano *tirage*, in corrispondenza della fossa sopraclavare di sinistra e della fossa epigastrica, e dallo speciale rumore di *cornage* testè descritto, fatti questi che si riscontrano quando il calibro del bronco è notevolmente diminuito, al punto da non lasciar passare, per così dire, che appena un filo di aria, che è insufficiente a dilatare il polmone corrispondente, e la corrispondente metà toracica, a produrre il rumore vescicolare ed il fremito vocale tattile, mentre basta per la conservazione del suono chiaro polmonare di percussione.

Ciò premesso, si poteva fino ad un certo punto interpretare la dispnea esistente nel nostro ammalato se nonchè il disagio respiratorio era di gran lunga superiore a quello che si riscontra in ammalati, nei quali è avvenuta la soppressione del respiro in un polmone, come ad esempio avviene negli abbondanti versamenti pleurici emilaterali; io infatti ho potuto osservare nella nostra clinica, ammalati con versamenti pleurici unilaterali abbondantissimi, si da riempire quasi completamente il cavo pleurico da un lato, ed il disturbo del respiro non era così intenso e così spiccato, come quello che presentava il nostro ammalato. Per cui dovevamo ricercare altri fattori capaci di determinare il disagio respiratorio, e gli accessi di dispnea e di soffocazione ad un tempo.

L'esame accurato dell'apparecchio respiratorio alla prima sua origine, ci faceva apprezzare una deviazione del laringe verso destra, ed infossando il dito nel giugulo si riconosceva come la trachea stessa fos-

se deviata verso destra: questo spostamento perciò doveva riferirsi ad una grave compressione esercitata sulla trachea e capace di spostarla insieme al laringe verso destra: quindi si poteva anche per questo ritenere che il grave disagio del respiro fosse dovuto solo parzialmente alla soppressione respiratoria a sinistra e in gran parte alla compressione della trachea e del gran bronco di sinistra per la quale spiegavamo anche facilmente le speciali modalità del timbro della respirazione (cornage) caratteristico di una compressione esercitata lungo le vie respiratorie (trachea, grosso bronco di sinistra); ma tutto questo non era sufficiente a spiegare nel nostro ammalato la imponente sindrome a carico dell'apparecchio respiratorio.

Nel nostro ammalato il cuore era spostato in basso ed all'esterno, e non era certamente ipertrofico; la punta del cuore si palpava al 6° spazio intercostale oltre la papillare verticale, mentre la percussione della aia cardiaca faceva segnare il diametro verticale e trasversale presso a poco nei limiti normali: quindi vi era unicamente spostamento verso sinistra ed in basso del cuore, senza aumento dei suoi diametri, senza rinforzamento dell'ictus; inoltre la mancanza di qualsiasi fenomeno acustico anormale sul focolaio dell'aorta e della mitrale faceva a priori escludere l'esistenza di un vizio cardiaco, mentre l'assenza del rinforzamento dell'ictus cordis e dell'aumento in ampiezza dell'aia cardiaca ci convalidava maggiormente nel concetto che non si trattasse di un cuore ipertrofico, ma bensì di un cuore tipicamente spostato; fatto questo che dovevamo mettere in rapporto con quella stessa causa che aveva determinato lo spostamento del laringe verso destra, lo spostamento e compressione della trachea, il modico versamento pleurico a sinistra, la compressione del grande bronco di sinistra.

Ed allora ammessa nel nostro paziente l'esistenza di un processo morboso capace di determinare i fatti di compressione e di spostamento fin ad ora passati in rivista, dovevamo allo stesso processo morboso e agli stessi fatti di compressione attribuire le alterazioni della voce (afonia), spiegabili con la paresi della corda vocale inferiore di sinistra, rivelata dallo esame laringoscopico, per lesione del nervo ricorrente sinistro: parimenti dovevamo pensare che la raucedine della voce, gli accessi di soffocazione e di strozzamento, sintomatici di uno spasmo della glottide, e che avevano frequenti periodi di esacerbazione, fossero dovuti alla eccitazione del nervo ricorrente, per gli stessi fatti di compressione, sapendosi appunto come basti anche l'eccitazione di un solo nervo ricorrente per promuovere lo spasmo della glottide, e la raucedine della voce (disfonia); e così anche la tosse rauca, stizzosa, gli accessi di tosse convulsivante, potevano interpretarsi come dipendenti da fatti di compressione del nervo pneumogastro di sinistra e forse anche del nervo frenico di questo lato.

Agli stessi fatti di compressione doveva attribuirsi la disfagia esistente nel nostro ammalato, e gli accessi di disfagia dolorosa, sia per la compressione esercitata direttamente sull'esofago, sia per la eccitazione da questa determinata sul nervo ricorrente di sinistra, sapendosi appunto come la eccitazione di

uno dei ricorrenti possa determinare gli accessi di disfagia dolorosa e gli spasmi dell'esofago.

Un altro fatto degno di particolare interesse era la presenza da circa due anni di dolori cervico-brachiali ed intercostali a sinistra, accompagnati da un senso di formicolio lungo l'arto superiore di questo lato: tali dolori che erano presso che continui, avevano dei periodi di esacerbazione assai molesti, e si erano mostrati decisamente ribelli a qualsiasi trattamento, terapeutico: infatti risulta dalla storia clinica che erano stati interpretati e curati come dolori reumatici: noi però potevamo facilmente escludere la natura reumatica di tali dolori, giacchè erano troppo tenaci, troppo circoscritti, ed anche perchè non erano mai stati accompagnati da febbre o da tumefazioni articolari, e si erano mostrati ribelli a qualsiasi trattamento terapeutico, laonde era logico ritenere tali dolori per delle vere nevralgie cervico-brachiali ed intercostali, dovute a fatti di compressione, di irritazione dei tronchi nervosi di sinistra, ed in tal modo si potevano agevolmente spiegare i caratteri di tali nevralgie, il loro decorso, nonché la esistenza dei formicolii lungo l'arto superiore di sinistra. Dall'insieme quindi dei fenomeni subiettivi ed obiettivi riscontrati nel nostro paziente, dovevamo pensare di trovarci dinanzi a quel complesso sintomatico che occorre osservare nelle lesioni del mediastino, e che suol chiamarsi con l'appellativo di *sindrome mediastinica*.

E questo concetto era convalidato da dati obiettivi di estremo valore, quali si rilevavano con la ispezione e con la percussione della regione sternale; abbiamo appreso dall'esame obiettivo che la porzione del torace corrispondente al manubrio dello sterno ed all'articolazione sterno-clavicolare sinistra, appariva sollevata, alquanto sporgente sul resto della parete toracica: inoltre alla ispezione si apprezzava un impulso, un sollevamento uniforme, espansivo, e sincrono con il polso della radiale, in corrispondenza della porzione superiore e mediana anteriore del torace: alla percussione in corrispondenza del manubrio dello sterno si aveva una ottusità non molto intensa ma bene apprezzabile, lateralmente sostituita da una netta ipofonesi che a destra oltrepassava appena la marginale dello sterno, mentre a sinistra raggiungeva la parasternale sul 1° e 2° spazio intercostale, persistendo come tale anche in corrispondenza della articolazione sterno clavicolare sinistra. Questi fatti che si rilevavano con la ispezione e con la percussione della regione sternale, non potevano certamente riferirsi a modificazioni volumetriche dell'aia cardiaca, perchè abbiamo inteso che la zona di ottusità retrosternale, limitata alla regione sternale superiore, mentre nella regione inferiore del corpo dello sterno si aveva suono chiaro polmonare, era nettamente separata da quella della ottusità cardiaca da una zona di suono chiaro polmonare: di più l'aia cardiaca non era aumentata di volume, ma solo spostata in basso ed all'esterno verso sinistra: nè certamente l'impulso cardiaco poteva essere la causa del sollevamento che si apprezzava in corrispondenza della regione anteriore mediana superiore del torace e perfino al collo ed al capo, poichè tale sollevamento era persistente e della stessa intensità, anche

quando l'ammalato era calmo, mentre nella regione precordiale non si notava alcun impulso, alcun sollevamento, e l'urto della punta era sempre debole, non diffuso, ma circoscritto al 6° spazio oltre la papillare verticale sinistra per circa due dita trasverse, nè era sollevante: per ciò dovevamo ritenere ciascun fatto indipendente dall'altro.

Quindi si doveva necessariamente ammettere una *condizione morbosa del mediastino*, capace di determinare oltre che, le *speciali modificazioni della regione sternale e della articolazione sterno-clavicolare di sinistra*, rilevantisì sia con la ispezione che con la percussione, lo *spostamento del laringe* verso destra, lo *spostamento e la compressione della trachea*, la *pulsazione laringo tracheale*, la *compressione del ricorrente di sinistra* (rivelata dalla paresi della corda vocale inferiore di sinistra, dai caratteri e dal timbro speciale della voce, dagli accessi di soffocazione, dagli accessi di disfagia dolorosa per spasmo dell'esofago), la compressione del *pneumogastrico* di sinistra, (rivelata dagli accessi di tosse convulsivante e dalla dispnea), la compressione del frenico di sinistra (che si sa poter determinare degli accessi di dispnea), la compressione del *grande bronco* di sinistra (rivelata dalla immobilità della metà sinistra del torace, dall'abolizione del fremito vocale tattile e del respiro vescicolare a sinistra e dal così detto tirage, esistente nella fossa sopra clavare sinistra e nella fossa epigastrica, e dallo speciale rumore di corange; la compressione dell'esofago (disfagia); la compressione dei *tronchi nervosi* di sinistra (rivelata dai dolori cervico brachiali ed intercostali a sinistra e dai formicolii all'arto superiore di sinistra); il *disturbo della circolazione venosa della pleura sinistra*; ed infine lo *spostamento in basso ed allo esterno del cuore*.

Di quale natura era tale lesione del mediastino?

Sappiamo che le malattie del mediastino sono comunemente rappresentate da processi flogistici (pleuriti mediastiniche, ascessi del mediastino), da processi neoplastici (adenopatie semplici, adenopatie tubercolari, linfo-adenoma, linfo-sarcoma, adenopatia sarcomatosa, cancro dell'esofago, adenopatia cancerigna) e da affezioni dei vasi sanguigni (aneurisma dell'aorta).

La mancanza di qualsiasi movimento febbrile della temperatura, poteva a priori far escludere una affezione flogistica, oltre che per tutto il complesso sintomatico: nè poteva ammettersi la possibilità di una tubercolosi dei gangli mediastinici, di un'adenopatia tubercolare del mediastino, poichè non solo non esisteva alcuna localizzazione bronco-pulmonare per cui si sarebbe dovuto ammettere una tubercolosi primitiva del mediastino, ma anche perchè nel nostro infermo avevamo l'assenza d'una cachessia tubercolare e di ogni reazione febbrile, che non avrebbero assolutamente potuto far difetto in una lesione tubercolare tale da determinare una sindrome così imponente, quale era quella che presentava il nostro ammalato: nè potevamo pensare ad una lesione neoplastica di natura carcinomatosa o sarcomatosa, per molteplici ragioni; innanzi tutto si sa che nello sviluppo dei neoplasmi del mediastino, si hanno prevalentemente disturbi respiratorii per compressione della trachea, che può essere totale o parziale, e quindi disturbi respiratorii per ambo i polmoni,

poichè è difficile che un solo bronco sia compresso e l'altro no; nel nostro ammalato invece, avevamo una sindrome limitata solamente al grande bronco di sinistra; nei tumori poi del mediastino, non mancano mai fatti di compressione sui grossi vasi venosi retrosternali e consecutiva comparsa di edema agli arti superiori, al collo ed alla porzione superiore del torace, preceduto da turgore delle vene di tali regioni precipuamente delle giugulari; di più in tali processi morbosi quando la tumefazione è dovuta a delle masse gangliari (adenia, cancro, sarcoma) si apprezzano di regola gangli sporgenti oltre che alle ascelle, alle regioni laterali del collo, nelle fosse sottoclaveari e sopraclaveari: inoltre si sa che le masse che si sviluppano nella cavità del mediastino danno una ampia zona ottusa, che occupa la regione sternale, quando danno luogo ad una grave sindrome, come era quella che presentava il nostro ammalato; di più tali masse (e ciò vale per le masse in genere del mediastino, di qualsiasi natura esse siano, tubercolari, sarcomatose, carcinomatose, ecc., ecc.) allontanano i vasi mediastinici dallo sterno, e la regione sternale rimane assolutamente immobile, non pulsa menomamente, ed alle volte in corrispondenza di essa non vi si ascoltano nemmeno i toni cardiaci: nel caso nostro invece avevamo un forte impulso, un energico sollevamento, un vero scuotimento della porzione superiore dello sterno, sincrono con il polso delle radiali, i toni cardiaci inoltre si percepivano bene ed anzi rinforzati, sintomi i quali facevano escludere la esistenza di masse mediastiniche, poichè è legge semeiotica, che nelle lesioni del mediastino da masse neoplastiche o di altra natura, non si vede mai pulsare la regione dello sterno. Ed a conforto di questa legge semeiotica, posso citare anche due casi studiati nello scorso anno nella nostra clinica, l'uno dei quali si riferisce ad un giovane di 13 anni, certo Giola, nel quale fu diagnosticato in vita un linfo-sarcoma del mediastino: ebbene in quell'ammalato si aveva alla percussione una ottusità retrosternale molto estesa, dal manubrio alla punta dello sterno, e dalla parasternale destra alla sinistra, in senso trasversale: la regione sternale era sollevata, ma era decisamente immobile, fissa, nessun sollevamento vi si notava, ed ivi alla ascoltazione, oltre ad avervi completo silenzio respiratorio, non si percepivano nemmeno i rumori cardiaci: il reperto necroscopico confermò pienamente la diagnosi di linfo-sarcoma del mediastino fatta dal Prof. Queirolo. Il secondo caso si riferisce ad un bambino di otto anni, certo Di Bugno Oscar, nel quale si aveva una netta ottusità retrosternale, mentre la regione sternale era sollevata sul resto della parete toracica: non vi si notava alcun impulso, e alla ascoltazione si apprezzava silenzio respiratorio, ed assai lontani, deboli, quasi impercettibili i toni cardiaci: in quel bambino fu diagnosticata una lesione del mediastino che per lo speciale complesso sintomatico si ritenne dovuta a masse tubercolari dei gangli mediastinici con esito in suppurazione: ed anche in questo caso, il reperto necroscopico dava pienamente ragione al giudizio diagnostico, circa la natura e sede della lesione.

Quindi nel nostro caso, esclusa una lesione del

mediastino da processi flogistici, e da processi neoplastici, restava di ammettere una affezione dei vasi sanguigni: ed avevamo appunto un criterio importantissimo, cioè il sollevamento, l'impulso, lo scuotimento espansivo della porzione superiore dello sterno (sincrono con il polso delle radiali), dove alla percussione si aveva ottusità, ed alla ascoltazione si apprezzavano assai rinforzati i toni cardiaci, specie il 2° tono, che deponeva per le considerazioni testè esposte, per una lesione dei grossi vasi del mediastino. Ed allora anche per la concomitanza della paralisi del ricorrente di sinistra rivelata oltre che da altri sintomi caratteristici, dalla speciale alterazione della voce, si doveva pensare ad una lesione della aorta, e più propriamente ad una lesione aneurismatica di questo vaso. È noto, che la paralisi del ricorrente fa parte della sindrome clinica delle lesioni del mediastino; le alterazioni dell'aorta sono però squisitamente rivelate dalla alterazione della voce, per irritazione (spasmo) o per paralisi del ricorrente; alcune volte anzi, una lesione dell'aorta, è rivelata per molto tempo dalla speciale alterazione della voce, che diviene rauca, afona, ecc.... in seguito a paralisi, o paresi del ricorrente: così Traube, Tangel, Potain, Dieulafoy ed altri molti, ritengono che quando si constata l'esistenza della paralisi della corda vocale inferiore di sinistra, insieme ad altri sintomi razionali, si può con molta verosimiglianza supporre l'esistenza di un tumore aneurismatico dell'aorta: ed essi asseriscono di aver diagnosticato in vita un aneurisma dell'aorta, quando il tumore aneurismatico non aveva ancora acquistato che un volume piccolissimo.

Il modo speciale poi, con cui nel nostro a. era spostato il cuore, formava un altro argomento a sostegno della diagnosi di una lesione dell'aorta: infatti nè a destra nella cavità della pleura, nè in corrispondenza dell'ipochondrio, esisteva alcuna lesione che potesse spiegare lo spostamento del cuore in basso ed all'esterno; spostamento che doveva necessariamente riferirsi all'aneurisma dell'aorta, sapendosi come, quando il tumore aneurismatico dell'aorta è voluminoso, e non esiste un vizio aortico concomitante, come nel caso nostro, il cuore non è ipertrofico, ma è spostato, per un allungamento del fascio vascolare; ed in questi casi la punta è abbassata al 6° spazio (come lo era nel nostro ammalato), e può esserlo anche al 7° spazio, ed il cuore appare spostato verso sinistra, ma non lo è realmente, lo è solo in quanto è abbassato: se ricordiamo infatti i rapporti che il cuore ha con il diaframma, si comprende come il cuore mentre si abbassa, è disposto più orizzontalmente che allo stato normale, e la punta perciò oltre che in basso si trova spostata pure all'esterno.

Oltre che per queste considerazioni e per i sintomi di compressione che ho testè diffusamente illustrato, la diagnosi di aneurisma dell'aorta era confortata dalla esistenza della pulsazione laringo tracheale, o fenomeno di Cardarelli, fenomeno il quale, come abbiamo inteso dall'esame obiettivo, ricercato con le varie modalità stabilite dallo stesso autore, era ben evidente: si sa come Cardarelli per il primo, abbia richiamato l'attenzione dei cli-

nici su questo sintoma che venne poi osservato da uno stuolo numeroso di clinici e di medici pratici, e che ha valore per la diagnosi di aneurisma aortico, e più propriamente di aneurisma dell'arco dell'aorta: infatti Cardarelli ha stabilito (e le osservazioni cliniche hanno confermato la veridicità ed esattezza delle sue asserzioni) che il sintoma apparisce quando l'aneurisma ha sede nel punto in cui l'aorta incrocia il bronco sinistro, e quando il sacco aneurismatico è aderente o in intimo rapporto con la trachea e con il bronco.

Ammissa la esistenza d'un aneurisma dell'aorta, in quale tratto del vaso potevamo e dovevamo localizzarlo?

Si sa che gli aneurismi dell'aorta, che per la loro esistenza danno luogo alla estrinsecazione clinica della così detta sindrome mediastinica, sono quelli che interessano l'aorta toracica, e più propriamente quelli che si sviluppano o sulla *porzione ascendente* dell'aorta o sulla *convessità dell'arco dell'aorta*, ovvero sulla *aorta discendente*, od anche sui due angoli così detti d'*inflessione*, intendendo con l'appellativo di 1° angolo d'inflessione, quello dato dall'unione dell'arco con l'aorta ascendente, e di 2° angolo di inflessione, quello dato dalla unione dell'arco con l'aorta discendente.

A parte quegli aneurismi i quali si possono sviluppare senza provocare disturbi notevoli, per cui l'individuo che ne è affetto può essere ucciso in modo fulmineo, senza o quasi verun sintoma premonitorio, e che perciò meritano l'appellativo di *aneurismi latenti*, l'aneurisma aortico si rivela con sintomi subiettivi ed obiettivi tali che richiamano subito la nostra attenzione su di una lesione aortica; evidentemente il modo di esplicitarsi di questi aneurismi è in rapporto con la sede e con la grandezza del tumore aneurismatico.

Riguardo alla sede si sa che gli aneurismi aortici prediligono il primo angolo di inflessione e l'arco dell'aorta, per cui clinicamente si esplicano a destra, o dietro lo sterno, potendo anche far protuberanza al giugulo: vi sono però altri aneurismi, assai meno frequenti dei primi, i quali si esplicano a sinistra, onde l'appellativo di aneurismi della parete toracica anteriore sinistra, e che si sviluppano o nella porzione iniziale dell'aorta ascendente e propriamente nella sua parete anteriore, e quindi molto prima dell'angolo dato dall'aorta ascendente e dall'arco, per cui sono detti anche aneurismi dell'aorta iniziale o intrapericardica, o nel 2° angolo di inflessione dato cioè dall'arco dell'aorta e dall'aorta discendente, dopo l'origine della succlavia sinistra, o nella parete antero-superiore della porzione discendente dell'aorta, onde anche l'appellativo di aneurismi dell'aorta discendente, od anche della porzione discendente dell'arco dell'aorta; questi aneurismi che si esplicano prevalentemente a sinistra sono i meno frequenti, e nello stesso tempo i più rari ad osservarsi e ad estrinsecarsi clinicamente per due ragioni principali: l'una perchè risiedono in porzioni del tratto aortico situate evidentemente più lontano dalla parete toracica, l'altra perchè devono assumere una certa grandezza onde potersi estrinsecare con sintomi obiettivi a carico della parete toracica stessa.

Premesse queste considerazioni speciali, dove eravamo noi autorizzati a localizzare l'aneurisma aortico?

Per quello che precedentemente abbiamo detto, nel nostro ammalato l'aneurisma essendosi estrinsecato prevalentemente a sinistra, noi dovevamo ammettere che l'aneurisma risiedesse o nella porzione iniziale dell'aorta ascendente, molto prima del 1° angolo di inflessione, ovvero nel 2° angolo, subito dopo l'origine della succlavia sinistra, o sulla parte antero superiore della porzione discendente dell'aorta, cioè a dire sulla parete anteriore della porzione discendente dell'arco dell'aorta.

Noi però, per spiegare la complessa sindrome presentata dal nostro ammalato, dovevamo per necessità localizzare l'aneurisma *nella porzione discendente dall'arco dell'aorta*, e quindi dopo l'origine della succlavia sinistra, giacchè solo tale localizzazione spiegava perfettamente tutto il complesso sintomatico che noi avevamo dinanzi, cioè a dire il *disagio respiratorio*, le *speciali modificazioni della regione sternale e della articolazione sterno-clavicolare sinistra*, rilevanti sia con la ispezione che con la percussione, lo *spostamento del laringe verso destra*, la *pulsazione laringo-tracheale*, lo *spostamento e la compressione della trachea*, la *compressione del ricorrente*, del pneumogastrico, del frenico di sinistra, la *compressione del grande bronco di sinistra e dell'esofago*, il *disturbo della circolazione venosa della pleura sinistra*, la *compressione dei tronchi nervosi di sinistra*, lo *spostamento in basso ed all'esterno del cuore*, ed infine *l'assenza del ritardo e dello impicciolimento del polso nei vasi arteriosi periferici*; sappiamo infatti che la porzione discendente dell'arco dell'aorta, è in rapporto anteriormente a sinistra, oltre che con il polmone sinistro, da cui è separata mediante il foglietto sinistro del mediastino, con il nervo frenico e con il pneumogastrico di sinistra, ed all'indietro con la trachea, col bronco sinistro, col nervo ricorrente sinistro, con l'esofago e con i vasi venosi della pleura sinistra; in questa regione appunto in cui l'aorta va a trasformarsi in aorta discendente, avendo oltrepassato la biforcazione dell'arteria polmonare l'aorta si situa innanzi ed un poco a sinistra della trachea, e si dirige verso il bronco sinistro che circonda d'avanti in dietro e da destra a sinistra, cosicchè possiamo dire che nella porzione discendente dell'arco l'aorta è in rapporto col nervo frenico, con il pneumogastrico e col ricorrente di sinistra, con l'esofago, con i rami venosi della pleura sinistra, ed è in rapporto immediato con la parte inferiore della trachea e con l'origine del bronco sinistro: essa per meglio dire confina con questi condotti aerei con la sua concavità, e col suo segmento anteriore; ed è precisamente in questo tratto dell'aorta, cioè nella *parete antero superiore della porzione discendente dell'arco dell'aorta* che noi localizziamo l'aneurisma esistente nel nostro ammalato, poichè solo tale localizzazione per le ragioni anatomiche, e per i criteri clinici che abbiamo via via passato in rassegna, conviene alla sindrome clinica presentata dal nostro paziente. Evidentemente non possiamo ritenere che l'aneurisma si sia sviluppato dalla parete posteriore dell'aorta discendente, perchè sappiamo che questi neurismi si esplicano indietro, nella regione intra-

scapolare sinistra, ove si raccoglie la pulsazione presso la colonna vertebrale.

Siamo perciò dinanzi a quella varietà di *aneurisma aortico*, che Dieulafoy per il primo, chiamò con l'appellativo di *aneurisma aortico a tipo ricorrente* perchè la sindrome clinica è dominata da sintomi i quali sono in gran parte la estrinsecazione di una lesione del ricorrente di sinistra.

Non è qui il caso di intrattenermi a parlare della diagnosi differenziale di tale varietà di aneurisma, con l'aneurisma della arteria polmonare; si sa come l'aneurisma dell'arteria polmonare, o del ramo sinistro di questo vaso, per i rapporti topografici speciali che ha con gli organi contenuti nel mediastino, e perchè obiettivamente si estrinseca a sinistra, può rivestire fino ad un certo punto le parvenze di un aneurisma della porzione iniziale dell'aorta discendente: però, a parte il fatto che l'aneurisma della polmonare è rarissimo, e che per questo e per i suoi caratteri poco netti non è stato mai diagnosticato, tantochè quasi tutti gli autori sono concordi nel ritenere che la diagnosi ordinariamente resta oscura ed insicura, nel nostro ammalato non si riscontravano i segni fisici che sarebbero direi quasi patognomici, secondo gli autori che si sono occupati di questo argomento, dell'aneurisma della polmonare, cioè a dire una prominenza marcata nel 2° spazio intercostale di sinistra, presso lo sterno, la *ipertrofia e dilatazione del cuore destro*, un *rumore di soffio* assai marcato ed intenso, in 1° o in 2° tempo sul focolo di ascoltazione clinico della polmonare, e frequenti fatti embolici nel polmone; per cui non si doveva certamente pensare nel nostro caso ad un aneurisma della polmonare.

Quindi nessun fatto, nessuna considerazione, nessun criterio clinico, si opponeva per diagnosticare nel nostro ammalato un *aneurisma della porzione discendente dall'arco dell'aorta* ed appunto della *parete antero-superiore della porzione discendente dell'aorta*; con una tale localizzazione dell'aneurisma, noi potevamo anche agevolmente spiegare l'assenza di alcuni sintomi speciali, che di regola non sogliono far difetto nell'aneurisma aortico, cioè a dire, l'*assenza di rumori anormali all'ascoltazione sul fascio aneurismatico*, la mancanza di una *ipertrofia del ventricolo sinistro del cuore*, ed infine *l'assenza del ritardo e dello impicciolimento del polso in determinati distretti vascolari dei vasi arteriosi periferici*.

Infatti, per quanto si riferisce ai rumori che si possono ascoltare in corrispondenza dell'aneurisma, si sa che i toni sono trasmessi dall'orificio aortico, e d'altro canto la clinica ha più volte dimostrato ed il caso da me riferito ne è la conferma, che si possono avere aneurismi dell'aorta, senza che in corrispondenza della sacca aneurismatica si apprezzino rumori anormali all'ascoltazione; essi rumori sono dovuti non sempre al sacco aneurismatico, ma ad un concomitante vizio dell'aorta cagionato o no dall'aneurisma stesso, ovvero esistono quando contemporaneamente all'aneurisma si trova una ectasia notevole di tutto il cono aortico; anzi quando un vizio aortico manca, e quando non esiste una ectasia notevole del cono aortico, si possono percepire nel sacco aneurismatico assai netti i due toni

i quali possono però essere rinforzati, come si verificava nel caso nostro, nel quale non esisteva certamente alcun vizio valvolare aortico.

Un altro fatto che merita di essere ricordato è la *manca*za dell'*ipertrofia del ventricolo sinistro*, nel caso da noi studiato: da molti autori si è ritenuto e si ritiene che questa ipertrofia non deve mai far difetto nell'aneurisma aortico, tantochè nei casi in cui la diagnosi di aneurisma aortico si presenta dubbia si è perfino ritenuta la presenza o meno della ipertrofia del ventricolo sinistro del cuore, come un criterio diagnostico differenziale, diagnosticandosi un aneurisma aortico nei casi in cui esisteva detta ipertrofia: la ragione di ciò si ritroverebbe secondo molti autori, nel fatto che per la esistenza della dilatazione aneurismatica, si determina una dispersione di energia, di forza da parte del muscolo cardiaco (ventricolo sinistro), per cui il ventricolo sinistro deve compiere un lavoro superiore alla norma, e conseguentemente ipertrofizzarsi. Però le osservazioni di alcuni hanno dimostrato che la ipertrofia del ventricolo sinistro non esiste e non deve esistere in tutti i casi di aneurisma aortico, e Schmidt tra gli altri, cita in un suo lavoro 12 casi di aneurisma aortico, in cui non riscontrò mai la ipertrofia del ventricolo sinistro: ed in un suo pregevole e geniale studio, *sulla patologia del cuore e dell'aorta* Baccelli disse che, non in tutti i casi si riscontra e si deve riscontrare la ipertrofia del ventricolo sinistro perchè « quando l'aneurisma si trova fuori dell'asse della corrente sanguigna, la sua presenza non disturba punto la libera circolazione del sangue che passa per il vaso » ed aggiunge che: *data la integrità degli apparecchi valvolari, la ipertrofia del cuore non si ingenera se gli aneurismi che sono posti di lato all'asse idraulico non influiscono o poco sulla deviazione di quello.*

Quindi data la integrità degli apparecchi valvolari, quanto più è lontano dal cuore l'aneurisma, tanto meno frequentemente deve esistere la ipertrofia del ventricolo sinistro, la quale si riscontra perciò più facilmente negli aneurismi dell'aorta iniziale o intrapericardica, ed in quelli che si sviluppano nel 1° angolo di inflessione del tratto aortico, poichè in questi casi, viene ad essere ostacolata la libera circolazione del sangue che passa per l'aorta, in quanto il sangue deve necessariamente entrare nella dilatazione aneurismatica, anche quando non esiste in realtà un concomitante vizio aortico che è molto frequente a riscontrarsi negli aneurismi che si sviluppano dall'aorta ascendente, o in corrispondenza del 1° angolo di inflessione del tratto aortico.

Per ciò che si riferisce poi al ritardo ed impacciamento del polso (che facevano difetto nei vari territori arteriosi periferici del nostro ammalato), si sa che ambedue questi fatti si riscontrano nelle arterie situate al di là del tumore aneurismatico, confrontando il polso di queste, con quello delle arterie che si originano in corrispondenza od innanzi la dilatazione aneurismatica, quindi nel nostro caso non si potevano, nè si dovevano apprezzare nè alle radiali, nè alle carotidi dell'uno e dell'altro lato, poichè la sede dell'aneurisma era al di là della origine della succlavia sinistra: quindi se un ritardo ed impacciamento del polso doveva riscontrarsi,

doveva essere alle femorali, paragonando il polso delle femorali con quello delle arterie del collo e degli arti superiori: si sa come il ritardo e l'impacciamento del polso, dipendono principalmente dalla estensibilità delle pareti dell'aneurisma: quivi l'onda sanguigna si affievolisce e ritarda: per cui se la dilatazione aneurismatica è poco estensibile, o è tappezzata da grumi fibrinosi, spessi, disposti a strati, anche calcificati, evidentemente perde la proprietà di distendersi e ne consegue il ritardo e la attenuazione, l'affievolimento dell'onda sanguigna; ed anche la mancanza di questi fatti, si può nel caso da me riferito spiegare, ammettendo una dilatazione aneurismatica uniforme ed interessante simmetricamente o quasi, tutta la porzione di quel tratto dell'aorta discendente, in cui risiedeva la lesione aneurismatica stessa, ammettendo cioè la esistenza di una di quelle varietà di rigonfiamento cilindrico dell'aorta, a forma di fuso, le cui due estremità sono costituite dall'arteria che si continua a pieno canale col tumore, e che ha appunto ricevuto l'appellativo di aneurisma fusiforme: onde per la esistenza di questa speciale configurazione della dilatazione aneurismatica dell'aorta, e per la sua speciale sede, si verificava nel caso da me riferito, un complesso di fatti sufficienti ad impedire, o a rendere poco sensibili nel sacco aneurismatico, il ritardo e la attenuazione dell'onda sanguigna, in guisa da non essere rilevabili con i comuni mezzi di indagine semeiotica.

Nè, nel caso da me riferito, mancava il momento patogenetico della malattia aortica, giacchè il paziente aveva contratto all'età di 23 anni l'infezione sifilitica, e sappiamo infatti quale importanza abbia la sifilide, nella etiologia dell'aneurisma dell'aorta.

L'a. che fu oggetto di questa memoria, abbandonò volontariamente la clinica in gravissime condizioni, e si spense in breve tempo con una improvvisa grave emottisi. Non ci è stato possibile avere di lui altre e più dettagliate notizie.

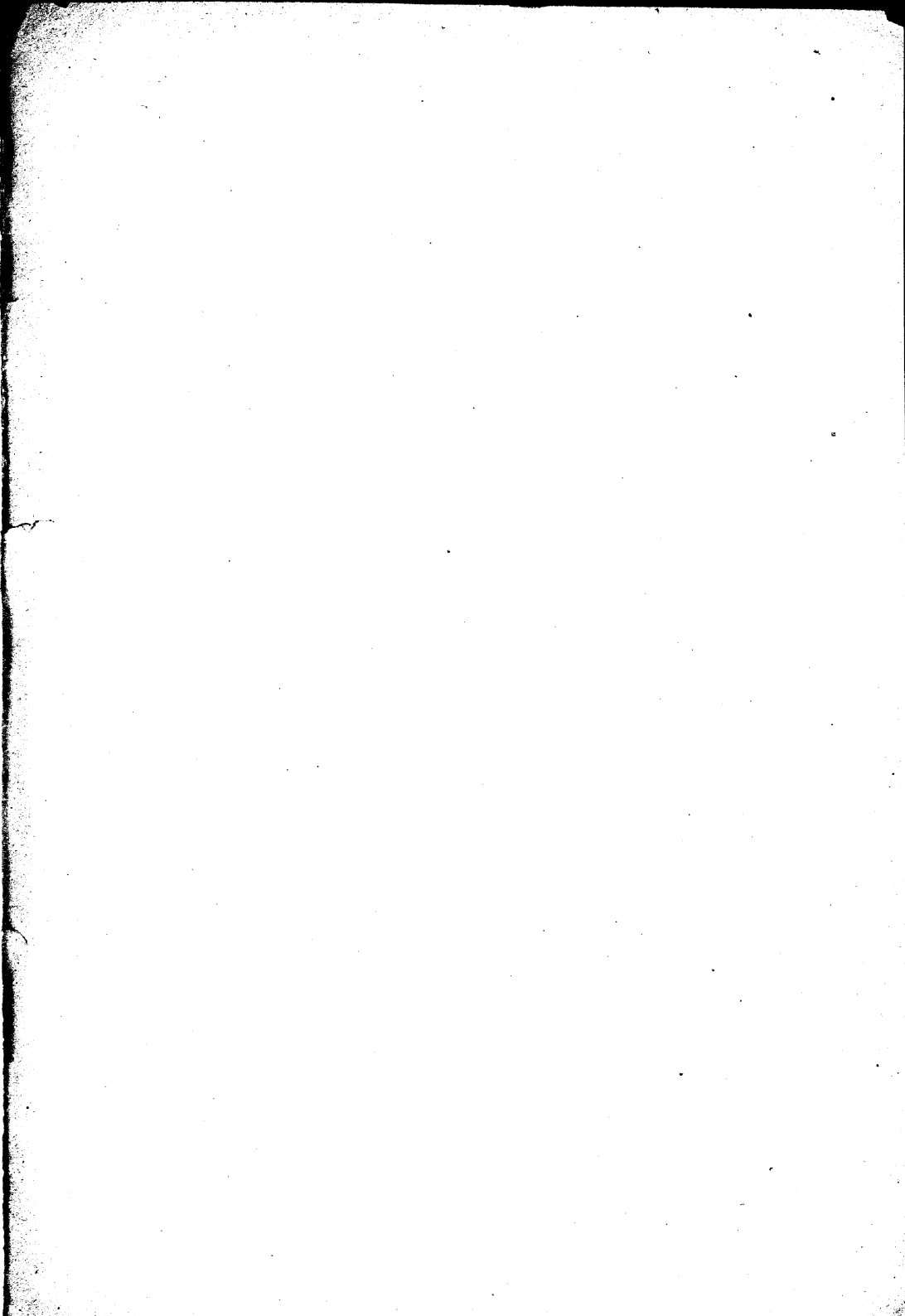
Io mi lusingo di essere riuscito con queste mie modeste considerazioni cliniche, ad aggiungere un modesto contributo alla conoscenza degli aneurismi della porzione discendente dell'arco dell'aorta, dei così detti aneurismi aortici a tipo ricorrente, la cui diagnosi spesse volte, anche per il medico più provetto riesce assai difficile, dato il complesso sintomatico che talora rende non poco intrigata la sindrome clinica che li caratterizza.

Giunto alla fine di questo mio lavoro, sento il dovere di ringraziare pubblicamente il mio esimio Maestro Prof. Queirolo, per avermi concesso di occuparmi del caso clinico che fu oggetto di questo mio studio, e di farne argomento di una mia pubblicazione.

BIBLIOGRAFIA -

- Baccelli. *Patologia del Cuore e dell'Aorta*. Vol. 3 pag. 316. 1867.
 Cardarelli. *Gli aneurismi dell'Aorta*. Napoli 1868.
 Cardarelli. *idem*. *Riforma medica*. Febbraio 1889.
 1894 Vol. 2. pag. 53, 448, 649, 805: 1895 pag. 133 ecc.
 Charcot, Bouchard, Brissaud. *Trattato di Medicina*. Traduzione Italiana 1896.
 De Renzi. *Riforma medica* 1894-1895 loco citato.
 Dieulafoy, *Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chir.* p. p. 402, 407, 434.

- Dieulafoy. Manuale di Patol. Interna. Ultima edizione francese.
- Frank F. Rech. sur le diagnost. du siège des aneurisme de l'Aorte. Journ. de l'Anat. et Phys. p. Robin.
- Frank. Soc. de biologie 9 gennaio 1885.
- Huchard. Traité clinique des maladies du coeur et des vaisseaux. Paris 1893.
- Jaccoud. Clinique méd. de la Charité p. 225, 518, 1887.
- Jaccoud. Aortite et anéurisme de l'aorte d'origine syphilitique; Sem. Méd. 1859, pag. 9.
- Litten. Aortenaneurysma, Berlin Klin. Wochens. n. 8. S. 173 1892.
- Oliver. Lancet. sett. 1878.
- Pace. Una forma inusitata di aneurisma aortico. Arch. Ital. di Clin. Med. 1897.
- Piazza Martini. Gli aneurismi dell'aorta. Palermo 1895.
- Poulation. Bull. de la Soc. anatomique 1898 p. 9.
- Rossoni e Mariotti. Gli aneurismi dell'aorta. Rivista Clinica e terapeutica. 1894.
- Rumpf. Ueber einem Fall von Aneurysma aortae — Berlin. Klin. Wochens., n. 31 1889.
- Rosenstein. Zur diag. des Aor. aneurys. idem id. 1890.
- Queirolo. Esposizione sommaria delle lezioni Cliniche e lavori sperimentali Anno 1900-1901.
- Rendu. Clin. Méd. t. 1. p. 425.
- Stokes. Traité des maladies du coeur et de l'aorte p. 548.
- Verdié. Des aneurysmes d'origine syphilitique. Thèse de Paris 1884.
- Villani. Contributo allo studio degli aneurismi dell'aorta. Riforma Medica 1895.
- Ziemssen. Deutsch. Arch. für Klin. Med. XLVI. pag. 285.
- Zagari. Per la diagnosi di aneurismi aortici a rara esplicazione. Archivio Ital. di Med. Int. Vol. IV. fascicolo 1.^o e 2.^o 1901.



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 * *