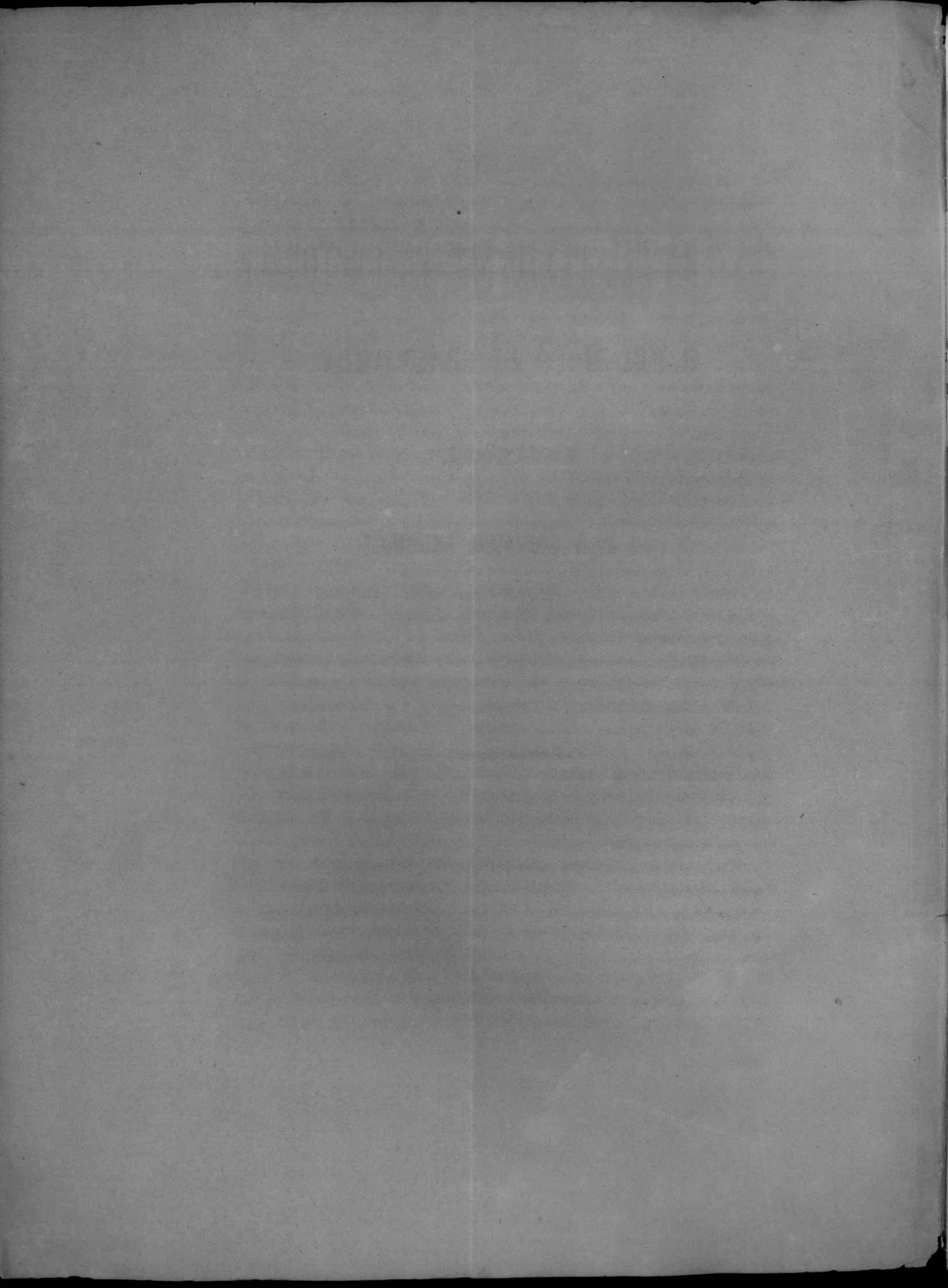




Al Chiaro
Sef. Prof. Cav. Luigi Galvani
Omaggio dell'Aut.





DELLA

PUNTURA DEL PETTO NEL PNEUMOTORACE

E DEL MODO DI PRATICARLA

MEMORIA

del Prof. GIOVANNI BRUGNOLI



BOLOGNA
Tipi Gamberini e Parmeggiani
1879.

Estratto dalla Serie III. Tomo X, delle Memorie dell' Accademia delle Scienze
dell'Istituto di Bologna. — Letta nella Sessione del 23 Gennaio 1879.

Ebbi l'onore altre volte d'intrattenere questa illustre Accademia colla comunicazione di studi e di osservazioni di medicina pratica relativamente alla toracentesi capillare negli essudati sierosi pleuritici, alla puntura pure del torace nello empiema, non che eziandio nella raccolta d'icore marcioso della gangrena polmonale. Incoraggiato dalla benevole accoglienza che allora ottenni e dal vedere quelle pratiche, per le quali temeva d'incontrare la taccia di troppo ardire, nell'esercizio clinico tornarmi ognora proficue ed immuni da spiacevoli incidenti e dai medici pratici sempre più adottate, oggi mi sono deciso di fare oggetto della presente memoria la discussione del valore della toracentesi nel pneumotorace.

La puntura del torace fatta quando vi ha raccolta d'aria nella cavità pleurica, venne accennata fino dal Riolo nel suo *Enchiridion Anatomicum* Lib. 3. cap. II. il quale narra di praticate paracentesi con buon esito per malattie ritenute idropi di petto, ove invece di uscire acqua si ebbe esplosione di aria. L'illustre Monteggia, l'ardito propugnatore della toracentesi, nutriva speranza che il metodo dell'Avenbrugger facendo meglio e con maggior sicurezza diagnosticare le raccolte di liquidi nel torace, sangue, pus, siero, aria, non si lascierebbero

morire molti malati senza cercare il rimedio nell'operazione (1). Difatti non appena gli studi e le indagini intorno alla tisi polmonare di Baille, di Laennec, di Louis, ebbero fatto meglio conoscere le diverse successioni di essa, ed in ispecie i sintomi, e segni del pneumotorace e tutte le circostanze di esso, sia di causa che d'andamento, e di effetto, non solamente da diagnosticarlo con sicurezza e vedere il fatto morboso in tutte le sue parti, ma da essere condotti all'induzione che alla raccolta d'aria nella cavità pleurica che sposta il cuore, i visceri vicini, comprime i polmoni ed intercetta la respirazione, fosse dato uscita mediante artificiale apertura, ben tosto il Laennec suggeriva di preferire la puntura in questi casi alla incisione intercostale; ed inseguito la maggior parte dei trattatisti di patologia speciale discorrendo della cura del pneumotorace, accennati i pochi mezzi che offre la terapia in tanto grave pericolo, unanimi propongono la puntura del petto quale unica risorsa ad allontanare la minacciata ed incoata asfissia.

La proposta puntura per quanto io so non è stata fin qui bene accolta e messa in atto; generalmente la letteratura medica, il giornalismo, i pubblicati Rendiconti clinici non vi presentano istorie, nè pratiche o metodi di operare che ve la mostrino attuata. Il Bucquoy non a guari facendo una lezione clinica sul pneumotorace meraviglia come con tanti favorevoli argomenti d'induzione per la puntura vi sia poi tanta ripugnanza ad usarla (2).

Fra le varie ragioni che conducono a tenere questo partito di astenersene sono d'avviso che sieno prevalse e prevalgano le seguenti.

Varie sono le origini del pneumotorace, onde diverse forme o specie da essere in modo differente considerate e trattate; anzi la clinica osservazione nel rilevare tali differenze raccoglie pure che nel pneumotorace in genere vi hanno diverse gradazioni, e che discreta copia di fluido gazooso nella pleura può essere spontaneamente riassorbita, può essere tollerata sufficientemente dall'organismo senza gravi molestie specialmente quando il pneumotorace è incistito per esservi antiche o sode aderenze che non permettano all'aria di espandersi che in qualche scompartimento soltanto. Ognun vede che in tali evenienze non è richiesta la puntura.

(1) Vedi il Cap. VII. Ferite del petto nelle Istituzioni Chirurgiche.

(2) Bulletin de la Société de Médecine de Gand. V. 45. p. 282. 1873.

Ma quando l'aria si accumula in copia grande nel cavo pleurico libero di aderenze, quando in ispecie l'atto d'inspirazione manda aria nella cavità pleurale, mentre quello di espirazione non ne richiama addietro che piccolissima parte ed anche affatto, il polmone resta assai compresso, sono spostati il cuore, i mediastini, i visceri sottodiaframmatici, resta forzatamente dilatato il lato toracico, allargati gli spazi intercostali e così inceppata la respirazione da prodursi l'asfissia; ed è allora il momento in cui viene innanzi l'indicazione della puntura. E qui sorge l'osservazione che la puntura del torace non porta che una risorsa pagliativa, un prolungamento d'agonia, essendo che l'aria estratta di continuo è surrogata da altra, il processo morboso che portò rottura alla pleura ed al polmone progredisce nell'opera di distruzione e quel fine letale che per allora si trattiene poco dopo più o men presto accade. Inoltre il momento in cui è domandato l'atto operativo è un momento solenne; il paziente di una chirurgica operazione di qualche entità è un agonizzante che difficilmente si presta alle necessarie manovre, che nell'atto operativo può essere colto dalla morte, che l'operazione può mancare di qualsiasi effetto od esito favorevole, e questo avviene pur troppo non di rado. Il volgo colpito da grave sventura corre a cercare un capro espiatorio ed al medico sovente tocca la responsabilità dell'esito infausto.

Ponderate ben bene tutte le ragioni di convenienza o meno di ricorrere alla toracentesi nel caso di pneumotorace, non ho creduto di potermi sottoscrivere all'avviso di chi impressionato dal gravissimo avvenimento e dall'incertezza e gravezza dell'atto operativo lascia il malato alla sorte che gli sovrasta. Accolto all'incontro il partito di operare, studiati i diversi casi che si presentano, fissate le condizioni che domandano, che permettono la puntura, modificato e semplificato il metodo operativo, i fatti clinici sono venuti a sanzionare la pratica di agire, e me ne hanno confermata la convenienza e l'utilità.

La prima e principale obiezione è quella che quando il pneumotorace proviene da rottura del polmone e specialmente quando una caverna da processo caseoso o tubercolare, che è il fatto più ovvio ad osservarsi, si apre nel cavo pleurico, ad ogni inspirazione nuova aria vi si introduce a sostituire quella che per avventura sia stata tolta colla puntura e questa circostanza diceci deve rendere quasi affatto inutile la toracentesi.

Fino dai primordi dei miei studi medici, essendo proassistente all'O-

spedale Maggiore, ebbi ad osservare un fatto clinico che molto mi istrui. Nella Sezione diretta dall'illustre e venerato mio Maestro il Prof. Gio. Battista Comelli fu accolta una giovane che si giudicò essere presa da acuta pericardite; sui dati dell'ascoltazione e della percussione dimostrai trattarsi di un pneumotorace. La necroscopia nel darmi piena ragione, il che, e lo rammento con compiacenza, fece aprire le porte dell'insegnamento clinico all'ascoltazione ed alla percussione, mi presentò pure un fatto anatomico che mi sorprese: la rottura del polmone nelle poche ore della durata della malattia, si era già bene chiusa. In seguito pure ebbi occasione in più incontri di verificare l'otturazione della rottura anche dopo poche ore dell'avvenimento che aveva recato la morte. Nelle lezioni di Medicina pratica ho spiegato questo fatto osservando che la rottura in tali casi avviene per una forza che si esercita dall'interno del polmone verso la periferia, i lembi della rottura protubereranno all'infuori, l'aria che esce nel cavo pleurico nell'atto della espirazione non può rientrare per la ferita, ma raccolta in massa eserciterà una compressione sul polmone e sull'esterno della caverna rotta, cioè dall'esterno all'interno, quindi deve ravvicinare i bordi della lesione, i quali ancora cruenti con facilità si coaguleranno assieme e così pure facilmente deve rimanere otturata la rottura. Io ammetterò pur anco che avvenuta la perforazione del polmone si possano talvolta formare depositi fibrinosi a livello della medesima i quali facciano ufficio di valvola e formino poi essi stessi l'otturazione; ma ciò non accade sempre, come scrisse l'illustre Skoda, io ho veduto agglutinamento di lembi senza ben manifeste pseudo-membrane e talvolta ancora la rottura si è convertita in fistola permanente.

Essendo adunque per le disposizioni anatomico-patologiche ora spiegate assai facile ad accadere subito l'otturazione della rottura polmonale, viene rimossa la principale obiezione alla proposta della puntura; cioè la riproduzione sollecita e quasi istantanea del pneumotorace per la persistente comunicazione colle vie bronchiali.

L'altra obiezione, quella cioè di esporre ai maneggi ed ai pericoli di rilevante operazione chirurgica un individuo in istato gravissimo e pericolante e con una malattia che probabilmente avrà fine letale, si collega a mio avviso colla quistione del metodo da tenersi nell'eseguire la puntura del torace. A Laennec, come già dissi, sembrava che si dovesse alla incisione dello spazio intercostale, cioè alla così detta operazione dell'empieza, preferire la puntura col trequarti, forse per

la minore gravezza dell'atto operativo. Certamente anche meno grave tornerebbe la puntura del torace fatta col sottile trequarti, come si usa per gli essudati sierosi, e come ebbi a dichiarare nella mia Memoria Sulla Toracentesi capillare qui letta fino nell'anno 1873. Ma ancora così operando si rende quasi sempre necessario il collocare il paziente in posizione tale nella quale non può essere messo e rimanere per la grave dispnea e per l'ansia da cui è preso; e poi la puntura fatta nella linea ascellare, nel 6° spazio intercostale servirà poi all'uopo? Ed a questo proposito è da notare che il pneumotorace puro non è frequente, il più spesso nel cavo pleurico vi ha aria e liquido sieroso o siero-purulento, d'ordinario allora in poca quantità, occupando per legge di gravità la parte inferiore, mentre la massa gasosa va nella parte superiore; inoltre si noti che è la parte gasosa che esercita la compressione del polmone, che compromette la vita, e che non può uscire pel foro fatto là in basso; ed è stato per questo argomento, io ritengo, che il Trousseau ed il Béhier contestarono l'utilità della puntura nel pneumotorace dicendo che si può così soltanto estrarre il liquido ma non l'aria espansa.

Riflettendo io su queste condizioni venni nella persuasione che la puntura in questi casi si dovesse eseguire nel punto più alto e là ove va ad accumularsi la raccolta gasosa, e cioè nel 2° o 5° spazio intercostale ed in vicinanza dello sterno di uno o due centimetri ed ove si ha d'ordinario il più chiaro rimbombo colla percussione.

Perchè poi la praticata ferita della pleura subito si chiuda e non dia luogo ad un enfisema cutaneo del petto e del braccio, come vidi in un caso operato col trequarti piccolo, ho adottato l'ago della Siringa di Pravaz; l'ago-cannello di cui quasi sempre mi sono servito è uno di quegli aghi d'oro, il cui diametro e cannello sono un po' più larghi di quelli d'acciaio, ma è un ago dei comuni apparecchi per le cure ipodermiche, e mi ha corrisposto a meraviglia. In questo modo praticata la toracentesi, non ha nulla di grave, di imponente, di pericoloso; è meno molesta di una iniezione ipodermica, e viene praticata stando l'infermo nella sua ordinaria e più comoda posizione.

Impiantato l'ago a perpendicolo sul torace e tanto profondamente da penetrare liberamente in cavità, l'aria esce con veemenza dal foro rimasto esterno producendo anche un lieve sibilo, la fiamma di una candelluzza accostata là serve assai bene ad indicare la sortita dell'aria e la veemenza del gettito. Al piccolo imbuto di cui è fornito l'ago,

ho pur anche, quando ne ebbi opportunità, adattata e legata l'estremità di un sottile budello ed avendo procurato che fosse ben rammolito bagnato ed affatto privo d'aria, ho veduto passare in esso l'aria contenuta nel torace e così si sarebbe potuto valutarne la quantità, la composizione chimica e per tal modo verificare ed estendere i risultati delle osservazioni e delle numerose esperienze di Wintrich, relative a questo argomento della natura di quel fluido aeriforme e della sua più o meno nociva influenza a provocare l'infiammazione pleurale.

La puntura del torace in tal modo eseguita, come ognun vede, non farà uscire tutta la massa di aria che costituisce il pneumotorace, ma soltanto quella quantità che rende la massa d'aria non proporzionata al luogo, e costretta a portare compressione ai visceri vicini in particolar modo al polmone da disturbare ed inceppare la respirazione e la circolazione cardiaca ancora. Avendo poi l'avvertenza di far eseguire al paziente profonde inspirazioni, in ispecie facendolo tossire, ed anche comprimendo colle mani il lato pieno di aria si perviene a farne uscire tanta da liberare il paziente dall'imminente soffocazione. La quantità d'aria che rimane, se della nuova non ne arriva dalla rottura che non siasi ancor chiusa, viene poscia assorbita lentamente, favorendo ciò l'espandersi del polmone ed i movimenti muscolari toracici della respirazione.

Infine noterò ancora che il corso del pneumotorace talvolta è rapidissimo, Taylor e Dittrich riportano casi di morte dopo alcune ore ed anche subitanee ed allora manca il tempo per provvedere e preparare quanto sarebbe necessario per la operazione di una toracentesi nei modi ordinari. Invece non è difficile che il medico abbia con sè la Siringa di Pravaz e possa praticare quell'atto operativo al momento, mentre dopo un quarto d'ora, una mezz'ora la propizia occasione sarebbe sfuggita.

Pervenuto ora col ragionamento a mostrare, mi lusingherei, la convenienza della puntura del petto nel pneumotorace, passo ad esporvi brevi cenni intorno ai risultati pratici che ne ho conseguiti.

La puntura del petto nel pneumotorace venne già da me eseguita in nove individui nel corso di alcuni anni ed eccone le principali circostanze e gli effetti ottenuti.

In tre casi non ne ebbi che un allievemento temporaneo, non potè evitarsi che poco dopo aggravatesi di nuovo le condizioni morbose negli infelici soccombessero. Di questi riferirò pochi appunti re-

lativi all'ultimo che ho osservato. È circa un mese che venne ammessa nella Sezione Medica dell'Ospedale Maggiore a me affidata una ragazza di oltre 14 anni, di sufficiente buona conformazione di corpo, non ancora mestruada ma con tutti gli altri segni della pubertà; da alquante settimane si diceva tossicolosa e da due di in preda a copiosissima emotisi; vi erano pure i dati più certi di vasta escavazione all'apice del polmone sinistro e di circostante infiltrazione. Dopo pochi giorni arrestata la emorragia d'improvviso la fanciulla è colta da straziante dolore alla base del torace sinistro, da gravissima dispnea e con tutti gli altri segni del pneumotorace sinistro, e tanto copioso si fa in breve da spostare i visceri circostanti e portare il cuore a battere persino sotto la mammella destra. Alla mia visita trovo la malata così che è agonizzante, e non esito un momento ad impiantare nel modo e nel luogo sopradescritto l'ago-cannello, che dà uscita a molto gas, ed immediatamente si calmano il dolore e la dispnea, il cuore pure si rimette sotto lo sterno, ed ottengo così un alleviamento sorprendente, il quale però dura poco tempo. Nella sera la dispnea è tornata come prima e tanto minaccievole che il distinto mio Assistente Sig. Dott. Mazzarini ripete l'operazione da me fatta il mattino e ne coglie pure immediato vantaggio: ma nella notte riaggravatasi l'inferma, soccombe. La necropsopia mostrò coll'esteso e notevole pneumotorace il polmone sinistro con uno scavo anfrattuosso all'apice, avente un foro per estensione come una moneta da venti lire. Tale condizione anatomica spiega come soltanto temporaneo fosse il vantaggio arrecato dalla toracentesi, e come per essa non si potesse avere l'otturazione della perforazione.

Altra puntura del torace ho praticato in un caso di pneumotorace incistoso circoscritto alla parte inferiore del lato destro e se si constatò un alleviamento dello stato morboso per qualche giorno, le estese lesioni del processo tisiogeno e complicazioni sopravvenute in breve portarono la morte. Così avvenne pure in una donna circa tre anni or sono, la quale dopo avere avuto vantaggio grande dalla puntura, il processo tubercolare con passo accelerato la portò al sepolcro.

Ora vengo ai fatti più fortunati.

Sono già 4 anni che ad un uomo di oltre 30 anni, degente nell'Ospedale, sorpreso dal pneumotorace sinistro per rottura di una caverna polmonale praticai per la prima volta la toracentesi impiantando il piccolo tre quarti da toracentesi capillare nel secondo spazio intercostale poco distante dallo sterno; e se nel primo giorno dell'ope-

razione fui lietissimo del risulamento avuto, in seguito rimasi fortemente impressionato e in quel primo mio tentativo scoraggiato alquanto, vedendo formarsi un enfisema cutaneo che si estese a tutto quel lato, alla spalla ed al braccio corrispondente. Però la dispnea non ritornò più come prima così minacciosa, l'enfisema lentamente scomparve e dopo alcune settimane il malato uscì dallo spedale dando tutti i segni di guarigione. Ed è stato appunto pel fatto dell'enfisema sopravvenuto che non volendo abbandonare il proposito della puntura nel pneumotorace, al piccolo tre quarti sostituii inseguito l'ago della siringa di Pravaz, nell'intendimento che più presto e facilmente la ferita della pleura si sarebbe immediatamente chiusa.

Altri due casi analoghi ho pure avuto nello Spedale, un uomo ed una donna, ambedue affetti al lato sinistro e per rottura di caverna tubercolare, nei quali la puntura ebbe pieno successo, ed i pazienti migliorati nelle loro primitive condizioni uscirono dallo Spedale dando speranza di guarigione; e dico così trattandosi di essere in presenza di una malattia in cui spesso le apparenze di guarigioni non sono che tregue ingannatrici.

Per il 9° ed ultimo fatto darò qualche maggiore particolare sembrandomene essere ben meritevole.

Una Signorina delle Provincie Venete stabilita in Bologna, di origine sospetta essendo il padre morto per tisi e la madre per diversi anni malata di pulmone con minaccia di tisi, di tempra linfatica, stata assai malaticcia nella infanzia e di costituzione molto gracile e delicata, nella scorsa primavera ammalò per tosse emoptoe e nello scorso luglio quando la vidi per la prima volta riscontrai uno scavo alquanto ampio all'apice del pulmone sinistro reso anche più patente dal suono di vaso fesso. Il male sembrava ancora circoscritto e limitato a quella parte, tuttavia talvolta non mancava la *febricula*, qualche sudore notturno e vi aveva un escreteo alquanto abbondante e molto purulento; vi erano pure disturbi d'innervazione cardiaca. Verso la fine dello scorso Novembre lo stato dell'inferma certamente non migliorava, piuttosto dirò che alcun po' si aggravava, quando una sera viene presa da straziante dolore al fianco sinistro e da gravissima dispnea e da tutto il quadro sintomatologico del pneumotorace. Mi studio di porre in opra quei pochi mezzi che offre la terapia, la famiglia e la malata fanno opposizione alla proposta della puntura. Nel mattino seguente quando entro nella camera trovo l'inferma nel più orrendo stato, la respirazione è orto-

pnoica, le estremità sono cianotiche, un sudore viscido freddo la cuopre, la fisionomia è sconvolta e cadaverica, un deliquio arresta il respiro, io la credo già morta; domando e mi si eccita di fare la puntura, la quale difatti riesce a bene, e così immediatamente la dispnea si calma, la cianosi scompare, il cuore subito si riavvicina al suo posto di oltre quattro dita trasverse e la paziente torna a nuova vita: però un soffio ampio aurorico percepito sotto la clavicola mi fa dubitare della stabilità dell'ottenuto vantaggio temendo che rimanga ancora aperto il foro della rottura; e purtroppo i miei dubbi si verificano: l'indomani è tornata imponente la dispnea, forte il dolore al fianco, allora ripeto la puntura, prolungo per alquanti minuti la presenza dell'ago e non mancano i benefici effetti. Dopo d'allora la dispnea non si è più fatta minacciosa, la tosse diminui e quasi scomparve, si sopprime pure l'abbondante sputo purulento; dopo una settimana circa rilevai che per una quarta parte in quel lato del torace v'era raccolta di liquido la quale in seguito si è riassorbita, e quando l'essudato pleurítico aumentava mi sembrò che l'aria del pneumotorace si assorbisse, perchè allora più manifesto e superficiale si fece udire il murmure vescicolare respiratorio. Ora non posso dire che la Signorina sia guarita, si ode anche un soffio cavernuloso all'apice del pulmone, però assai più debole e ristretto che non era innanzi, è anche molto abbattuta di forze e colla complicazione di rilevanti disturbi di alterata innervazione cardiaca e gastrica. E, fatto singolare, colta in questi giorni da bronchite catarrale dei grossi bronchi l'escreato è mucoso anche abbondante ma ben differente dallo sputo purulento che prima presentava. Sembra quindi che la rottura del pulmone e la forte compressione esercitata dal pneumotorace sullo scavo abbiano influito a modificare anzi a togliere la secrezione purulenta. Certamente la malata non è in peggiori condizioni di quanto era prima che accadesse la perforazione pulmonale (1).

I fatti di pneumotorace che ho riportato appartengono tutti a quella specie derivante dalla rottura di una escavazione pulmonale e l'esito finale della malattia deve dipendere dalla maggiore o minore estensione

(1) Questa inferma dopo un periodo di notevole miglioramento, senza che fossero aumentate le condizioni morbose del pulmone, fu colta da febbre migliore acuta, ed estenuata per le angosce ed i profusissimi sudori proprii di questo male cessò di vivere tre mesi dopo l'avvenimento del pneumotorace.

e pervicacia del processo morboso pulmonale, però l'anatomia patologica e la clinica hanno già da tempo mostrato la possibilità e la non rara evenienza della guarigione di quel lavoro patologico che conduce alla tisi pulmonale; non vi ha medico pratico di lunga esperienza che non gli sia toccato di vedere risorgere qualche volta un individuo nel quale era già bene inoltrato il processo di etisia da non lasciare speranza di guarigione; da ciò adunque la opportunità di riparare al gravissimo incidente della perforazione pulmonare, e delle sue conseguenze, e quindi della convenienza della puntura ad ovviare alla soffocazione da essa prodotta.

Ma il pneumotorace ha ancora ben altre e differenti origini che sarebbe opportuno attentamente studiare ed esaminare in ogni parte e circostanza e specialmente quando derivi da frattura di costole, da ferite di pulmone, in ispecie quando dà origine all'enfisema cutaneo; la Chirurgia potrebbe dare importanti lumi in particolar modo per risolvere il quesito, se nel pneumotorace in cui rimane aperta la perforazione del pulmone lasciando in permanenza l'ago-cannello fino a che si sia ottenuto l'otturamento, si ovviasse al rinnovarsi del grande accumulo d'aria produttore dell'asfissia.

Sarei ben lieto se queste mie osservazioni venissero da altri più adatto di me estese ampliate, perchè dirette a recare molta ed immediata utilità nell'esercizio dell'arte medica.

Alcuni giorni dopo la lettura di questa Memoria, fatta all'Accademia, ebbi ad osservare un caso di pneumotorace ove fu praticata la puntura del petto e che mi sembra assai acconcio d'essere qui riportato.

Donati Carlo di Monghidoro, suonatore ambulante, d'anni 44, essendo già infermo da oltre tre mesi di lenta malattia di pulmone entrò nella 1^a Sezione Medica dell'Ospedale Maggiore il 2 Dicembre p. s. La pneumonite cronica caseosa prevaleva alla parte superiore del pulmone sinistro ove si rilevavano i segni di scavi. Passarono due mesi con alternative di esacerbazioni e di remissioni e se le condizioni del male non erano sensibilmente aumentate non avevano però fatto sosta. Quando la mattina del 31 Gennaio p. s. entrò nell'infermeria per l'ordinaria visita vengo avvisato che il malato al letto N. 78, cioè il Donati summenovato, era da circa un quarto d'ora in preda a grave accesso di di-

spnea per cui si vedeva minacciato di soffocazione. Difatti lo trovo aggravatissimo per apnea, per dolore straziante all'arco costale sinistro, e chiari mi si presentano tutti gli altri segni del pneumotorace sinistro, il cuore è portato sotto la mammella destra, la faccia e le estremità si fanno cianotiche, l'infermo è oppresso da un' ansia indescrivibile, e tutto annunzia un pericolo imminente. Non esito un istante ad impiantare l'ago della Siringa di Pravaz nel 2° spazio intercostale in vicinanza dello sterno, come praticai in altri casi. L'esimio Collega Sig. Cav. Dott. Ferdinando Verardini Medico Primario all'altra Sezione Medica col suo Assistente Sig. Dott. Soldati, fatti da me avvisare di quanto accadeva, essendo accorsi, potemmo assieme constatare mediante la fiamma di una candelluzza l'uscita con veemenze dell'aria dall'agocannello impiantato e l'immediato alleviamento, anzi la sorprendente quasi intera scomparsa delle gravissime sofferenze in preda alle quali si trovava quell'infelice. Vedendo però che dall'ago continuava di tanto in tanto ad uscire aria pongo in adatta posizione l'infermo e passo a fare l'ordinaria visita agli altri malati della Sezione a me affidata. Dopo circa un' ora fo ritorno al letto di questo operato e lo trovo essere egli ritornato nelle gravissime sofferenze e condizioni di prima della puntura; di più riscontro che sulla parte anteriore del torace sinistro ed anche al collo si forma un enfisema sotto-cutaneo; inoltre trovo che la punta dell'ago era uscita dal cavo toracico ed era soltanto impiantata nei tessuti della parete. Ne induceva da ciò che tolta la comunicazione stabilita col cavo toracico altra massa d'aria vi si era accumulata di nuovo da spostare e comprimere i visceri circostanti e che quindi doveva esistere tuttora la comunicazione fra le vie aeree e la cavità pleurica. Impianto allora di nuovo l'ago-cannello, da cui nuovamente esce aria con veemenza, e ne segue immediatamente una sorprendente calma. Lascio impiantato l'ago a permanenza, e raccomandando al Medico Assistente Sig. Dott. Francesco Mazzarini di vedere di frequente il malato per provvedere ad ogni occorrenza, e quando si fosse assicurato che non più passasse aria per l'ago, e che si potesse ritenere otturata la rottura polmonale, quello estraesse. Dopo circa 4 ore gli parve giunto il momento di poterlo fare; e fu fatto senza che ne seguisse alcun sinistro effetto. L'infermo passò il restante della giornata e la successiva notte in placidissimo stato da confermare essersi otturata la rottura polmonale; il seguente mattino era affatto cessata la dispnea, la tosse assai diminuita e quasi affatto soppressa l'espettorazione.

Per tre o quattro giorni corsero così le cose, ma in seguito tornarono ad esacerbarsi alquanto i sintomi dell'antica malattia, ma venuta nuova remissione il malato volle uscire dall'Ospedale, però le condizioni morbose sono tali che, come quando fu accolto, non lasciano molte speranze di un buon esito. Questo fatto clinico mi sembra venga appoggiare la proposta di lasciare permanente la comunicazione del cavo toracico coll'esterno fino a che si possa ritenere ottenuto l'otturazione della rottura pulmonale.

39099

1892



