

La Clinica

DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI

PROF. RAFFAELE PAOLUCCI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA
PADOVA

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
ROMA

REDATTORE CAPO
MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA

REDATTORI PER LA CHIRURGIA

G. BASSI e G. SOTGIU

A. QUIRI e E. RUGGIERI

SEGRETARIO DI REDAZIONE

E. BERNABEO

ANNO SESTO

1939

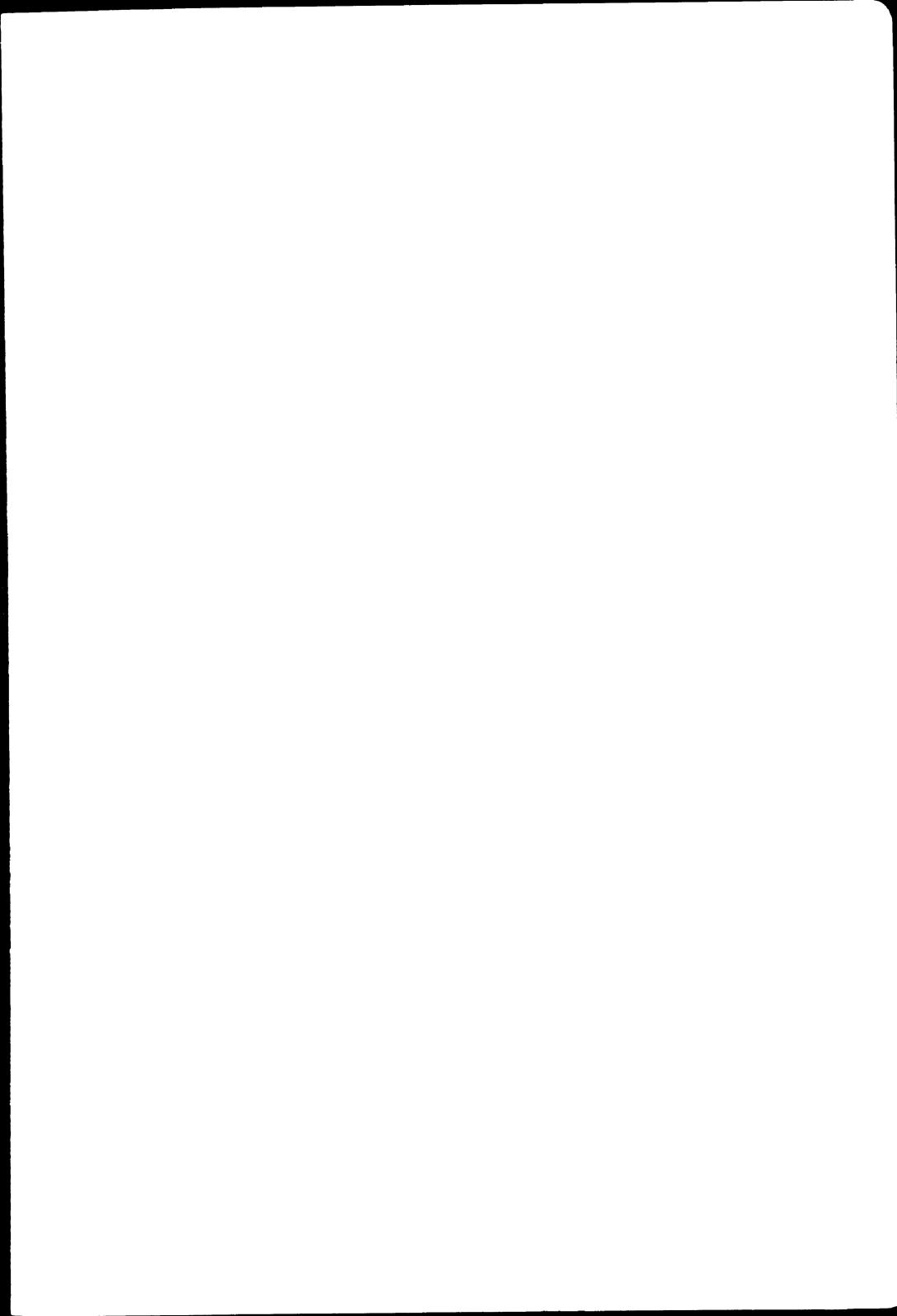
Mine B
57
8



Sull' aneurisma
del tronco brachio-cefalico.

DoTT. VINCENZO PARERE

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA



Sull'aneurisma del tronco brachio-cefalico.



DOCT. VINCENZO PARERE

La diagnosi differenziale fra aneurismi endotoracici e tumore del mediastino è sempre irta di difficoltà, benchè molte di queste, al giorno d'oggi, siano state appianate dal perfezionamento della radiologia.

Il MATTHES sostiene che la diagnosi radiologica di questi aneurismi per lo più è facile; il KIENBÖCH invece è del parere che essa è talvolta impossibile ed ha ragione, perchè radiologi e clinici sanno, come anche questo ausilio diagnostico, in molti casi sia destinato a fallire.

Lo scoglio più arduo per tale diagnosi differenziale è costituito dal fatto che per queste due forme morbose: aneurismi e tumori mediastinici, che si sviluppano in uno spazio ristretto del cavo toracico, la maggioranza dei sintomi clinici radiologici è comune.

D'altra parte è più che naturale che tale complesso sintomatico sia il medesimo, perchè un tumore intratoracico, pieno di liquido, finisce col dare il quadro dello spostamento e della compressione degli organi vicini e le stesse ombre radiologiche del mediastino; che si riscontrano nel tumore solido.

Ed a conferma di tali difficoltà diagnostiche pubblico questo caso di aneurisma del tronco brachio-cefalico; diagnosi che è stata possibile formulare durante l'intervento operatorio e all'autopsia.

Si tratta di un malato di 36 anni, il quale da sette-otto mesi accusava dei dolori intermittenti alla spalla sinistra, tanto che fu curato con dei salicilici, perchè ritenuto affetto da una forma reumatica.

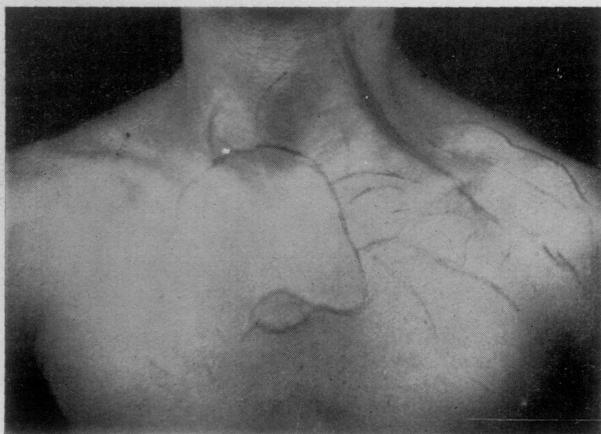


Fig. 1.

I dolori però sono andati sempre aumentando e poco prima di essere ricoverato in Clinica, si sono aggiunti anche dei disturbi respiratori, che si accentuavano nelle profonde inspirazioni ed un gonfiore sempre più marcato delle vene della regione sinistra del collo.

All'esame obbiettivo si constatava che la parte sinistra del collo appariva uniformemente tumefatta con appiattimento degli spazi sopra e sotto-clavicolari.

Sulle anzidette regioni si notava inoltre uno spiccato reticolo venoso costituito in buona parte da vene abnormemente ingrossate e turgide (vedi fig. 1).

Alla palpazione della regione claveare di si-

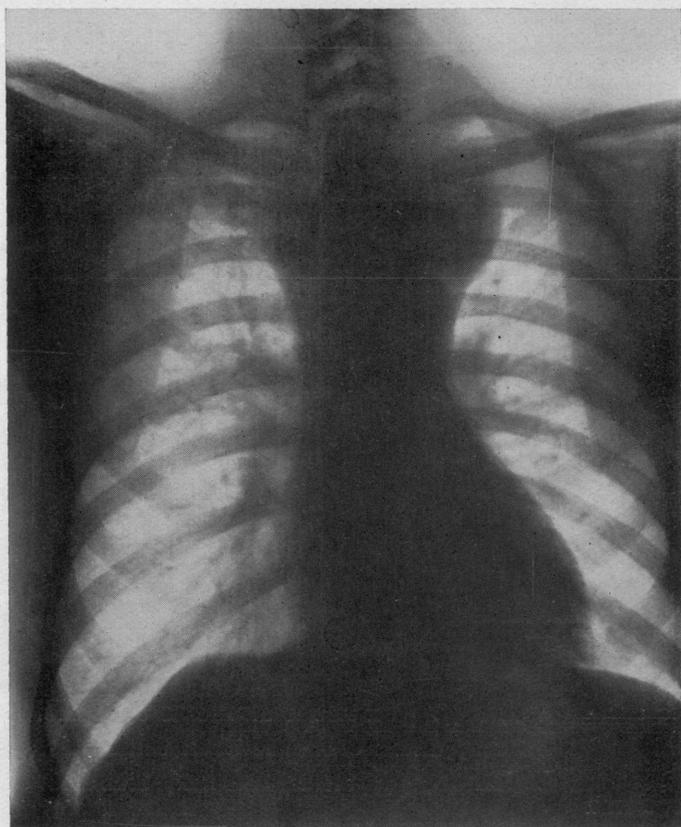


Fig. 2.

nistra si percepiva la presenza di una massa dura, indolente, compatta, che non era possibile delimitare perchè in gran parte endotoracica, e nello stesso tempo faceva apprezzare una subottusità in corrispondenza dell'apice polmonare sinistro.

Il cuore leggermente ingrandito con pulsazioni ritmiche oscillanti fra 80-90 battiti al minuto. All'oscillometria comparativa fra le arterie delle braccia non vi erano segni differenziali.

Reazione di Wassermann: (+—).

L'esame radiologico dimostrò una grossa ombra a cupola che sovrastava l'immagine dell'arco aortico, su cui formava una chiara espressione. Tale ombra, che aveva dei contorni regolari, sporgeva nettamente sul campo polmonare superiore sinistro; inoltre essa era priva di qualsiasi pulsazione visibile anche agli esami praticati sotto varie incidenze. La trachea appariva spostata a destra. Diagnosi radiologica: probabile gozzo endotoracico (vedi figg. 2 e 3).

Reperto operatorio (Prof. PAOLUCCI) (A-3-1939).

Mediastinotomia anteriore in anestesia locale. Divaricata la breccia operatoria, formata dallo sterno sezionato longitudinalmente sino al terzo spazio intercostale, si rinvenne una tumefazione del volume di una grossa arancia che alla palpazione diretta appariva leggermente pulsatile e che alla puntura esplorativa dette esito a sangue puro.

Si trattava dunque di un aneurisma che però non si riuscì ad identificare in modo preciso a quale arteria appartenesse, anche il fatto che, date le condizioni dell'ammalato, si ritenne opportuno non prolungare l'intervento.

Decorso post-operatorio. - Per i primi otto-dieci giorni è stato abbastanza soddisfacente, ma verso la decima giornata il paziente fu colto improvvisamente da febbre tra i 39-40 che si mantenne invariata per alcuni giorni. In quindicesima giornata dall'intervento il corpo del paziente si copri di un esantema scarlattiforme per cui fu trasferito nel reparto malattie infettive.

Il 4 aprile il paziente improvvisamente decedette.

Referto autoptico. - Presenza di grosso aneurisma dell'arteria anonima ripieno per 3/4 di coaguli; esso, posteriormente, comunicava con il primo tratto della trachea, mediante una piccola fistola. Ambedue i polmoni erano ripieni di sangue.



Fig. 3.

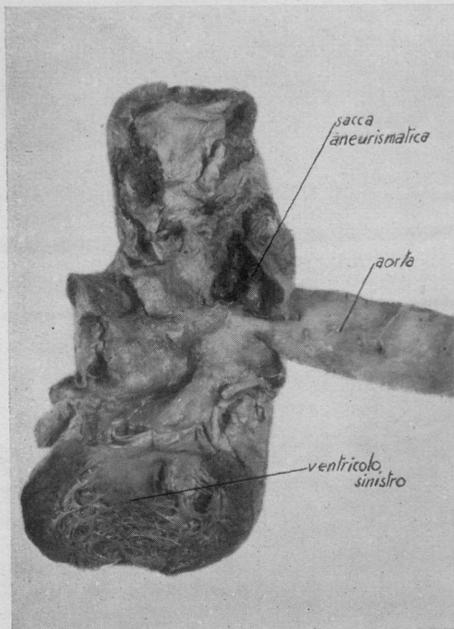


Fig. 4.

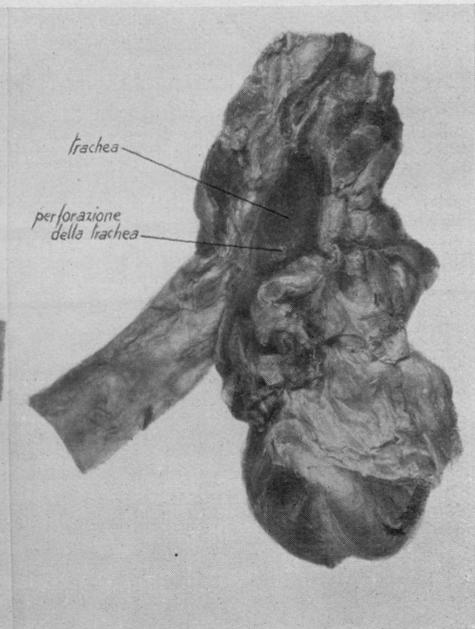


Fig. 5.

Causa della morte: Rottura della sacca aneurismatica nella trachea (vedi figg. 4 e 5).

Si tratta quindi di un caso di aneurisma del tronco brachio-cefalico. Questi casi non sono molto rari, anzi diventano sempre più frequenti data la maggiore facilità con cui s'interviene chirurgicamente contro questi tumori.

Le osservazioni di tali aneurismi nel passato ammontavano a circa 150 casi: LE FORT ne raccoglieva 80 casi; POINSOT altri 37; a questi DUPLAY e RECLUS ne aggiungevano 24 casi.

In questi ultimi anni sono stati descritti altri 25 casi. Si è perciò raggiunta la cifra complessiva di 175 casi affidati sino ad oggi alla letteratura.

Era possibile nel nostro malato una diagnosi clinico-radiologica preoperatoria?

Non ritengo si possa rispondere affermativamente dal punto di vista clinico perchè in quest'infermo si andava a cozzare contro due ordini di difficoltà diagnostiche: 1°) stabilire la natura della tumefazione che si riscontrava alla base del collo, dal lato

sinistro; 2°) ed anche ammesso che si fosse riusciti, dati i caratteri della tumefazione, a pensare ad un aneurisma, stabilire di quale arteria esso fosse.

I caratteri semeiologici della tumefazione: dura, indolente, compatta, indelimitabile, perchè in gran parte endotoracica, con spiccato reticolo venoso della fossa sopra-claveare sinistra, non pulsante, erano tutti dati che dovevano orientare verso un tumore mediastinico e più precisamente verso una forma di gozzo endotoracico.

Certo se fossero stati rilevati a carico della tumefazione i sintomi classici dell'aneurisma: pulsazione visibile, rumori, differenza del polso, la diagnosi sarebbe stata più semplice, ma solo sino ad un certo punto. Ho detto sino ad un certo punto, perchè anche con un quadro simile, l'errore sarebbe stato possibile. I casi pubblicati c'insegnano come sia facile diagnosticare per aneurisma un tumore del collo ed inversamente altrettanto facile non riconoscere un aneurisma. Molti interventi chirurgici sono riusciti mortali per diagnosi sbagliate: interventi praticati per struma

mediastinici, rivelatisi poi al tavolo operatorio, nonostante le più accurate indagini radiologiche, come aneurismi (SAUERBRUCH).

E questo perchè la pulsazione ed i rumori, che secondo i trattati dovrebbero essere patognomonici, dell'aneurisma, in pratica hanno scarso valore. Infatti la pulsazione espansiva può essere presente solo in un primo periodo dell'aneurisma, nel periodo cioè in cui il vaso conserva ancora completamente la sua elasticità; ma non appena il vaso dilatato presenta un irrigidimento delle sue pareti o per ispessimento ateromatoso o per trombosi o per concreimenti estesi circostanti, la pulsazione espansiva scompare, pure esistendo l'aneurisma.

D'altra parte non ci sono quei tumori solidi che mentono per la loro pulsazione caratteristica un aneurisma, specialmente alla base del collo? Basta ricordare quelle forme di adeniti in cui le ghiandole ingrossate circondano le arterie della base del collo e sono aderenti, producendo una tumefazione con sollevamenti ritmici tali da indurre a pensare che si tratti di una formazione aneurismatica, tanto più quando, per rammollimento delle ghiandole, si forma una sacca purulenta intorno al vaso.

Causa di errore possono essere anche quei gozzi vascolari aneurismatici i quali costituiscono una tumefazione in stretto rapporto con la carotide; come pure quei tumori encefaloidi rammolliti, ricchissimi di vasi, che offrono e soffi e pulsazioni. LINSFRAN, diagnosticando aneurisma uno di codesti tumori, legava la carotide e solo all'autopsia fu riconosciuto l'errore.

Non parliamo poi di quei casi in cui l'aneurisma è concomitante ad altri tumori: HAMILTON riferisce di un caso in cui impiegò sei settimane per accertare l'esistenza di un aneurisma della carotide in un soggetto sifilitico che al collo portava enormi tumori ghiandolari.

Ma anche ammesso che nel caso capitato sotto la nostra osservazione fosse azzeccata la diagnosi di aneurisma della base del collo, sarebbe stato possibile stabilire, dato che all'osservazione la tumefazione si approfondiva nell'interno della cavità toracica, poter formulare la diagnosi precisa di aneurisma del tronco brachio-cefalico?

A mio parere, sempre mantenendosi alla base del collo, oltre le difficoltà che s'incontrano per porre la diagnosi di aneurisma, ben più gravi riescono quelle per riconoscere la sede precisa di essi; e la confusione è tanto più facile quando si tratti di stabilire se un aneurisma appartiene al primo tratto della carotide, alla succlavia, al tronco brachio-cefalico o anche all'arco dell'aorta.

Se la diagnosi del nostro infermo poteva essere formulata in base ai dati semeiologici classici degli aneurismi, data la sede della tumefazione a sinistra, diretta in senso trasversale, al di fuori dello sternocleidomastoideo, avremmo dovuto formulare la diagnosi di aneurisma della succlavia sinistra. All'aneurisma del tronco brachio-cefalico era impossibile pensare, anzitutto per la sede della tumefazione che avrebbe dovuto occupare la fossetta sopra-sternale, e per la mancanza di modificazioni del polso della temporale e della radiale.

Parlando però di sede dell'aneurisma del tronco brachio-cefalico bisogna andar cauti poichè sono stati descritti dei casi in cui l'aneurisma di tale tronco può risalire tanto sul collo da simulare un aneurisma della carotide; ed il GENEST ne ha pubblicato uno in cui l'aneurisma aveva raggiunto il mascellare inferiore.

Quando l'autopsia ha dimostrato che l'aneurisma era del tronco brachio-cefalico, la sede della tumefazione a sinistra della base del collo è stata spiegata facilmente ricordando dall'anatomia patologica come il tipo sacciforme sia quello che si verifica

più facilmente e come il tumore possa assumere le più svariate direzioni quando ha oltrepassato la forchetta dello sterno ed ha invaso la base del collo.

Nel nostro infermo, la sacca, facente parte della parte interna del vaso, dapprima accollata all'arteria, con il progredire del suo sviluppo è scivolata sulla faccia anteriore della trachea ed è arrivata alla forchetta dello sterno, ha occupato la fossa sotto-claveare di sinistra, respingendo sempre più, con l'aumento del suo volume, la trachea da sinistra a destra. Il fatto poi che la tumefazione si approfondiva nella cavità toracica rendeva ancora più difficoltosa la diagnosi giacchè si rientrava nel vasto campo dei tumori ed abbiamo già accennato come i quadri sintomatologici siano identici per gli aneurismi e per i tumori. Infatti i segni diagnostici da parte degli organi respiratori, dovuti allo spostamento ed alla compressione degli organi toracici, si verifica sia nell'una che nell'altra forma; la cianosi conseguente all'ostacolo respiratorio ed alla compressione che il tumore esercita sui grossi vasi, l'edema con le varie localizzazioni a seconda della sede dell'ostacolo; i fenomeni dovuti alla compressione sulle arterie e sui nervi situati nel mediastino, nonchè sull'esofago e sui bronchi, sono identici per gli aneurismi e per i tumori del mediastino.

Come per la base del collo si dà importanza alla pulsazione, per la diagnosi degli aneurismi intratoracici si dà grande importanza ai rumori; ma anche qui bisogna tener presente che in molti aneurismi questi rumori mancano, mentre possono essere presenti nei tumori mediastinici, quando, per compressione del tumore stesso si producono stenosi dei grossi tronchi vasali.

Unico ausilio diagnostico vero nella maggior parte dei casi di aneurisma intratoracico è dato dalla radiologia, ma nel nostro caso anche questo ha fatto difetto. Il BÉCLÈRE dice che radiologicamente l'aneuri-

sma del tronco innominato è diagnosticato in base all'esistenza di un'ombra rotonda, ben delimitata, debolmente pulsante, che occupa all'esame anteriore l'angolo sternoclavicolare destro e che nell'esame obliquo appare distinto dall'ombra dell'aorta. Quindi i caratteri che avrebbero dovuto orientare il radiologo verso la diagnosi sarebbero stati: sede, pulsazione ed ombra a limiti netti. L'ombra riscontrata nel nostro infermo aveva contorni ben delimitati, regolari, sporgeva nettamente sul campo polmonare *sinistro*, ed era priva assolutamente di pulsazione. Non sarebbe stato perciò prudente azzardare la diagnosi di aneurisma solo per l'esistenza dell'ombra rotonda, ben delimitata. Poichè, se è vero che l'esame radiologico in caso di tumore del mediastino, dà un forte ingrandimento dell'ombra mediastinica, i cui margini non sono netti, ma dentellati verso le parti chiare circostanti, il che è dovuto all'accrescimento infiltrativo del neoplasma, è anche vero che vi sono dei tumori, ben circoscritti, che danno un'ombra a bordi nettissimi sul fondo chiaro dei polmoni.

Ogni radiologo sente tutta la responsabilità di un giudizio avventato, sapendo a quali gravi conseguenze può condurre una interpretazione poco prudente di una opacità rotondeggiante intratoracica a contorni netti. Nella letteratura sono riportati casi operati con diagnosi di cisti invece che di aneurismi, con diagnosi di struma mediastinici rivelatisi al tavolo operatorio come aneurismi.

Le cose cambiano aspetto quando è possibile rilevare anche la pulsazione espansiva. Ma anche per il radiologo come per il clinico ci sono quei casi disgraziati in cui tale pulsazione non si riesce a rilevare, ciò che si verifica quando la parete dell'aneurisma è ispessita da trombi, oppure negli aneurismi sacciformi, quando l'apertura di comunicazione è troppo piccola.

E poi radiologicamente bisogna tenere

anche presente che un tumore mediastinico può pulsare, pulsazione che in quest'ultimo caso sarebbe trasmessa sia dall'aorta e sia dal cuore medesimo, e benchè non si presenti mai sotto forma di espansione uniforme ed estesa in ogni direzione, ma sempre sotto forma di movimento di sollevamento e di abbassamento, pure la valutazione diagnostica di essa incontra sempre gravi difficoltà.

Il caso di BRAMWEL, nel quale una tumefazione solida mentiva per la sua pulsa-

zione caratteristica un aneurisma, ci dice come la pulsazione espansiva non è nemmeno patognomonica in senso assoluto.

Quindi riepilogando possiamo dire che nè per il clinico nè per il radiologo la diagnosi di aneurisma intratoracico è facile; se in molti casi il giudizio diagnostico scaturisce preciso dalla valutazione dell'insieme degli elementi clinici e radiologici, in molti altri casi la diagnosi può essere fatta o al tavolo operatorio o a quello autoptico.

RIASSUNTO

L'Autore riferisce su un caso di aneurisma del tronco brachio-cefalico il quale per il suo comportamento particolare, privo assolutamente della sintomatologia propria dell'aneurisma, ha permesso la diagnosi solo al tavolo operatorio ed autoptico.

Discute, in base ai dati forniti dalla letteratura al riguardo, le difficoltà che s'incontrano per porre la diagnosi di aneurisma intratoracico e quelle maggiori per identificare l'arteria interessata.

BIBLIOGRAFIA

- ALBI - Aneurisma der carotis interna, emeu Hypophysrutumor vortäuscheid em Beitrag Zur Diagnose intrakranieller Aneurysmen. *Fortschr.*, vol. 39, pag. 890.
- ALFRED MONTORO et PAOLO FELHO, PETET DUTEULIS - Anéurysme artéro-venoux carotidocaverneux. *La Presse Médicale*, n. 2, 1936, pag. 31.
- ASSMANN - Klinische Rutg-Diagnostik der innerer Erkrankungen. Vol. I, 1934, Berl.n, pag. 171.
- CATOLLA CAVALCEUTI - Un caso di aneurisma dell'arteria anonima. *La Riforma Medica*, 1925, pag. 328.
- CHESTER WARFIELD - Roentgen-diagnosis of aneurisms of innominate artery. *Amer. J. of Röntg.*, 1935, vol. XXXI, n. 3, p. 351.
- CREYSSSEL et ARMANET - Anéurysme de la carotide interne. *La Presse Médicale*, 1935, n. 13, pag. 249.
- DAMBRIN LE DAMBRIN P. - Aneurisme yugulo-carotide. *La Presse Médicale*, 1934, n. 18, pag. 360.
- FERRANTI - Sulla sintomatologia degli aneurismi dell'arteria anonima. *Riforma Medica*, 1933, pag. 1238 -1244.
- GAAL - Zur Röntgendiagnose der Aneurisma der Arteria Carotis interna. *Röntgbrat.*, vol. VIII, pag. 366, 1936.
- GROEDEL - Aneurismi cler Anougma und Subclavia in Röntgebied. *Fortschr.*, vol. XVIII, 1911, pag. 183.
- — Röntgendiagnostik in der innerer Med. etc. Schmam's nced. Atlanten 13 d. VII, 3 ediz., 1921, p ag. 420.
- HEKMUT RACKWITZ - Ein Aneurysma der Arteria carotis communis. *Münch. Med. Wschr.*, 1936, pag. 1070.
- LUPACCIOLU - Due casi di aneurisma dell'arteria anonima. *La Rad. Med.*, vol. XIX, fasc. 2, pag. 122.
- PARKS HARRY - Aneurism of the innominate artery. *Arch. int. Med.*, 61, 898-909, 1938. *Zbl. Rad.*, vol. 28, Hef 7, pag. 647.
- SCHINZ - Vol. II, pag. 723, 1932.
- VAGNER et BORDET - Il cuore e l'aorta. 1920.

61064

60479

