



Clinica Chirurgica della R. Università di Roma

Direttore: prof. R. ALESSANDRI

Istituto Sanatoriale «BERNARDINO RAMAZZINI» - PORTA PURBA

Direttore: prof. F. BOCCHETTI

(Reparto chirurgico)

Prof. GIOVANNI GAETA

Chirurgo capo-reparto

Docente di Patologia chirurgica nella R. Università di Roma

LA TORACOPLASTICA ANTERO-LATERALE

(CONTRIBUTO PERSONALE)

Espresso della Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno VII, n. 4 - Aprile 1936-XIV)



R. CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof. R. ALESSANDRI
ISTITUTO SANATORIALE « BERNARDINO RAMAZZINI » - PORTA FURBA
Direttore: prof. F. BOCCHETTI
(Riparto chirurgico)

Prof. GIOVANNI GAETA

*Chirurgo capo-reparto
Docente di Patologia chirurgica nella R. Università di Roma*

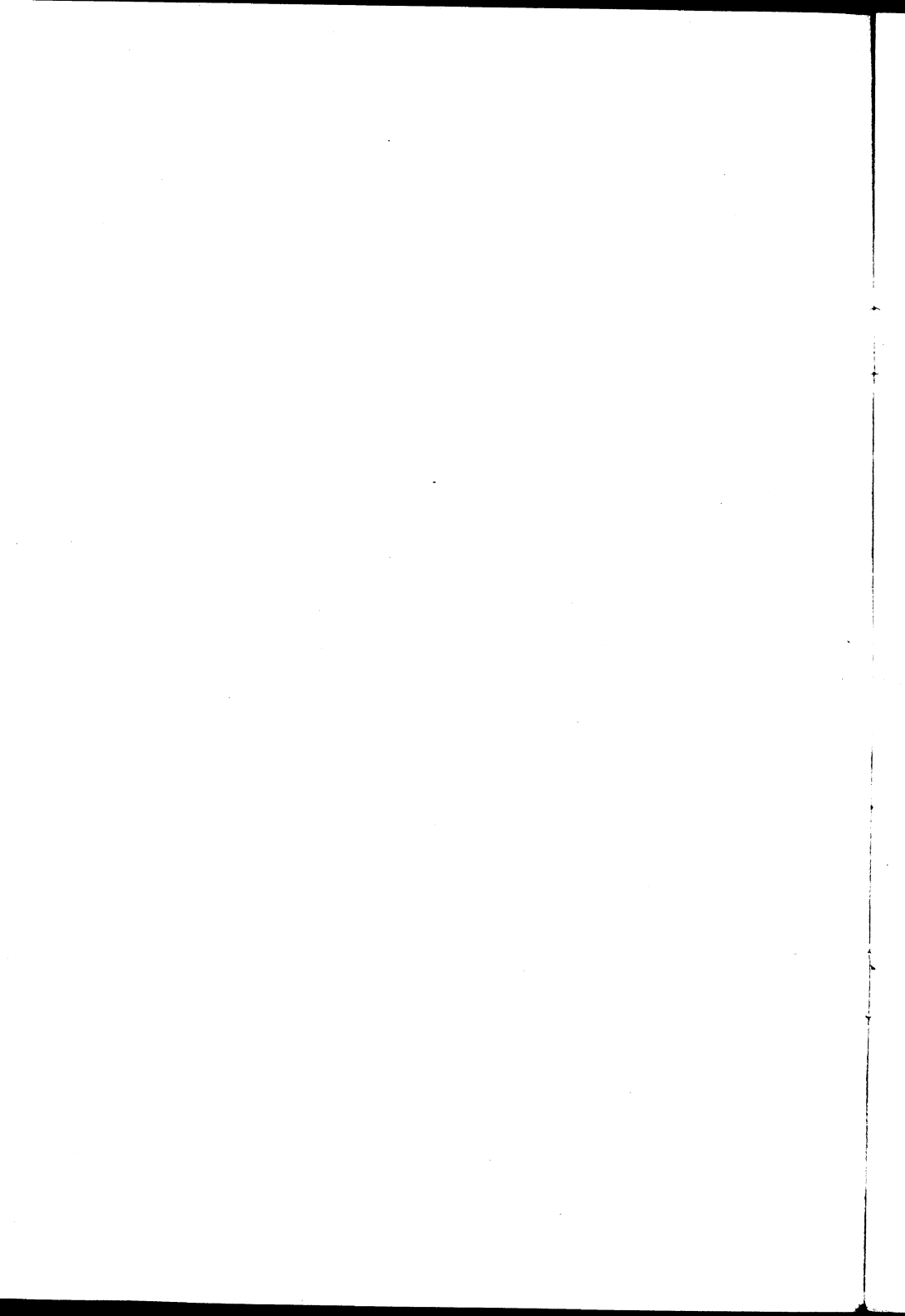
LA TORACOPLASTICA ANTERO-LATERALE

(CONTRIBUTO PERSONALE)

(Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi" - Anno VII, n. 4 - Aprile 1936-XIV)



STAB. TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA - Via dell'Anima, 46



E' noto che la toracoplastica ha preceduto il pneumotorace. Un identico principio presuppongono i due metodi di terapia della tubercolosi polmonare: favorire la guarigione delle lesioni polmonari, liberandole dai traumi, specialmente inspiratori, della parete costale. Della collassoterapia meccanica, di cui è esponente principale il pneumotorace, oltre la toracoplastica fanno parte altri metodi chirurgici, la frenicoexeresi e la pleuro-pneumolisi, metodi di cura indiretti, le cui sorti sono subordinate e limitate all'avvento di una sospirata cura causale della malattia, la quale, nel momento, è un pio ed ansioso desiderio della medicina.

Non è senza interesse ricordare che BAGLIVI, nel 1600, aggrediva direttamente i focolai tubercolari, resecando un paio di costole e vi portava dei medicamenti, e che RUGGI, nel 1883, ripeteva lo stesso tentativo con insuccesso, mentre TUFFIER, nel 1891, conseguiva una guarigione definitiva in un suo malato. Tentativi ardimentosi passati alla dignità della storia e che oggi, sebbene completamente abbandonati, dimostrano il glorioso ardimento di coloro che furono i pionieri della terapia della tubercolosi polmonare.

Le indicazioni della toracoplastica sono ormai state fissate; non le ripeterò che a grandi linee, essendo note e avendone trattato in una mia comunicazione nel Congresso della Società Italiana di Chirurgia del 1932. Con BÉRARD e DUMAREST divideremo le toracoplastiche: da indicazione pleurica e da indicazione polmonare.

Delle prime non ci occuperemo, perchè non rientrano nel nostro argomento. La toracoplastica viene praticata nei malati affetti da lesioni polmonari non evolutive — nel qual caso trova il suo largo ed efficace impiego il pnt. — tendenti alla fibrosi, a freddo, in buone condizioni generali, e solo sui casi di lesioni monolaterali. Localizzazioni extra-polmonari rappresentano una netta contro-indicazione tranne in alcune laringiti che si avvantaggiano della toracoplastica. Naturalmente i cardiopatici, i dispnoici vanno senz'altro esclusi, e così i febbricitanti e quei pazienti che dimagriscono o che espettorano abbondantemente.

L'unilateralità delle lesioni, studiate radiologicamente, è condizione essenziale al trattamento chirurgico. Esse generalmente si palesano con asimmetria toracica, *rétrécissement de poitrine* (LAËNNEC), con riduzione notevole dell'emitorace malato, con abolizione o quasi degli spazi intercostali, con deformazioni della prima costola e della colonna vertebrale, con l'attrazione del mediastino dal lato malato, con la immobilità del diaframma. Una speciale considerazione va rivolta alle caverne. Tra queste, quelle voluminose, da considerare come ascessi freddi, circondate da parenchima polmonare, sono passibili di una chirurgia (toracoplastica) e con buoni risultati. Esse hanno sede

nelle regioni alte o nelle medie; sono piuttosto rare alla base. Al di là di certi limiti la toracoplastica non può dare più di quello che non è compatibile con la logica. Molte presentano un livello liquido, che si accompagna ad espettorazione copiosa; molte altre, viste di fronte alla radiografia, sembrano non contornate da tessuto polmonare, mentre di profilo lasciano apprezzare che attorno ad esse esiste del parenchima polmonare: sono le caverne a sede posteriore, che si avvantaggiano della toracoplastica. Questa veniva un tempo eseguita per la cura degli empiemi cronici fistolizzati. I primi tentativi per la cura della tbc. polmonare risalgono al 1885, epoca in cui CÉRENVILLE praticò una resezione costale per favorire il collasso di una caverna polmonare, tentativi che furono successivamente continuati da BIER, ESTLÄNDER, QUINCKE, SPENGLER, basati sull'empirismo, i quali solo nel 1892 ebbero una base razionale, quando FORLANINI propose il pneumotorace e BRAUER, nel 1903, la toracoplastica, attuata nel 1908 da FRIEDRICH. Quest'ultimo metodo si ispira all'operazione di SCHEDE per la cura empiematica. Per la sua gravità è stato completamente abbandonato. Quello di WILMS si ispira alla tecnica di QUÉRTM e consiste nella resezione di piccoli tratti costali delle prime otto costole, anteriormente e posteriormente con risultati collassoterapici insignificanti.

Il metodo di SAUERBRUCH, oggi il più usato in tutto il mondo, consiste nel resecare largamente i segmenti posteriori di tutte le costole, tranne la 12^a, per una lunghezza totale di m. 1,40 di tratti costali. Viene praticata in anestesia generale o regionale, generalmente in 2 tempi.

La toracoplastica è stata associata ad altri metodi di cura: così al pneumotorace, alla pleuropneumolisi, alla frenicocoxeresi.

La *toracoplastica antero-laterale di Monaldi* è un metodo di terapia che ha al suo attivo pochi anni di vita e che si afferma mano mano che il tempo ne conferma i buoni risultati.

Meno traumatizzante delle altre, nulla essa toglie all'estetica e ciò non è piccolo merito se si pensa alla ripugnanza che il pubblico profano e i medici, in generale, dimostrano per la collassoterapia chirurgica. MONALDI, partendo dal presupposto che il polmone non è un tutto omogeneo nelle sue diverse sezioni, ma che esistono territori nei quali il trauma respiratorio maggiormente si intensifica, perchè dotati di ampi movimenti respiratori e perciò detti *dominanti*, ha ideato un metodo che ovvia agli inconvenienti citati, i quali ostacolerebbero la guarigione delle lesioni. Di linee dominanti ne ha individuate quattro, due a livello delle aperture toraciche e due a livello dell'ambito costale. Eliminate le dominanti, si effettuerebbe, secondo l'Autore, una retrazione polmonare se non completa, per lo meno detensiva. Resezione in alto delle prime coste per un tratto notevole sino alla IV, da estendere, in casi speciali, sino alla VII, praticando prima la frenicocoxeresi, la frenicofrassi o l'alcoolizzazione del frenico per conseguire una buona detensione della base polmonare. Tenuto conto del concetto informatore della toracoplastica antero-laterale, nel senso che il suo carattere principale è quello di essere detensiva, ne consegue che l'intervento non è applicabile in processi cavitari estesi, con produzione di abbondante connettivo.

La tecnica è stata dettata da M. ASCOLI e consiste in una incisione che partendo a 2 cm. al disotto della clavicola — terzo medio — scende all'interno e in basso, obliquamente, lungo la parasternale sino alla inserzione sternale della III costola. Scolpito un lembo che comprende cute, sottocutaneo e alcune fibre del grande pettorale, si procede alla resezione sottoperiosteica della II e III costola per un tratto non inferiore a 15 cm. e poscia alla resezione, quasi totale, sottoclavicolare, della I. E' questo il mo-

mento più delicato dell'intervento per il pericolo di ledere i vasi succlavi e il plesso brachiale. Per la toracoplastica antero-laterale inferiore la linea di incisione si parte dalla IV costola, lungo la emiclaveare, e si estende obliquamente all'esterno e in basso sino alla VII, sull'ascellare posteriore. Fibre del grande pettorale e del gran dentato vengono, fatalmente, interessate per giungere al piano osseo. Per via sottoperiosteale vengono reseccate, lateralmente, la IV, V, VI e VII costola. Ad impedire la rigenerazione delle costole, il periosteo viene distrutto con una soluzione di formalina. L'intervento viene, in genere, eseguito in anestesia locale, raramente in anestesia generale.

Chi scrive è stato tra i primissimi ad eseguire la toracoplastica del MONALDI nella Sezione chirurgica dell'ex Istituto « Benito Mussolini » di Porta Furba, diretta dal prof. R. ALESSANDRI.

Anche oggi continua a praticarla nel suo *Reparto chirurgico* dell'Istituto Sanitoriale di Porta Furba. Dalla sua esperienza abbastanza lunga e da quella molto più larga del suo maestro, prof. R. ALESSANDRI, e di M. ASCOLI, chi scrive queste brevi note si sente autorizzato a potere emettere un modesto giudizio su questo metodo di cura recente ma promettente, giudizio che collima con quello autorevole espresso dai due illustri maestri che hanno portato a battesimo la toracoplastica antero-laterale, professori MORELLI e ALESSANDRI, e con quello clinico-statistico, sereno e obiettivo, dello stesso autore. Scrive il MONALDI che all'atto operativo segue un «modico grado di tossiemia di poco superiore a quello che si osserva nelle prime introduzioni di pneumotorace; gli ammalati dopo 7 giorni sono in grado di lasciare il letto. Tali effetti sono evidenti nel 75-80 per cento di casi trattati. L'espettorato da 150 cc. in media si riduce, dopo una ventina di giorni, a 10 grammi e diviene negativo dopo 3 mesi dall'intervento. Stati emotoici si arrestano, tranne in alcuni casi di caverne rigide; retrazioni avvengono lungo le dominanti; radiologicamente le caverne si osservano modificate a breve distanza nella forma e nel volume e poscia scompaiono».

Sono rilievi esatti, sereni e obiettivi e soprattutto controllabili: ai quali, dal lato semeiologico, si accompagnano retrazione polmonare, ipofonesi, scomparsa di fatti umidi anche nelle zone cavitarie residue. Dalla mia statistica operatoria di toracoplastiche rilevo un caso dimostrativo:

Andreini Maria di anni 29. Primi segni clinici della malattia nel giugno 1932 con emottoe. Nel gennaio 1933 nel Sanatorio di Longrano viene istituito pnt. a destra complicato da versamento pleurico. Nell'ottobre 1933, dopo abbandono di pnt., viene sottoposto a frenicoexeresi. Il 10 ottobre entra nell'Istituto « Benito Mussolini », dove si pone la diagnosi di tubercolosi polmonare fibro-ulcerosa del lobo superiore destro.

Il 22 luglio 1934 si pratica il primo tempo di toracoplastica antero-laterale (prof. GIOVANNI GAETA) con resezione di circa 10 cm. della IV costola, di 9 cm. della V e di 7 della VI costola. Il 27 dello stesso mese completa l'intervento con resezione antero-laterale delle prime tre costole.

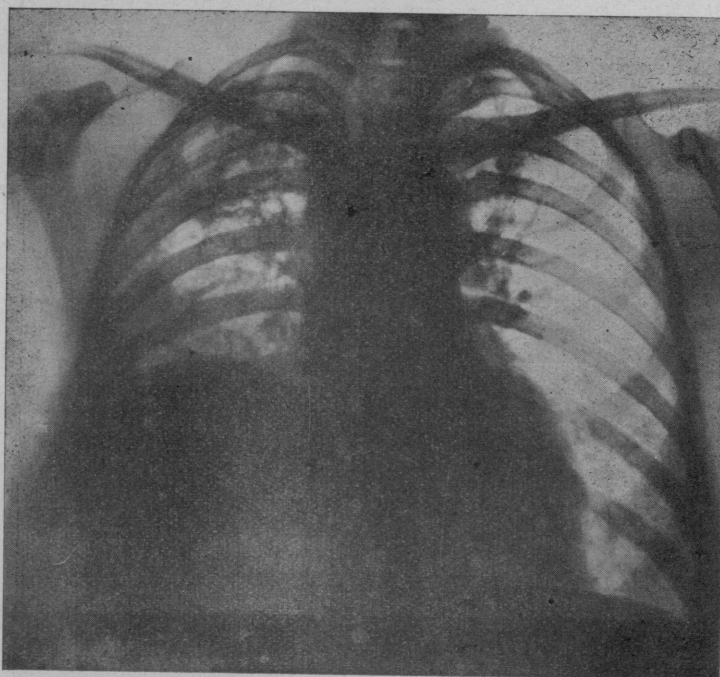
Decorso post-operatorio ottimo. La temperatura è tornata definitivamente normale alla fine della prima settimana dopo il secondo tempo dell'intervento.

I rilievi clinici e gli esami radiografici hanno dimostrato la graduale regressione delle lesioni, che è completa dopo nove mesi.

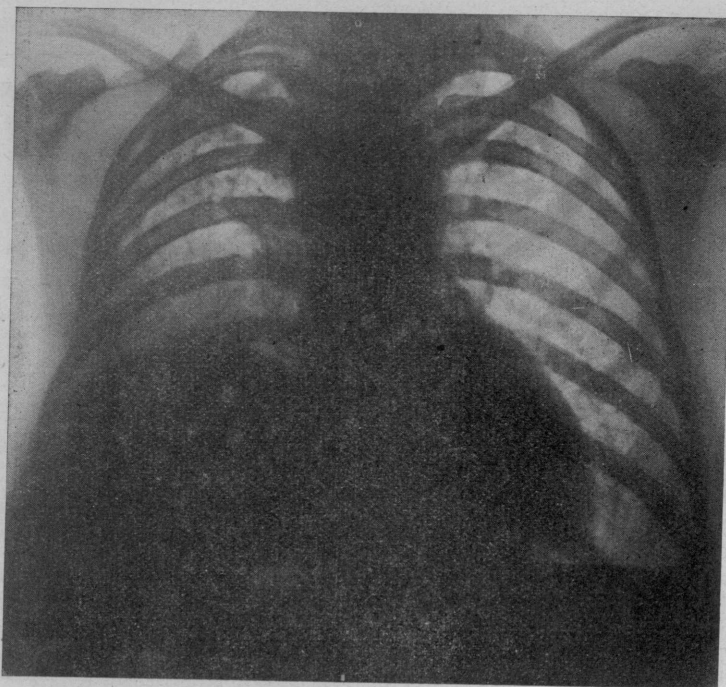
A raggiungere lo scopo di una completa guarigione non è sempre indispensabile che si praticino i due tempi dell'intervento: infatti se nella sede delle lesioni (lobi inferiori) maggiormente prevalgono le dominanti trasversa e inferiore, è sufficiente praticare la frenicoexeresi e la resezione delle ultime costole (IV-VII), mentre se prevalgono le altre due, sarà bastevole la toracoplastica parziale superiore, come dimostra il caso seguente:

Siffridi Anna di anni 30. Primi segni clinici della malattia nel dicembre 1931 con turbe generali e dell'apparato respiratorio. Nel maggio 1932 passò nell'Ospedale degli Incurabili di Napoli, dove le

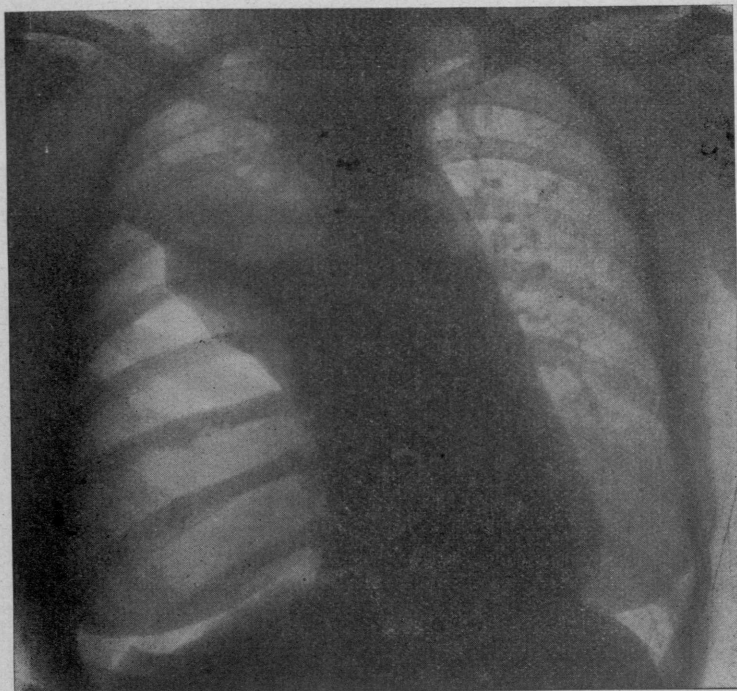




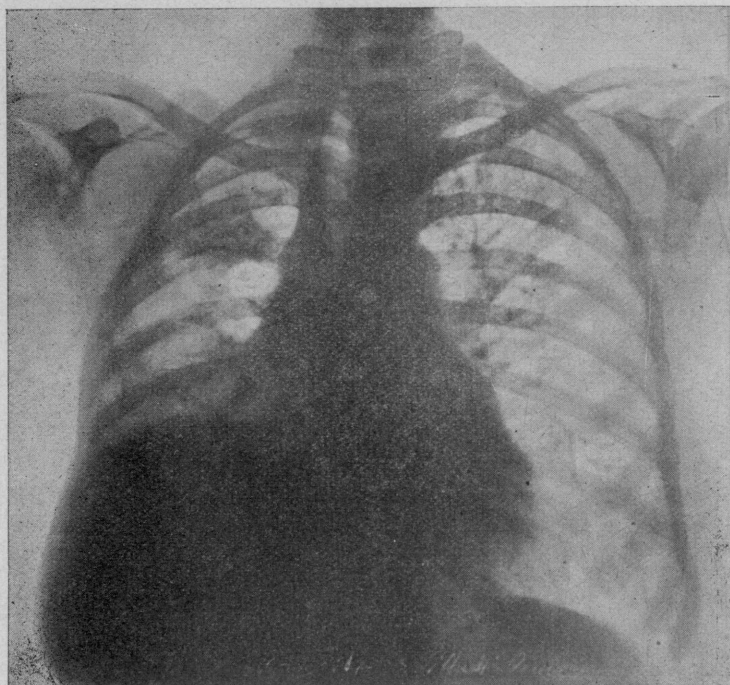
ANDREINI MARIA: *Prima dell'intervento.*



ANDREINI MARIA: *Dopo 9 mesi dall'intervento.*



SIFFRIDI ANNA: *In corso di Pnt.*



SIFFRIDI ANNA: *Dopo 7 mesi dall'intervento.*

fu istituito pnt. a destra. Il 15 dicembre 1932 fu ricoverata nell'Istituto « Benito Mussolini », dove fu posta diagnosi di lobite fibro-ulcerosa del polmone destro in cura di pnt. clinicamente insufficiente. Continuò il trattamento pneumotoracico fino al luglio 1933 senza mai raggiungere l'efficienza clinica.

Il 19 luglio 1933 eseguì frenicoexeresi e scalenotomia: cinque giorni dopo toracoplastica antero-laterale (prof. GIOVANNI GAETA) con resezione delle costole dalla I alla IV.

Il pnt. fu abbandonato. Già tre mesi dopo il processo lobitico era in avanzata risoluzione. Nel dicembre si era raggiunta la guarigione clinica.

Da quanto ho riferito traggo qualche conclusione. Intanto la toracoplastica antero-laterale, se viene rigorosamente eseguita, NEI CASI INDICATI, ha davanti a sé un ampio orizzonte di applicazioni che comprende quei pazienti *nei quali non è attuabile il pneumotorace*, sempre che le lesioni siano monolaterali. Non solo, ma è applicabile nelle forme recenti, in via di evoluzione, ciò che nelle altre toracoplastiche rappresenta una categorica contro-indicazione, senza non risvegliare processi silenti o causare gravi turbe del respiro e del circolo. Queste caratteristiche rendono il metodo di cura del MONALDI prezioso. Chi lo attua e chi ne segue con amichevole interesse i brillanti risultati che se ne possono trarre, esprime la sua viva soddisfazione e il suo caldo plauso al giovane e valoroso collega.

BIBLIOGRAFIA

- ALESSANDRI R.: *Indicazioni e risultati della toracoplastica e piombaggio nella cura della tubercolosi polmonare*. « Lotta contro la tbc. », 1931.
 — *La cura chirurgica della tbc. polmonare*. Soc. Tosco-Umbra di Chirurgia, 1935.
 — « Comun. VII Congr. della tbc. », Oslo, agosto 1930.
 — « Manuale di Chirurgia ».
 MONALDI: « Fisiologia e Medicina », 1930.
 — *Su alcuni casi di toracoplastica nel trattamento della tbc. polmonare*. Note cliniche e funzionali. Roma, 1931.
 — *Fisiopatologia dell'apparato respiratorio nella tbc. polmonare*. « Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tbc. », Roma, 1934.
 — *La toracoplastica a. l. parziale nel trattamento della tbc. polmonare*. « Minerva Medica », 1935.
 — « Forze Sanitarie », 1934.
 MORELLI: « Atti Convegno scientifico », 1933.
 A. MAURER, F. TOBÉ et P. E. DANI: *La technique de l'asthme élastique de détente et d'attente*. « Revue de la tuberculose », 1935.
 ASCOLI M.: « Forze Sanitarie », 1935.
 BERARD: « Revue de la Tbc. », 1927.
 — « Journal de Médecine », 1930.
 — « Presse Médicale », 1932.
 BERARD e DUMAREST: « Revue de la Tbc. », 1927.
 BRAUER e SPINGLER: « Handbuch der Tuberkulose », 1923.
 BULL: « Congr. intern. contro la tbc. », Oslo, 1930.
 FRIEDRICH: « Med. W. », 1912.
 LEOTTA: « Com. Congr. intern. contro la tbc. », Oslo, 1930.
 — « Medicina Operatoria ».
 LERICHE: « Rassegna internaz. di clinica e terapia », 1930.
 REDAELLI: « Lotta contro la tbc. », 1930.
 ROLLAND: « Revue de la Tbc. », 1929.
 SAUERBRUCH: *Chirurgie der Brustorgane*. Springer, Berlino, 1920.
 — « Zentralb. f. d. Ges. Tbk. forschr. », 1920.
 WILMS: « M. Med. W. », 1913.
 G. GAETA: *La toracoplastica*. « Archivio ed atti della Soc. It. di Chirurgia », 1933.
 — *La pneumolisi extra-pleurica*. « Croce Rossa », 1934.
 — *La cura chirurgica della tbc. polmonare*. « Gazzetta Medica di Roma », 1933.

312037

55614

