

Molab 3/26

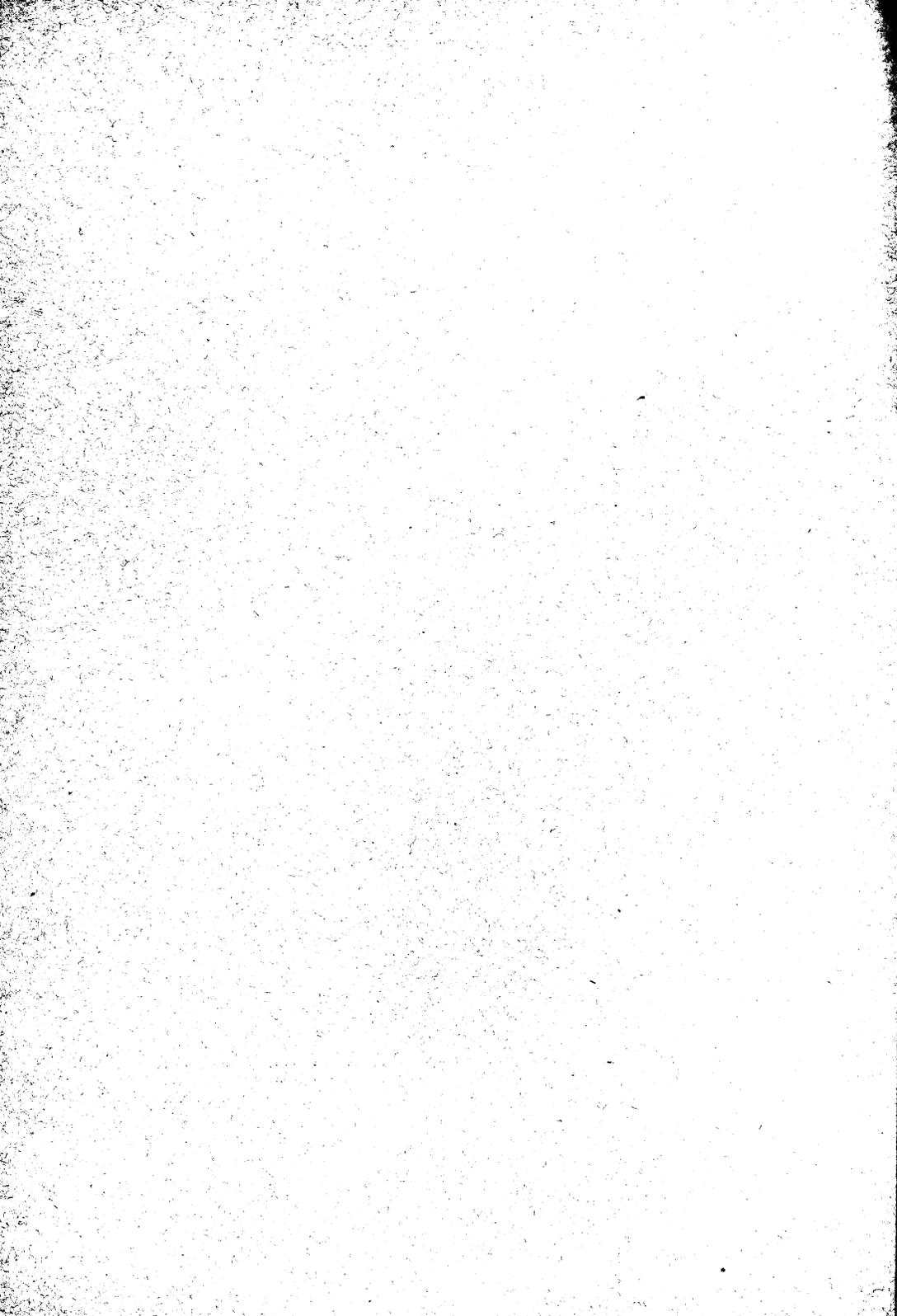
V. PUDDU, A. MUSSAFIA, V. MICACCHI

**DIMOSTRAZIONE ROENTGENCHIMO-  
GRAFICA DI UNA STENOSI ISTMICA  
DELL'AORTA.**

Estratto dal **BOLLETTINO E ATTI  
DELLA R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA**  
Anno LXVII (1941-XIX) - Fasc. VI



DITTA TIPOGRAFIA CUGGANI  
ROMA - VIA DELLA PACE, 35  
1941-XIX



ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA  
Direttore: PROF. CESARE FRUGONI

V. PUDDU, A. MUSSAFIA E V. MICACCHI

**Dimostrazione roentgenchimografica di una stenosi  
istmica dell'aorta.**

*Comunicazione alla Seduta del 28 Giugno 1941-XIX  
della Reale Accademia Medica di Roma*



Un caso di stenosi istmica dell'arco aortico occorso di recente alla nostra osservazione, ci ha permesso di confermare un particolare aspetto radiologico di questa affezione, messo in evidenza per la prima e unica volta da LAUBRY e HEIM DE BALSAC in un loro malato.

A. R. di anni 16, studente. Il p. ha avuto sviluppo fisico e psichico regolari, ed è d'intelligenza pronta e vivace. A 6 anni ammalò di scarlattina e in questa occasione il medico curante ascoltò un forte soffio cardiaco e parlò di probabile cardiopatia congenita. Fin da bimbo va soggetto a forti cefalee a carattere pulsante e avverte facilmente freddo agli arti inferiori.

E. O. Soggetto normotipo, ben sviluppato, robusto. All'esame generale, il sistema arterioso, che richiama particolarmente l'attenzione, presenta le seguenti note fondamentali: il polso radiale, eguale da entrambi i lati, è di normale frequenza (75) ritmico, eguale, ampio e celere. La pressione arteriosa all'omerale è di 180-100. Anche le altre arterie della porzione superiore del corpo presentano pulsazioni ampie, mentre l'arteria femorale sinistra non è palpabile e la destra pulsa appena. Alla palpazione si avverte un netto ritardo del polso femorale su quello radiale. Manca la pulsazione dell'aorta all'epigastrio. Al collo lungo le carotidi, si ascolta un soffio sistolico di media intensità. Il torace è regolarmente conformato; però nelle regioni interscapolovertebrali, da ambo i lati, si osservano delle pulsazioni visibili e palpabili sulle quali si ascolta un leggero soffio sistolico sincrono con il ritmo del cuore. Un soffio sistolico più forte, a propagazione trasversale da entrambi i lati, ma più evidente a sinistra che a destra, si ode all'altezza della VII e VIII costola dalla colonna vertebrale fino all'ascellare posteriore. La regione cardiaca all'ispezione si presenta normale. La palpazione sulla regione sopraclavicolare sinistra e all'altezza della V costola sulla margino-sternale sinistra mette in evidenza un fremito sistolico di media intensità. All'ascoltazione si ode un forte rumore di soffio rude, aspro, telesistolico, che presenta ampia diffusione con massima intensità all'interno della punta in corrispondenza del V spazio intercostale lungo la parasternale sinistra; il soffio è forte anche nella regione sottoclavicolare sinistra; lo si ascolta bene, sebbene con minore intensità, su tutta la regione anteriore e laterale del torace da entrambi i lati e anche al dorso nelle regioni interscapolovertebrali. Il secondo tono sull'aorta e sulla polmonare è normale per timbro e intensità. Nessun altro dato anormale all'esame obiettivo.

Le pressioni regionali misurate all'oscillometro di Pachon risultano:

	PR. MX.	PX. MN.	IND. OSCILL.
Braccio bilateralmente . . . . .	190	100	15
Avambraccio bilateralmente . . . . .	175	90	12
Sopra il ginocchio bilateralmente . . . . .	100	60	4
Gamba bilateralmente . . . . .	100	60	4

L'elettrocardiogramma è normale senza segni di prevalenza ventricolare.

La radiografia del torace mette in evidenza delle chiare incisure lungo il bordo inferiore di alcune costole, specie a destra. L'immagine cardiaca è normale.

La diagnosi di stenosi istmica dell'arco aortico (o stenosi istmica dell'aorta) non è discutibile nel nostro caso: la forte differenza di pressione e di pulsatilità fra il territorio arterioso degli arti superiori e quello degli arti inferiori, le pulsazioni delle arterie intercostali, visibili e palpabili al dorso, l'evidenza radiologica delle caratteristiche incisure costali, ne costituiscono la sicura documentazione. Ma l'oggetto di questa comunicazione è costituito dal particolare reperto roentgenchimografico che offre l'aorta. Nella lastra che proiettiamo (fig. 1), particolare del roentgenchimogramma in proiezione antero-posteriore, si vede chiaramente che le pulsazioni del margine aortico sinistro, ampie nella sua parte superiore, si smorzano d'un tratto ad un livello che certamente corrisponde alla sede anatomica della stenosi (sede probabile del legamento di Botallo): al disotto di questo livello il margine aortico non presenta che sollevamenti appena accennati e appare quasi rettilineo. E' chiaro che questa immagine traduce nella lastra roentgenchimografica il peculiare comportamento pulsatorio dell'aorta a monte e a valle della stenosi.

Aggiungeremo che la massima evidenza del fenomeno si ottenne nella proiezione antero-posteriore, grazie alla buona visibilità dell'aorta discendente messa in risalto da una tecnica piuttosto dura. Nell'obliqua anteriore sinistra l'immagine del margine aortico sovrapposto alla colonna, era assai confuso, e il fenomeno, contrariamente a quanto ottennero LAUBRY e HEIM DE BALSAC, niente affatto evidente.

Al pari di questi autori notammo infine che il bordo aortico nel roentgenchimogramma, ma meglio ancora del radiogramma, sembra presentare al presunto livello della stenosi, una specie di incisura, compresa tra due lievi convessità, delle quali è più marcata l'inferiore (dilatazione a valle della stenosi?).

Non v'ha dubbio che l'aspetto roentgenchimografico messo in luce da LAUBRY e HEIM DE BALSAC in questa affezione e da noi confermato,



FIG. I.

Particolare del roentgenchimogramma. Le pulsazioni del margine aortico sinistro, ampio nella sua parte superiore, si smorzano bruscamente più in basso.

costituisca una dimostrazione quanto mai brillante dell'anormalità anatomo-funzionale impressa all'aorta dalla malformazione congenita.

Ha esso anche un valore diagnostico particolare? Non lo crediamo per le seguenti ragioni: anzitutto non sembra sia facile di metterlo in

evidenza; non sempre infatti l'aorta discendente è visibile con quella chiarezza che si richiede nel caso particolare. In un altro malato di stenosi istmica dell'aorta da noi osservato e studiato con molta cura al roentgenchimografo non ci riuscì di poter vedere nella lastra la pulsazione del margine aortico per un'altezza sufficiente. In secondo luogo la diagnosi di questa affezione è così chiara nella grande maggioranza dei casi in base ai soli dati clinici (differenza di regime circolatorio fra i territori a monte e a valle della stenosi, pulsatilità delle arterie intercostali) e la semplice radiografia dello scheletro toracico mette in evidenza così spesso le incisure costali, che non ci sembra necessario dover ricorrere ad altri mezzi meno semplici di indagine. Non escludiamo però che, com'è legge generale di ogni segno diagnostico, anche il reperto roentgenchimografico non possa acquistare un valore imprevedibile in qualche caso particolare di stenosi dell'arco aortico.

RIASSUNTO. — Viene esposto un caso di stenosi istmica dell'aorta nel quale il roentgenchimogramma dimostra che la pulsatilità del bordo aortico sinistro, normale nella sua parte superiore, diviene scarsissima nella sua parte inferiore. Questo segno messo in luce per la prima volta da Laubry e Heim de Balsac e confermato in questo caso, costituisce una brillante documentazione dell'anormalità anatomo-funzionale dell'aorta che sta alla base della malformazione.

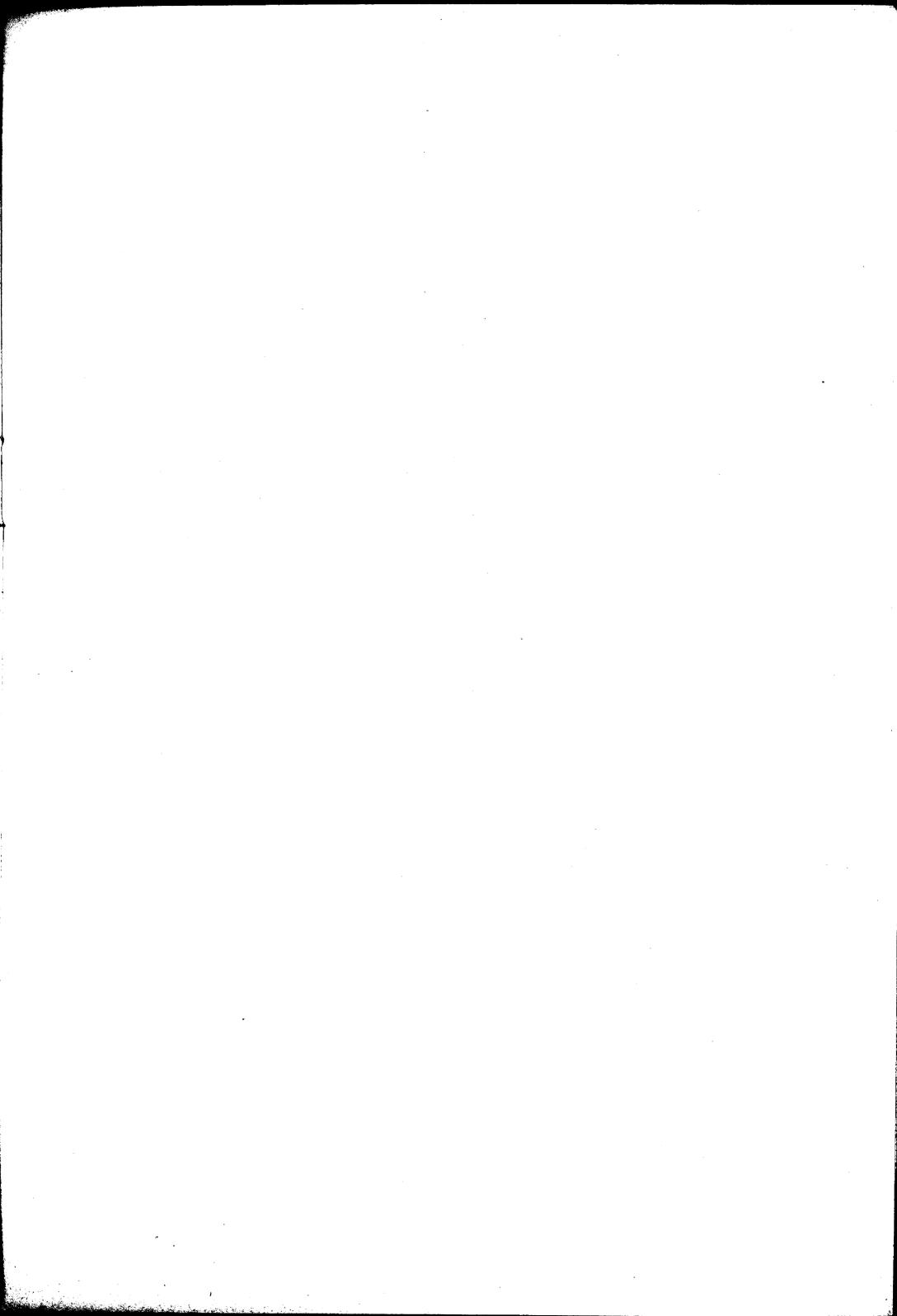
---

#### BIBLIOGRAFIA

---

LAUBRY C. e HEIM DE BALSAC R., « Arch. Coeur », 1937, 30, 394.

---



845223

