



SANATORI M. O. « ANTONIO LOCATELLI » IN GROPPINO
DIRETTORE: DOTT. ENNIO SALE

Dott. ENNIO SALE

**ANCORA SULLA FRENICOEXERESI
NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE**

Estratto da ANNALI DELL'ISTITUTO « CARLO FORLANINI »
Anno III, N. 9-10, Pag. 689-699



ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17

1939-XVIII



ANCORA SULLA FRENICOEXERESI
 NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE

DOTT. ENNIO SALE

Molto si è già scritto su questo argomento ma ancora si è ben lontani da un accordo sugli effetti della frx. e sul posto che a tale intervento spetti tra i mezzi terapeutici della tubercolosi polmonare, eppure a me sembra che una serena valutazione dei fatti, così numerosi ormai da ritenere superate tutte le premesse teoriche, dovrebbe senza difficoltà permettere un accordo su alcuni punti che dovrebbero servire di base per le indagini successive.

A me sembra che l'accordo dovrebbe ormai esistere sui seguenti fatti che le non frequenti eccezioni non valgono ad infirmare:

- la frx. non reca danni imputabili all'intervento operatorio in sé;
- la perdita della tonicità e della mobilità dell'emidiaframma e la interruzione delle vie neurovegetative non recano danni né all'apparato respiratorio né a quello circolatorio né a quello digerente cosicchè non si può parlare di una dannosa mutilazione funzionale permanente;
- gli effetti benefici immediati si manifestano in un notevole numero di operati;
- tali effetti si mantengono negli anni successivi all'intervento in un numero sempre più ridotto di casi quanto più ci si allontana nel tempo.

Chiarito in questo modo il problema esso presenterebbe tre lati utili da considerare:

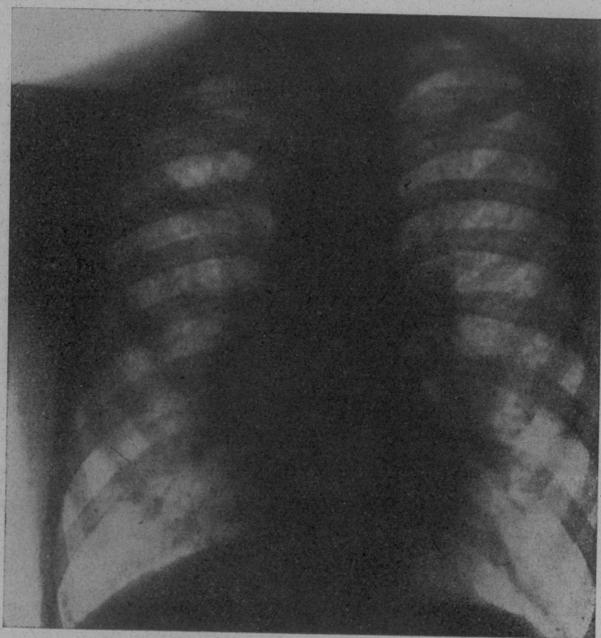
- 1° se è possibile ottenere una più elevata percentuale di risultati favorevoli vicini;
- 2° se è possibile ottenere che tali risultati favorevoli abbiano a mantenersi più a lungo;
- 3° se esiste allo stato attuale delle cose un mezzo terapeutico che offra risultati migliori.

I. — *E' possibile ottenere una più alta percentuale di risultati vicini favorevoli?*

Riassumo nella seguente tavola i risultati vicini dei 126 ammalati da me operati sino al 30 giugno 1938:

FORME MONOLATERALI					FORME BILATERALI				
Indicazione	Esito				Indicazione	Esito			
	ottimo	buono	discreto	cattivo		ottimo	buono	discreto	cattivo
Ottima 6 . . .	6	—	—	—	Ottima 0 . . .	—	—	—	—
Buona 18 . . .	2	7	6	3	Buona 13 . . .	1	7	4	1
Discreta 41 . . .	1	9	16	15	Discreta 16 . . .	1	2	4	9
Cattiva 19 . . .	—	2	7	10	Cattiva 13 . . .	—	1	2	10

Nell'indicazione «ottima» ho comprese le forme cavitari parailari, specie a destra (sul radiogramma frontale perchè in realtà esse corrispondono il più delle volte ad una zona posteriore corrispondente all'apice del lobo inferiore), con parenchima circostante assai poco compromesso; nella indicazione «buona» ho compreso le forme cavitari del subapice sempre con parenchima poco compromesso; nelle «discrete» quelle dell'apice e della base e quelle dette più sopra ma con parenchima circostante più compromesso specie se esse si allontanano dalla dominante verticale; nella indicazione «cattiva» tutte le forme ulcerative anche se piccole con parenchima circostante assai compromesso e tutte le forme evolutive.



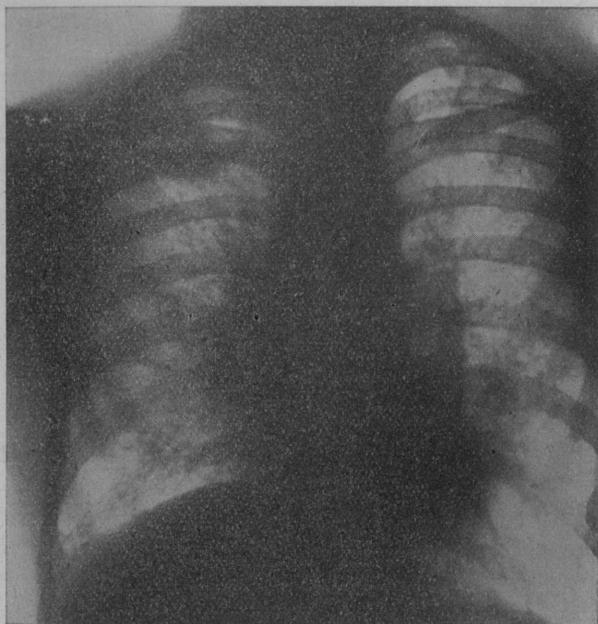
I caso, fig. 1. — Prima della frx.

Nei risultati ho considerato ottimi quelli corrispondenti alla guarigione clinica, buoni quelli corrispondenti alla ripresa della capacità lavorativa (naturalmente con espettorato negativo), e discreti quelli presentanti solo un certo miglioramento.

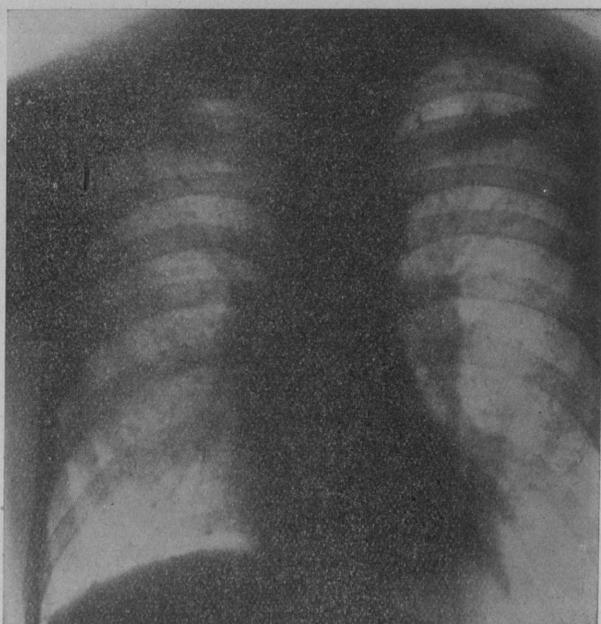
Nelle forme bilaterali ho considerata nella indicazione quella del lato operato e nell'esito quello complessivo dei due lati.

È evidente da tale tavola che un forte miglioramento nella percentuale dei casi favorevoli sarebbe facile ottenerlo limitando gli interventi alle indicazioni migliori, e così si spiegano le forti differenze fra autore ed autore, ma il beneficio sarebbe solo apparente, in realtà si avrebbe invece un danno perchè escludendo dall'intervento le altre indicazioni si escluderebbe anche quel sia pure piccolo apporto di casi favorevoli che in esse si verifica senza d'altra parte avere — come vedremo più avanti — niente di meglio da proporre per esse.

È lasciando imm modificata la qualità dei malati che noi dobbiamo chiederci se non abbiamo qualche mezzo per migliorare i risultati. E su questo

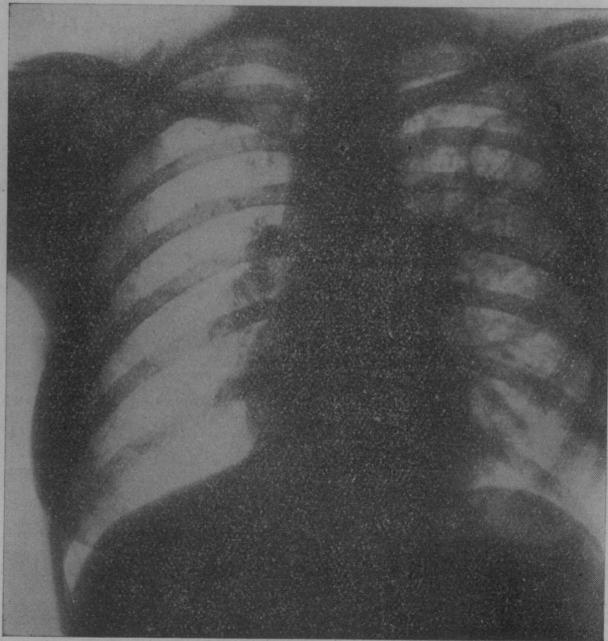


I caso, fig. 2. — Due mesi dopo.



I caso, fig. 3. — Cinque anni dopo.

ordine di idee noi dobbiamo convincerci che la frx. va sistematicamente associata alla cura sanatoriale ed alla terapia declive. Ed ancora va ripreso lo studio, sino ad ora fatto su un numero troppo ristretto di casi, della sistematica associazione del pneumoperitoneo alla frx. unendovi anche la cura declive per ottenere dal fattore peso dei visceri addominali il massimo effetto sul diaframma paralizzato.

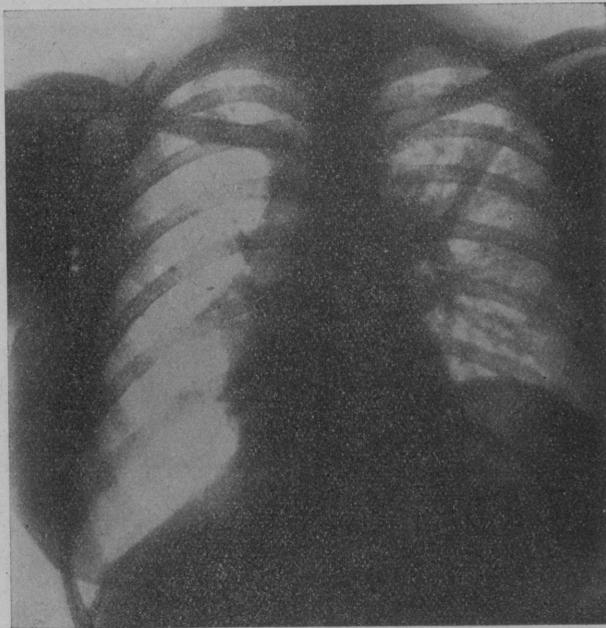


II caso, fig. 1. — Prima della frx.

II. — *E' possibile ottenere una più alta percentuale di risultati lontani favorevoli?*

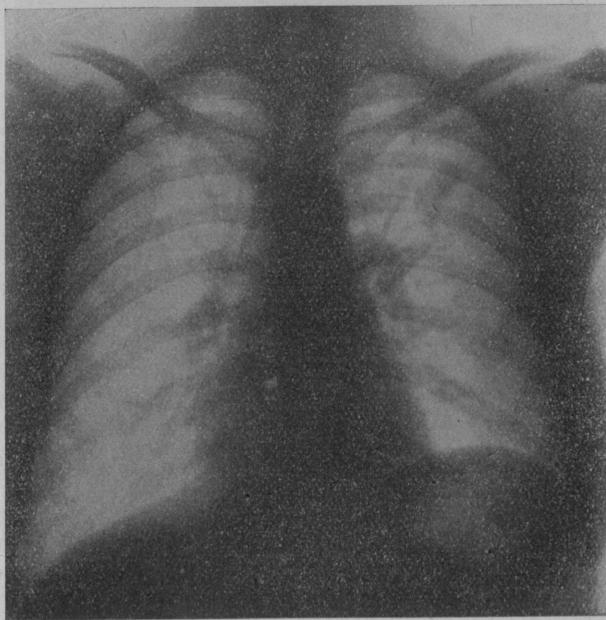
Nei 113 ammalati da me operati dal 1933 al 31 dicembre 1936 ho ottenuti i risultati seguenti :

INDICAZIONE	ESITO								
	vicino				lontano				
	ottimo	buono	discreto	cattivo	ottimo	buono	discreto	cattivo	ignoto
FORME MONOLATERALI									
Ottima 5	5	—	—	—	3	—	—	1	1
Buona 16	1	7	5	3	4	2	—	9	1
Discreta 35	1	7	14	13	2	—	4	27	2
Cattiva 19	—	2	7	10	2	—	1	14	2
FORME BILATERALI									
Ottima 0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Buona 11	—	7	3	1	2	1	2	4	2
Discreta 14	1	2	4	7	3	—	2	8	1
Cattiva 13	—	1	2	10	1	—	—	9	3



II caso, fig. 2. — Tre mesi dopo.

“ “

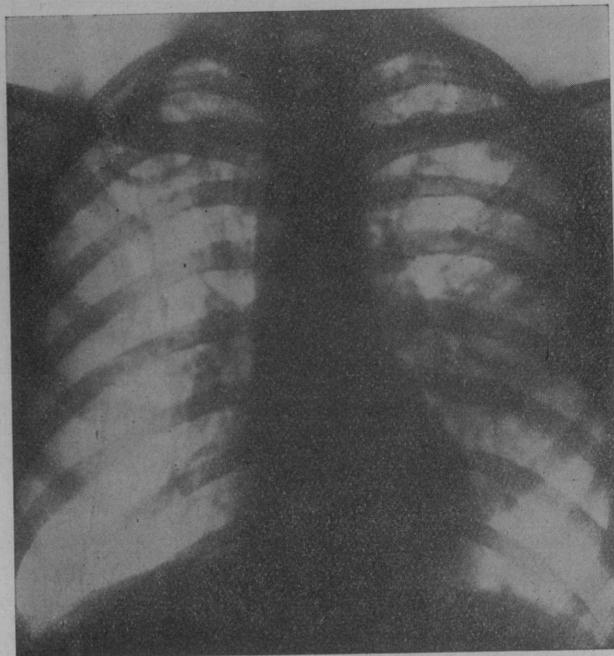


II caso, fig. 3. — Cinque anni dopo.

Complessivamente i risultati lontani sono dunque i seguenti :

ottimi	17 = 15.0 %
buoni	3 = 2.6 %
discreti	9 = 7.9 %
cattivi	72 = 63.7 %

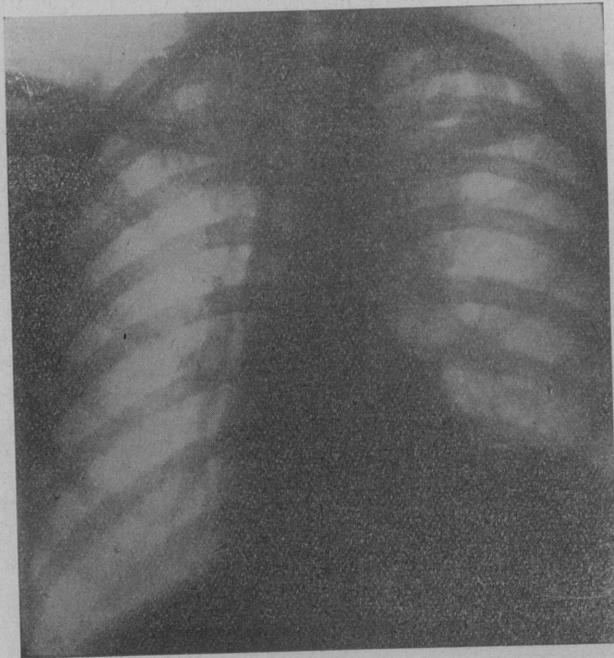
e risultati consimili sono stati ottenuti in generale dagli altri autori ; tali risultati già pure così modesti diminuiscono ancora progressivamente negli anni successivi. È sopra la lettura di queste statistiche che alcuni vogliono basare la conclusione che la frx. va abbandonata o quasi. Prima però di giun-



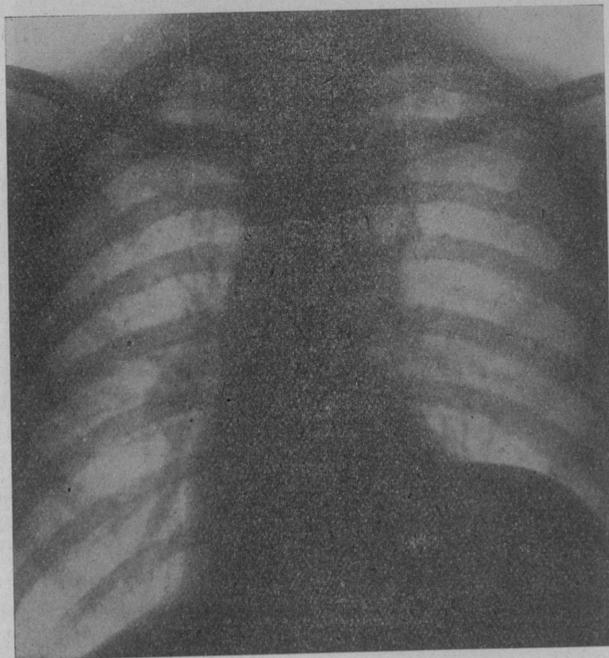
III caso, fig. 1. — Prima della frx.

gere a tale conclusione è necessario fare una distinzione fra recidive e ricadute intendendo per recidive la ricomparsa di manifestazioni tubercolari nella stessa sede e con la stessa natura delle precedenti che avevano in un primo tempo beneficiato della frx., e per ricadute la comparsa di nuove manifestazioni tubercolari nel polmone dello stesso lato o nel polmone controlaterale.

La tubercolosi polmonare è purtroppo, per vecchia esperienza, una malattia che procede ad ondate: incolpare la frx. di non sapere impedire le ondate successive è davvero chiederle troppo ; si poteva sperare che ciò avvenisse (anche se lo sperarlo era poco logico se si pensa che nuove manifestazioni compaiono — sia pure non frequentemente — persino nel moncone polmonare in corso di trattamento pneumotoracico), l'esperienza ha dimostrato che ciò non avviene, doliamocene ma non mettiamo le ricadute fra gli scacchi della frx., sarebbe un voler confondere i risultati lontani della frx.



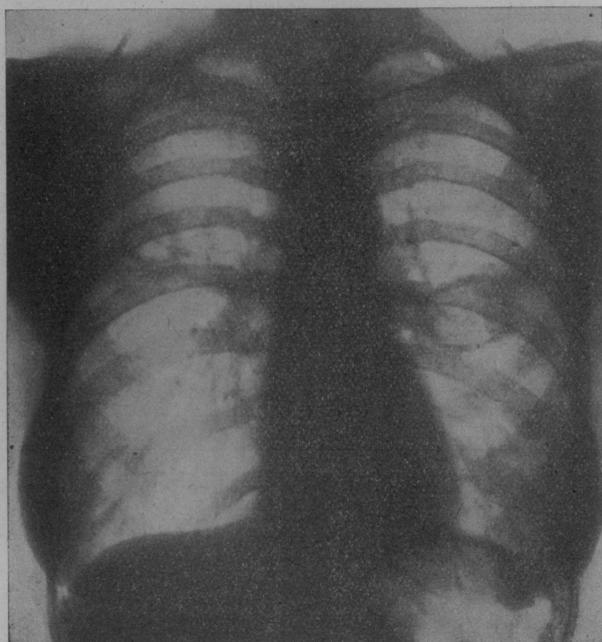
III caso, fig. 2. — Tre mesi dopo.



III caso, fig. 3. — Cinque anni dopo.

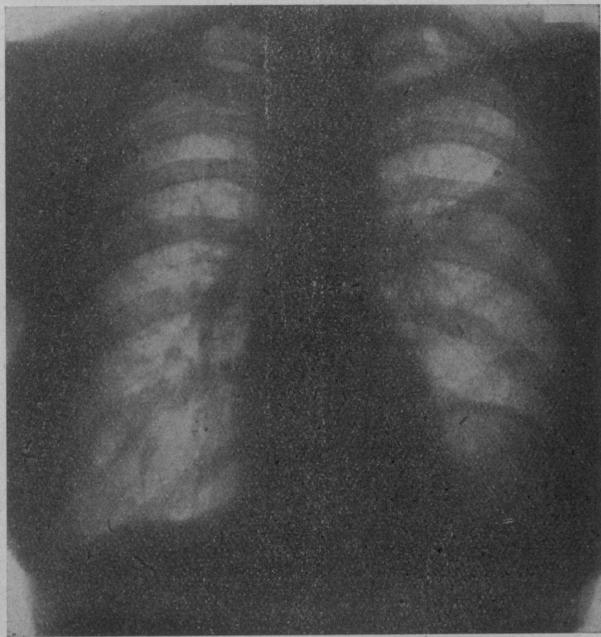
coi risultati lontani della tubercolosi polmonare, è anzi sperabile che il numero di tali ricadute possa essere ridotto da quei mezzi già indicati più sopra per migliorare i risultati vicini e soprattutto dalla sistematica associazione della cura sanatoriale.

Le recidive invece rappresentano veramente uno scacco della frx., almeno come essa è in generale praticata, ed è perciò proprio su di esse che bisogna dirigere l'attenzione nostra per vedere se ci è possibile di evitarle. La ripresa funzionale del diaframma avviene, dopo due o tre anni dall'intervento, in un notevole numero di casi, dalla esperienza mia e dalla osserva-



IV caso, fig. 1. — Prima della frx.

zione dei radiogrammi di recidive presentati da altri mi sono convinto che in un notevole numero di questi casi il diaframma ha ripresa — sia pure in modo ridotto e sia pure restando in sede elevata — la propria funzionalità, si sono cioè venute a ricreare quelle condizioni per le quali — o almeno durante le quali — la primitiva lesione si era formata. Se la reazione dell'organismo non è riuscita nel frattempo a portare a riparazione i fatti distruttivi essi ricompaiono nella stessa sede e con gli stessi caratteri precedenti. Dalla quale considerazione si giunge direttamente alla conclusione che è necessario non già preoccuparci della « permanenza » di una mutilazione che non esiste ma al contrario che è necessario proprio fare in modo che la paralisi abbia ad essere permanente. Si è soliti dire che la quantità di nervo strappata non ha importanza agli effetti della paralisi del diaframma purchè la sezione del nervo avvenga al disotto delle anastomosi del succlavio e del simpatico e purchè sia interrotto anche l'eventuale accessorio, ma tale affermazione è basata sui risultati immediati, WIRTH e KOHN seguendo a distanza da uno



IV caso, fig. 2. — Due mesi dopo.



IV caso, fig. 3. — Tre anni dopo.

a cinque anni 170 operati hanno osservato che la ripresa funzionale del diaframma è avvenuta:

— 8 volte su 30 = 26.6 % quando di nervo erano stati strappati da I a 5 cm.;

— 3 volte su 32 = 9.3 % quando di nervo erano stati strappati da 5 ½ a 10 cm.;

— 3 volte su 45 = 6.6 % quando di nervo erano stati strappati da 10 ½ a 20 cm.;

— zero volte su 63 quando di nervo erano stati strappati più di 20 cm.

Da ciò l'indicazione di levare, naturalmente nei limiti del possibile e senza eccedere nella trazione, quanto più nervo è possibile, cosa questa in un notevole numero di casi facile se il nervo viene ben isolato e se si approfitta del movimento del diaframma per ottenere, tenendo teso il capo distale reciso, ad ogni atto respiratorio un piccolo nuovo progresso nella exeresi.

Non si può anche escludere che tale permanente paralisi possa beneficamente influire anche sulla percentuale delle ricadute o sul loro andamento.

III. — *Esiste oggi un mezzo terapeutico che offra risultati migliori?* Sì: il pneumotorace, la frx. può essere fatta al suo posto (o almeno prima del pnx). in due casi: quando i rifornimenti sarebbero poi pel paziente così disagiati da compromettere i risultati della cura (e ciò va facendosi sempre più raro date le provvidenze antitubercolari del regime), oppure nei casi di indicazione ottima nei quali il pnx. resterebbe arma di riserva per le eventuali ricadute; in tutti gli altri casi l'applicazione della frx. presuppone la impossibilità o la insufficienza del pnx. non giustiziabile questa da resezione delle aderenze. In questi casi la frx. può non essere sempre sufficiente e richiedere quindi nuovi interventi chirurgici collassanti ma va sempre fatta precedere a questi perchè non è mai possibile prevedere ciò che essa può rendere, purchè naturalmente le sia dato tempo di agire.

Il pnx. controlaterale ha ancora una ristretta casistica e comunque ha indicazioni differenti (forme infiltrative limitate o con «piccole» ulcerazioni).

Il pnx. extrapleurico ha anch'esso sino ad ora una assai limitata casistica

L'aspirazione delle caverne, recentemente proposta da MONALDI, troverà, se i nuovi casi confermeranno i primi brillanti risultati, spesse volte utile applicazione. Per ragioni tecniche però tale applicazione avverrà essenzialmente nelle caverne vicine alla parete che, appunto per tale loro sede non rappresentano invece una buona indicazione per la frx.

Come conclusione dunque allo stato attuale delle cose la frx. ha ben diritto di restare fra i nostri mezzi terapeutici della tubercolosi polmonare, ed è suscettibile con associazione di altre cure e con accorgimenti di tecnica di migliorare in futuro i risultati sino ad ora presentati.

~~321093~~

58775





