



OSPÉDALE SANATORIALE « B. RAMAZZINI » DELL'I.N.F.P.S.

Direttore: prof. F. BOCCHETTI

Prof. GIOVANNI GAETA
Chirurgo capo-reparto e docente

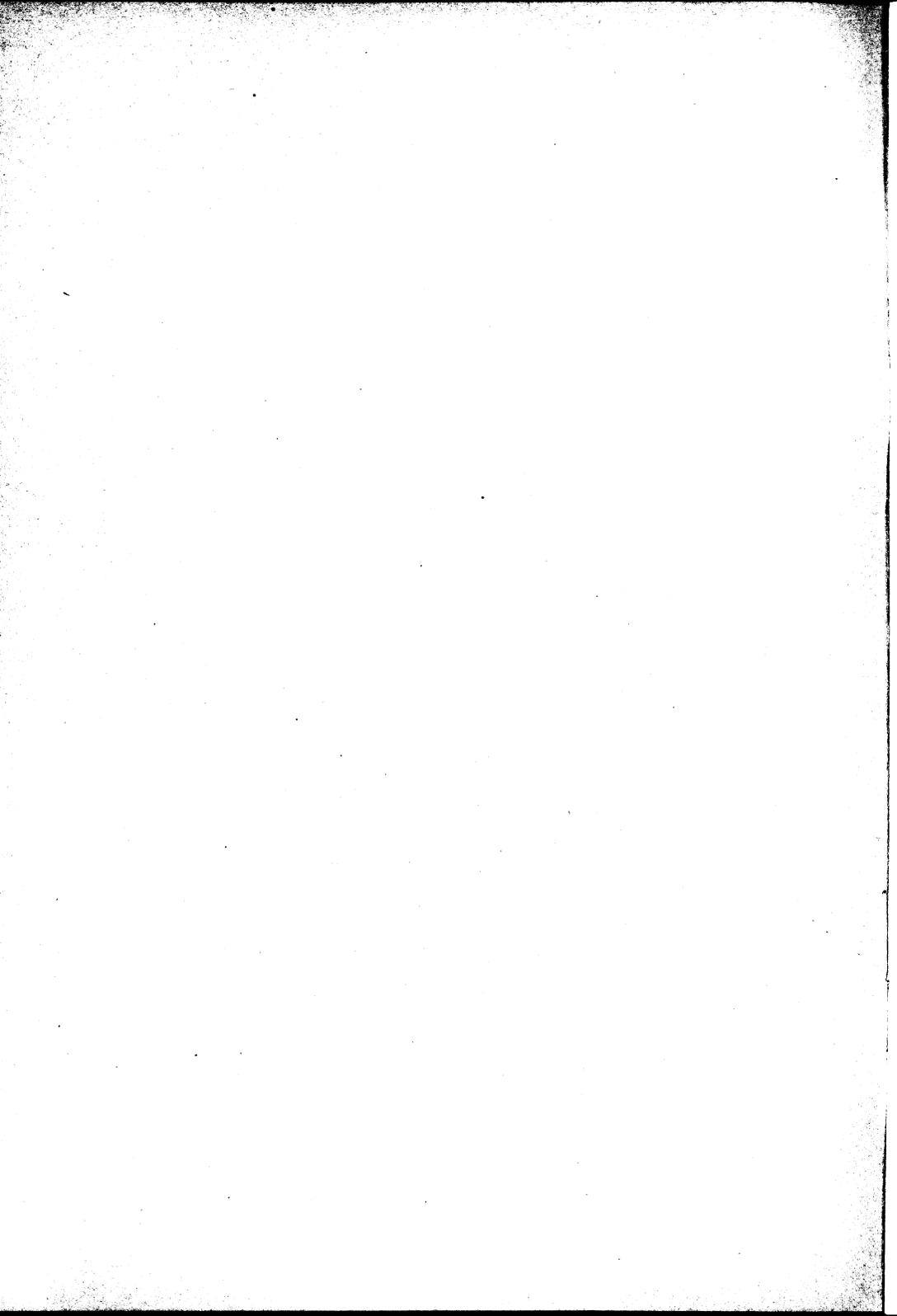
RILIEVI ANATOMO-CHIRURGICI SULLA FRENICTOMIA E SULLA SCALENOTOMIA

Estratto dalla Rivista « Lotta contro la tubercolosi » - Anno VIII, n. 2 - Febbraio 1937-XV



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA

Handwritten notes:
N
B
55
62







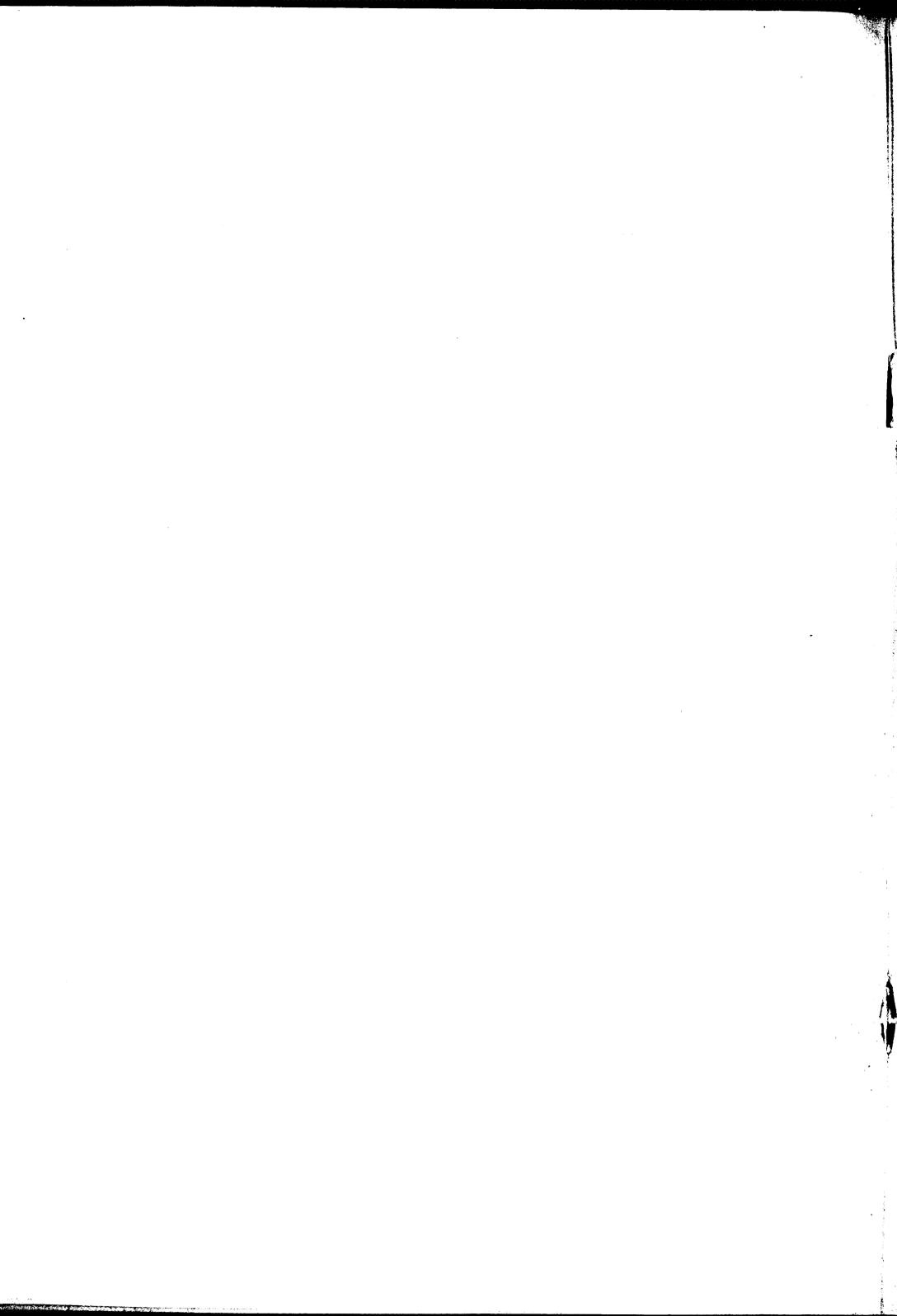
OSPEDALE SANATORIALE «B. RAMAZZINI» DELL'I.N.F.P.S.
Direttore: prof. F. BOCCHETTI

Prof. GIOVANNI GAETA
Chirurgo capo-reparto e docente

**RILIEVI ANATOMO-CHIRURGICI
SULLA FRENICECTOMIA
E SULLA SCALENOTOMIA**

Estratto dalla Rivista «Lotta contro la tubercolosi» - Anno VIII, n. 2 - Febbraio 1937-XV

STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Non è senza interesse richiamarli alla memoria, specialmente per quanto riguarda i rapporti che il frenico e gli scaleni contraggono con i vasi e con i nervi. Troppo si è scritto sull'anatomia del frenico e degli scaleni, oramai conosciuta nei suoi minuti particolari da vari decenni; basterebbe consultare le magistrali ed esaurienti monografie del LUSCHKA e del SÉBILAU per convincersi che sono inutili le ripetizioni che si susseguono con una monotonia, che non accenna a diminuire, sui giornali che si occupano, specialmente, di problemi clinici della tubercolosi. Naturalmente non ho la pretesa che vada esente dalla critica il mio studio anatomo-chirurgico, il quale potrebbe trovare una certa indulgenza nella larga esperienza che ho sull'argomento.

Sono le conoscenze delle vene e dei nervi quelle che mi sembrano più interessanti a ricordare, perchè costituiscono un relativo pericolo nella pratica della frenico-exeresi e della scalenotomia. E cominciamo a trattare della prima. Ricordiamo che l'arteria cervicale ascendente fiancheggia il nervo frenico internamente, in alto; al torace il frenico sinistro si pone dietro al tronco brachio-cefalico; in basso decorre con la diaframmatica superiore.

I rami venosi del collo meritano una particolare attenzione per i pericoli, un po' lontani, che offrono riguardo all'embolia e all'emorragia. Nel corso di una frenico-exeresi è occorso un po' a tutti di ledere una vena e di rilevare il momentaneo malessere che invade l'operando, se non si ripara prontamente la lesione venosa, che potrebbe causarne la morte per embolia. Incisi la pelle e il pellicciaio, ci si imbatte nella giugulare esterna, contenuta in alto nella compagine parotide, mentre più in basso si fa più superficiale, decorrendo sull'aponevrosi cervicale superficiale sino al suo sbocco nella succlavia. Lungo il suo tragitto accoglie nel suo lume diversi rami anastomotici provenienti dalla giugulare anteriore, dalle vene occipitali, dalle auricolari posteriori, da

altri rami anonimi provenienti dalla nuca e dalla parte laterale del collo, da un ramo derivante dalla vena cefalica del braccio e dalle vene scapolari superiore e posteriore, quelle che ci riguardano più direttamente per il nostro argomento. Sempre, o quasi, la giugulare viene rispettata nei nostri interventi e spostata, con un divaricatore, esternamente; ma se essa fosse di ostacolo alle manovre operatorie, occorrerà sezionarla tra due pinze e legarne i due monconi. Incisa l'aponevrosi media si arriva su uno strato soffice, costituito da grasso e da linfoghiandole, strato che occorre incidere per raggiungere lo scaleno anteriore. Non è raro di imbattersi nei vasi cervicali trasversi, a questo livello, e in un vaso arterioso che si biforca in alto, dando origine alla cervicale trasversa e ascendente, la quale ultima può simulare, per il suo decorso, il nervo frenico, specie quando questo è nascosto tra le fibre dello scaleno anteriore. Esternamente e inferiormente all'arteria cervicale trasversa scorre la grande vena cervicale, che incrocia lo scaleno anteriore e l'arteria scapolare superiore, in avanti, per divenire satellite dell'arteria omonima in corrispondenza dello scaleno posteriore, poco prima di scaricarsi nella giugulare interna. L'arteria scapolare superiore decorre davanti allo scaleno anteriore, dietro la cervicale trasversa e, infine, posteriormente alla vena omonima. La vena scapolare posteriore, dirigendosi in basso, decorre sul margine esterno dello scaleno posteriore per raggiungere la succlavia.

L'arteria si stacca, con la tiroidea inferiore, dalla succlavia nella sua seconda porzione, cioè tra gli scaleni; in questa regione, sia a destra che a sinistra, l'arteria succlavia è in rapporto con lo scaleno anteriore, il quale la separa dal frenico e dalla vena omonima; in basso con la prima costola, che le offre una doccia, in alto e posteriormente con il plesso brachiale. La topografia anatomica fa quindi rilevare la estrema delicatezza della regione e i pericoli che essa offre per eseguire la scalenotomia, specie quando si voglia praticare in basso, in vicinanza del tubercolo di Lisfranc. Infatti a questo livello si concentrano la vena scapolare superiore e la vena succlavia, separata, come s'è detto, dall'arteria succlavia dallo scaleno anteriore.

Il nervo frenico, detto anche diaframmatico o respiratorio, trae origine dal quarto paio cervicale, ma a breve distanza altre fibre provenienti dal 3° e 5° paio vengono a rinforzarlo. Nel suo percorso il frenico si anastomizza: con il nervo succlavio per un sottile filuzzo, davanti allo scaleno anteriore; con il gran simpatico per mezzo di due esili filamenti, a diverso livello; con un ramuscolo proveniente dall'ansa dell'ipoglosso. Dal tronco si staccano sottili ramuscoli che raggiungono la pleura parietale, mediastinica e il peri-

cardio. Raggiunto il diaframma, il tronco nervoso si risolve in numerosi fasci distinti in superiori e inferiori, a sinistra all'esterno del centro frenico, a destra sull'orifizio attraversato dalla cava inferiore. I fasci superiori si distribuiscono sul muscolo diaframmatico con filamenti nervosi che si diramano dai sei ultimi nervi intercostali; gli inferiori raggiungono il peritoneo per ripiegarsi in alto e disperdersi nel diaframma, tranne alcuni che raggiungono le capsule surrenali per esaurirsi nel ganglio semilunare con altri rami del piccolo splancnico. Alcuni fasci, descritti da LUSCHKA, si distribuiscono al peritoneo, ai legamenti del fegato e forse nella compagine della glandola epatica. I rami terminali si anastomizzano sullo spessore del diaframma, il destro con il sinistro e con fasci provenienti dagli ultimi intercostali, costituendo un plesso con gangli, ciò che fa ammettere una vera autonomia di cui gode il muscolo diaframmatico, e spiega il negativo risultato che può sortire la frenico-exeresi. Non è raro di rinvenire un frenico accessorio, satellite del nervo principale, al quale si anastomizza sul torace. Esso ha origine dal 5° e 6° paio cervicale.

Gli scaleni, anteriore e posteriore, hanno sede tra le apofisi trasverse cervicali e le prime costole; li separa uno spazio occupato dall'arteria succlavia e dalle branche del plesso brachiale, posteriormente ad essa. L'arteria e la vena succlavia sono separate, come s'è detto, dallo scaleno anteriore. Entrambi gli scaleni sono innervati da filuzzi provenienti rispettivamente dalle branche anteriori e posteriori dei nervi cervicali. Dalle arterie tiroidea inferiore, cervicale ascendente, dalle due scapolari superiore e posteriore si staccano i vasi nutritizi per i due muscoli. Già precedentemente abbiamo accennato ai pericoli della scalenotomia anteriore; pericoli maggiori offrirà la scalenotomia posteriore quando si rifletta che nello spazio che intercede tra i due ventri muscolari, oltre i vasi cospicui, vi passano i cordoni del plesso brachiale per portarsi all'ascella.

55602



~~316985~~

