

ISTITUTO " CARLO FORLANINI ,,
CLINICA FISIOLGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
DIRETTORE : PROF. E. MORELLI

G. BABOLINI e I. ROCCHIO

L'ASSOCIAZIONE DI INTERVENTI COLLASSOTE-
RAPICI NEL TRATTAMENTO DELLE CAVERNE
CON ASPIRAZIONE ENDOCAVITARIA

Estratto da ANNALI DELL'ISTITUTO « CARLO FORLANINI »
Anno IV, N. 9-10 Pag. 675-684

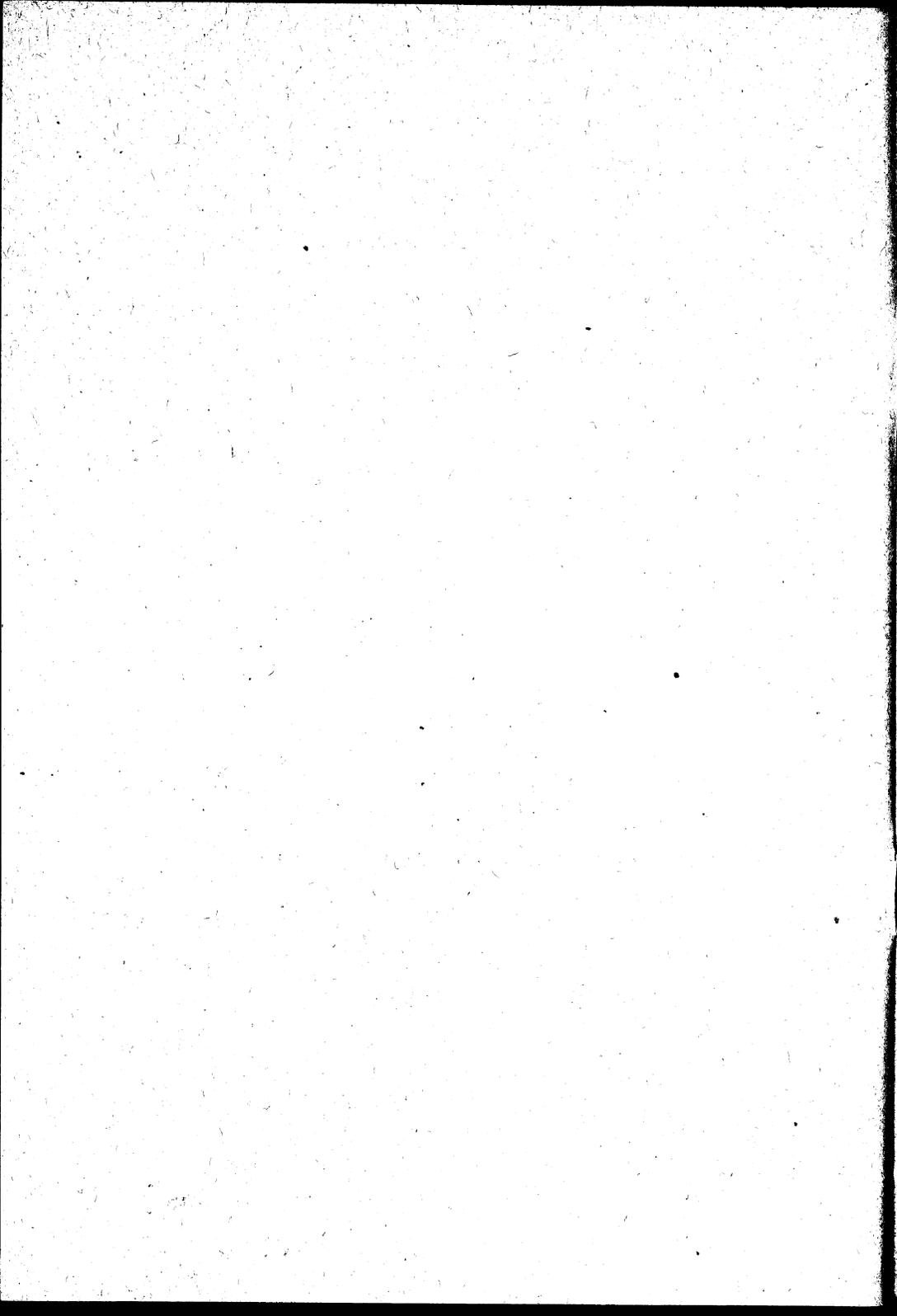


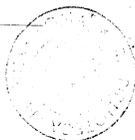
Mic B
58

53

ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 27

—
1940-XIX





L'ASSOCIAZIONE DI INTERVENTI COLLASSOTERAPICI NEL TRATTAMENTO DELLE CAVERNE CON ASPIRAZIONE ENDOCAVITARIA.

Dott. G. BABOLINI e Dott. I. ROCCHIO

Tra i trecentotrenta casi trattati e in trattamento con aspirazione endocavitaria nell'Istituto Forlanini figurano 152 soggetti già sottoposti in precedenza a vari interventi collassoterapici e precisamente: 98 a frx. isolata, 17 a toracoplastica antero-laterale elastica totale, 23 a toracoplastica antero-laterale elastica parziale, 11 a toracoplastica demolitiva, uno ad apicolisi semplice, uno ad apicolisi con piombaggio, uno a pneumotorace extrapleurico con paraffina.

Anche procedendo ad una dettagliata analisi, di questi casi, non ci è sembrato possibile raccogliere elementi sufficienti per un giudizio sul valore dell'associazione di tali interventi, ai fini dei risultati del procedimento aspirativo. In alcuni casi, da lungo tempo trattati con toracoplastiche, il processo di riduzione dello spazio cavitario è stato più difficile e più protratto, in rapporto probabilmente all'istituirsi di più estesi processi di invasione comettivale intorno alla caverna residua, il che viene indirettamente confermato dalle maggiori difficoltà tecniche (enorme senso di resistenza) che si incontrano nella introduzione dell'ago-trequarti, anche se questa avviene a distanza dalla cicatrice operatoria.

Non si è invece in grado di dire se la riduzione del cavo emitoracico (toracoplastiche demolitive, paralisi del diaframma) o la riduzione dei principali movimenti toracici (toracoplastiche antero-laterali) e la deformabilità della parete operata (velario di compenso) abbiano costituito utili condizioni per la sostituzione dello spazio cavitario attraverso distensione concentrica ed eventuale dislocazione di distretti parenchimali lontani, messi in relativo riposo meccanico per effetto dei precedenti interventi. Con un concetto aprioristico si dovrebbe addivenire ad una conclusione affermativa; ma, istituendo un raffronto tra questo gruppo di casi e gli altri non trattati è dato osservare come in entrambi i gruppi si repertano caverne di dimensioni veramente cospicue venute a completa elisione accanto a qualche raro caso in cui l'elisione è stata difficile e anche irraggiungibile. Comunque il problema merita indubbiamente un ulteriore più approfondito esame e giustamente E. MORELLI vi ha richiamato l'attenzione consigliando in casi particolari l'adozione preventiva di una resezione costale elastica sopracavitaria.

D'altra parte non v'è dubbio che l'associazione di alcuni particolari interventi debba apparire utile là dove il procedimento aspirativo risulti insufficiente e più che tutto dove coesistano, accanto alla lesione cavitaria, processi di altro tipo non influenzabili direttamente con detto trattamento.

A questo proposito la casistica dell'Istituto offre già alcuni esempi dei quali faremo una sintetica esposizione.

I. — *Aspirazione endocavitaria associata a pnt. parziale.*

Stralciamo dalla casistica il seguente caso :

S. IDA (7) di anni 25, operaia. — All'ingresso in Istituto era portatrice di un pnt. la cui camera gassosa occupava i due terzi inferiori del polmone sinistro. Nella regione apico-sottoapicale esisteva una grossa caverna che in alto e lateralmente era addossata con il suo contorno alla parete toracica (fig. 1).



Fig. 1.



Fig. 2.

Fig. 1. — S. Ida (7). Prima dell'attuazione del procedimento aspirativo.

Fig. 2. — S. Ida (7). Dopo l'attuazione del procedimento aspirativo.

Lasciando immutato il pnt., fu istituito procedimento di aspirazione endocavitaria. I primi risultati furono buoni; la caverna si ridusse rapidamente (fig. 2); senonchè a distanza di circa un mese il pnt. si complicò con empiema settico che richiese pleurotomia e detensione progressiva (fig. 3).

Il cavo empiematico fu eliminato ma la caverna si riaprì e non fu più possibile ottenerne l'elisione probabilmente perchè il parenchima distensibile fu per intero mobilitato per la sostituzione della cavità pleurica (fig. 4).

Il caso esposto sembra particolarmente istruttivo. In esso la forzata ri-
spansione del polmone avvenuta quando era ancora in atto per la caverna il
procedimento aspirativo ha annullato i benefici di questo: ma, a parte tale
considerazione, la presenza di un cavo pleurico anche parzialmente libero.

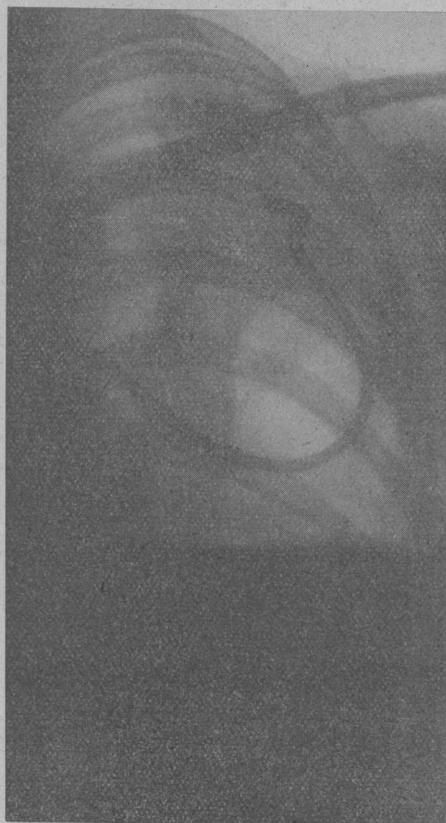


Fig. 3.



Fig. 4.

Fig. 3. — S. Ida (7). La caverna è ridotta ad un piccolo residuo. È in-
sorto piopneumotorace.

Fig. 4. — S. Ida (7). Elisione completa del cavo empiematico. Si è rico-
stituita un'ampia area cavitaria.

persino senza pnt., appare di danno perchè troppo facile è l'insorgenza di
versamenti sierofibrinosi o empiematici (Cfr. nota di MONALDI sugli insuccessi).
È da concluderne che l'associazione del pnt. al procedimento aspirativo,
mentre non appare direttamente utile per il conseguimento degli effetti mec-
canici di questa, è controindicata a causa di possibili complicazioni pleuriche.

II. — Aspirazione endocavitaria e frenicoexeresi.

Richiamiamo dapprima i seguenti tre casi :

R. PIETRO (33) di anni 31, manovale da Treviglio. — Primi segni clinici della ma-
lattia polmonare nell'aprile 1938. Entra in Istituto il 22 settembre 1938 presentando grossa

caverna apico-sottapicale sinistra con disseminazione nodulare a tendenza confluyente bilaterale. Manifestazioni generali tossiemiche notevoli. Modico stato iperglicemico (fig. 5).

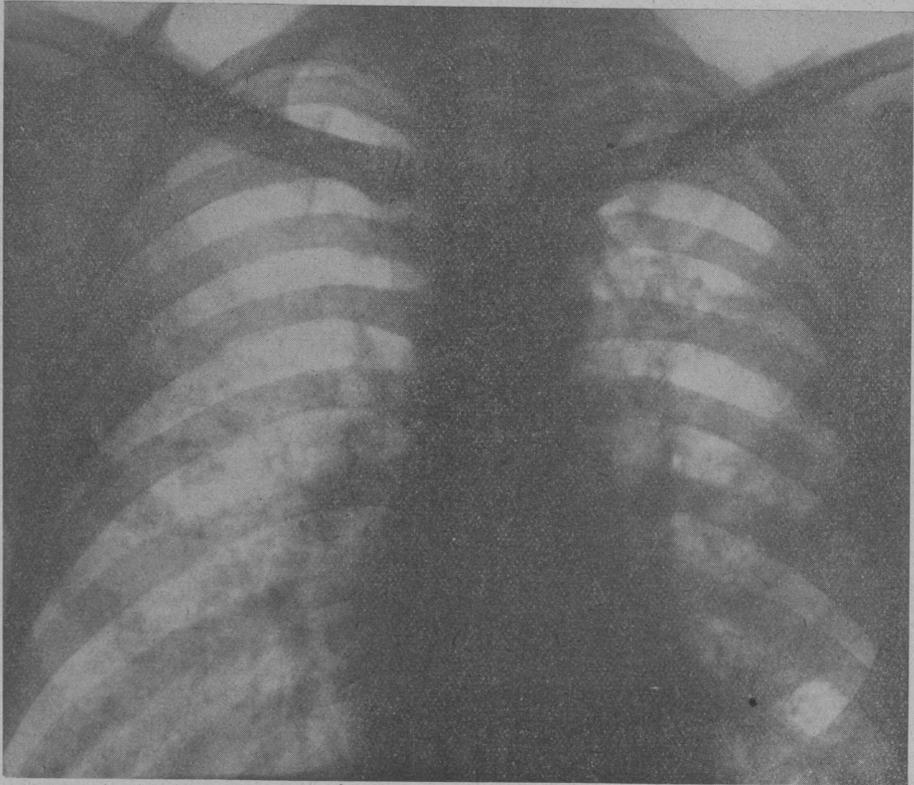


Fig. 5.

R. Pietro (33). Prima dell'attuazione del procedimento aspirativo.

Il 6 dicembre 1938 viene istituito procedimento di aspirazione endocavitaria S. I primi risultati sono ottimi, la temperatura antecedentemente subfebbrile si normalizza, il peso aumenta, il tasso glicemico si regolarizza. Localmente la caverna va incontro a rapida e progressiva riduzione; i processi nodulari su ambedue i polmoni si delimitano e si attenuano. In un periodo susseguente, però, riappaiono manifestazioni tossiemiche discrete; i processi nodulari a destra tendono nuovamente alla confluenta; a sinistra tra terzo medio e terzo superiore si delineano degli aggruppamenti circondati da alone essudativo. Nel luglio viene istituito pnt. D.; la bolla gassosa si dispone a tutt'altezza e il trattamento diviene clinicamente efficiente. Il processo mediotoracico di sinistra evolve lentamente in un'escavazione circondata da alone essudativo nel quale sono ancora riconoscibili noduli a tendenza confluyente; l'escavazione assume una fisionomia leggermente ovale con massimo diametro trasversale (fig. 6); il 10 aprile 1940, sospesa temporaneamente l'aspirazione endocavitaria della caverna superiore, viene eseguita frx. omolaterale.

Il procedimento aspirativo per la caverna superiore viene ripreso dopo qualche giorno. Attualmente il procedimento aspirativo è a termine; della caverna inferiore rimane un piccolissimo residuo e si va delineando un sensibile rischiaramento di tutto il territorio circostante (fig. 7).

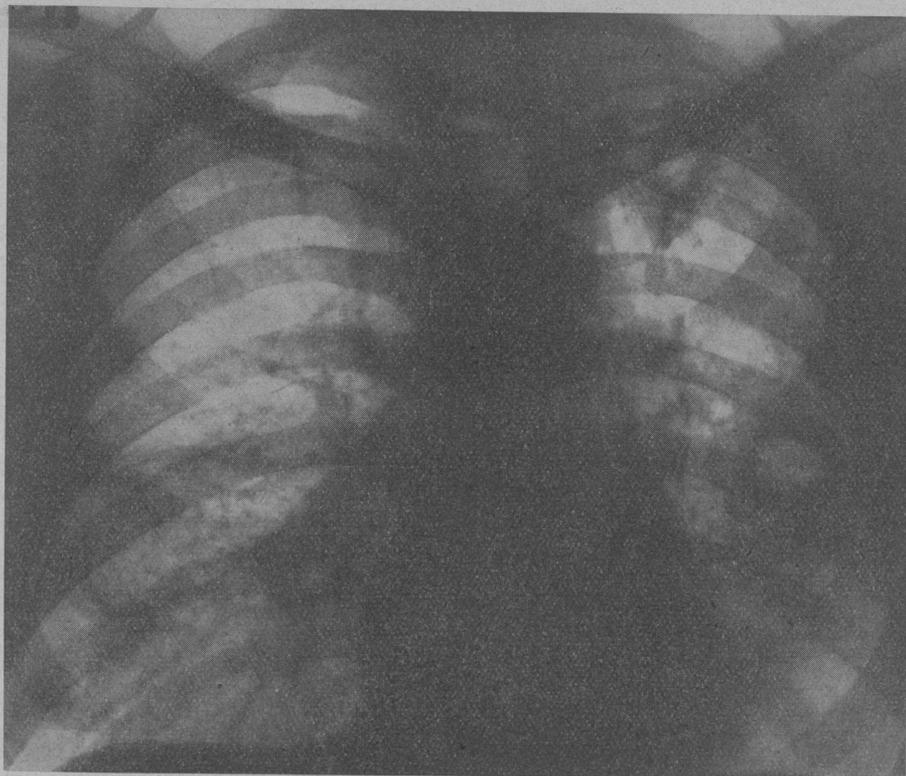


Fig. 6. - R. Pietro (33). Prima dell'attuazione della frx. S.

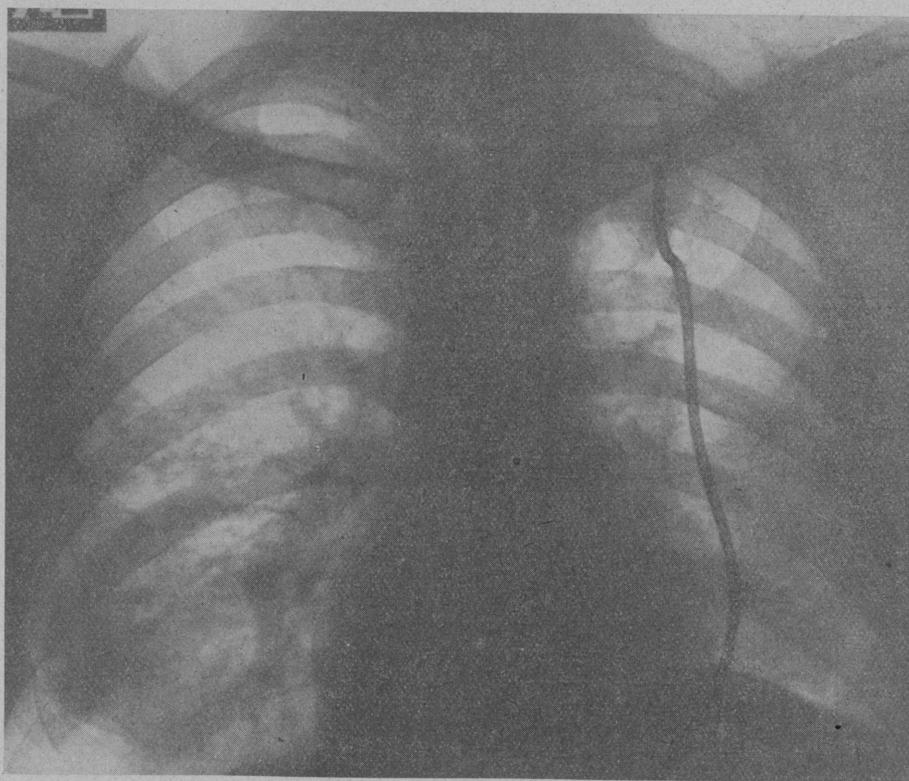


Fig. 7. - Lo stesso caso (33). Al sesto mese dopo l'attuazione della frx. S.

Analogo al caso, precedente è quello riguardante la malata P. CATERINA (219). In questa, prima del trattamento con aspirazione endocavitaria (12 novembre 1940) di una grossa caverna apico-sottoplicale a sinistra, esisteva disseminazione micronodulare sul resto dell'ambito con un aggruppamento in mediotorace in sede paramediastinica. Durante la regressione della caverna trattata con procedimento aspirativo si è andata costituendo, a livello del descritto aggruppamento nodulare, un'escavazione per la quale fu eseguita, il 23 agosto 1940, la frenicofrassi. Attualmente il processo è in avanzata regressione. (Cfr. nota di CANOVA e BAEFFONI).

Non dissimile è il caso V. EDISON (144), descritto nella nota di ZIRILLI e DE ASCENTIS, nel quale una broncopolmonite da aspirazione postemofoica, sopravvenuta in corso di procedimento aspirativo per una caverna sottoclaveare destra, fu trattata, con buon esito, con frenicoexeresi.

Non è certo possibile impostare una discussione su un numero così limitato di osservazioni: tuttavia sembra potersi ritenere che la paralisi del diaframma agisce di norma quando viene attuata per processi indipendenti da quello cavitario, trattato con aspirazione, e gli effetti possono essere rapidi e completi sempreché ricorrano adeguate condizioni cliniche e fisiopatologiche.

Diversi invece sembrano essere i risultati quando si attua l'intervento per processi di nuova formazione o preesistenti nell'ambito della caverna per la quale viene eseguito il procedimento aspirativo.

Esistono in proposito le due seguenti osservazioni:

M. VALLERIA (140). Mentre va a regressione una grossa caverna apico-sottoplicale destra si costituisce un'escavazione nello stesso distretto della prima: la frx. attuata da due mesi non ha apportato alcun beneficio (v. radiogrammi nella nota di CANOVA e BAEFFONI).

G. LAZZARO (100). Per processi pluricavitari viene istituito procedimento di aspirazione della caverna di maggior volume. Attuata la frx., mentre va a regressione quella trattata, non si ottiene alcuna modificazione delle restanti cavernule.

In ambedue i casi, alla paralisi del diaframma non sono conseguiti benefici di qualche entità. Non è improbabile che, data la sede delle lesioni e i rapporti con la caverna trattata, si siano costituite interferenze tra i due procedimenti terapeutici. L'azione di questi infatti si svolge con meccanismi opposti: quello prevalente può quindi annullare il possibile beneficio del secondo.

Diverso potrebbe essere il ragionamento quando alla paralisi del diaframma si attribuisca il compito di render più facile la sostituzione dello spazio cavitario. Con tale indirizzo l'intervento è stato applicato in tre casi:

In due non si ebbe alcun effetto benefico; si trattava, peraltro, in uno (n. 20) di caverna lobare di carattere essenzialmente distruttivo, in un secondo (n. 11) di caverna di cui non si era ottenuta l'elisione con un procedimento aspirativo protratto nonostante esistesse tutt'intorno abbondante parenchima sano.

Nel terzo soggetto invece i primi effetti appaiono veramente importanti:

Si tratta del caso n. 73 (I. PIETRO). L'intervento per aspirazione endocavitaria era stato eseguito in altro Sanatorio nel febbraio 1939 per grossa caverna occupante tutta la regione apico-sottoplicale D. Il p. era passato al nostro Istituto nel settembre di detto anno. Il procedimento aspirativo a decorso dapprima regolare aveva indotto susseguentemente ripetuti fenomeni emorragici e trasudatizi nel distretto circostante.

Il processo di riduzione si era arrestato dopo che lo spazio cavitario si era eliso per circa tre quarti (fig. 8).

Il 4 settembre 1940 viene attuata frx. dopo pochi giorni dalla quale si riprende il procedimento aspirativo che ora viene condotto senza alcuno degli inconvenienti prima lamentati e con effetti meccanici di gran lunga superiori a quelli ottenuti in precedenza (fig. 9).



Fig. 8.

Fig. 8. — I. Pietro (73). Prima dell'attuazione della frx. D.



Fig. 9.

Fig. 9. — I. Pietro (73). Un mese dopo l'attuazione della frx. D.

Questo caso è in grado di dimostrare che la paralisi del diaframma, in condizioni opportune, può rendere disponibile, a favore dello spazio cavitario, una parte di parenchima prima disteso secondo le direzioni verticali. Per questo solo fatto un procedimento aspirativo, oltre che raggiungere effetti più elevati, può essere condotto senza danneggiare la vitalità dei tessuti e particolarmente dei piccoli vasi.

III. — *Aspirazione endocavitaria e toracoplastica.*

Nella casistica figurano infine tre soggetti: uno, P. Giulio, già sottoposto a toracoplastica antero-laterale elastica, tempo inferiore, come primo tempo di trattamento di un esteso processo cavitario della metà superiore e nodulare confluyente della metà inferiore; uno, (B. Chiara), sottoposto, durante il procedimento di aspirazione endocavitaria, a toracoplastica demolitiva nell'intento di contribuire alla sostituzione dello spazio cavitario, e infine un terzo (R. Dina), nel quale fu attuato il tempo inferiore di toracoplastica antero-

laterale elastica per evoluzione e confluenza di precedenti lesioni nodulari, in corso di trattamento aspirativo di una caverna sottoclaveare sinistra.

In quest'ultimo caso non si ebbero risultati apprezzabili; il secondo decedette con un quadro di insufficienza cardiorespiratoria nel primo mese dopo l'intervento. Buoni invece sono apparsi i risultati nel primo caso del quale diamo una descrizione sommaria.

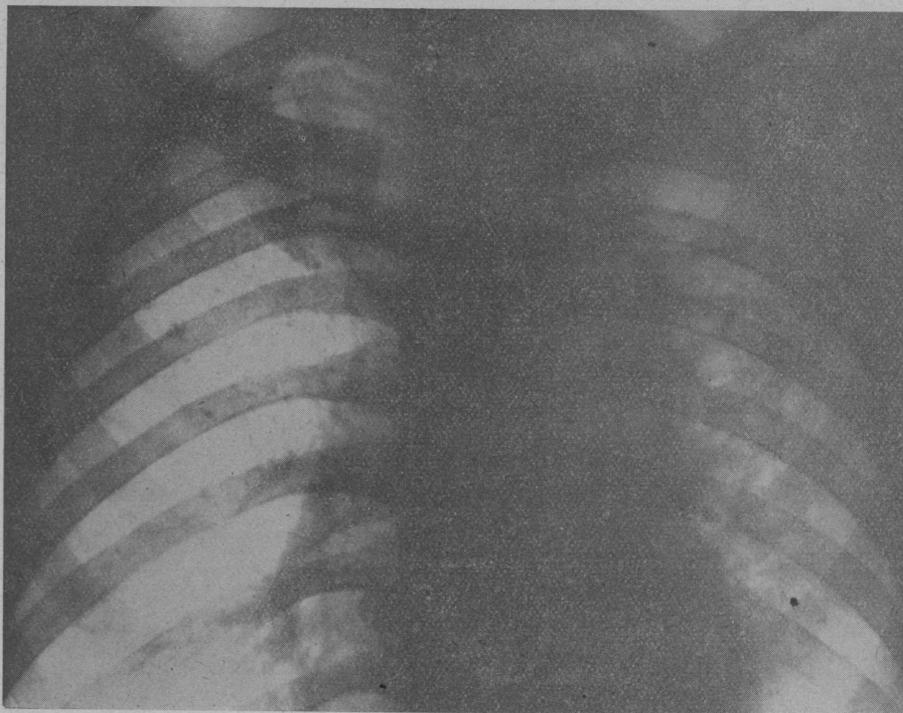


Fig. 10. — P. Giulio (78). Prima dell'intervento di toracoplastica.

P. GIULIO (caso n. 78) di anni 38, operaio. — Nel 1921 ebbe pleurite essudativa a sinistra. Da quel tempo non godette più di pieno benessere presentando astenia, dimagrimento, tosse, piccole quantità di escreato, febbri saltuarie.

Nell'ottobre 1928 entrò in sanatorio e da quel tempo ininterrottamente condusse vita sanatoriale.

Nel 1932 fu attuata a sinistra frenicoexeresi.

Nell'ottobre 1938 il paziente presentava un quadro generale di tossiemia cronica. A carico del polmone sinistro sulla metà inferiore disseminazione di noduli in parte delimitati e di antica data, in parte sfumati con evidente tendenza confluyente. Nella metà superiore notevole opacamento ed in sottoclaveare due aree cavitare in gran parte sovrapposte. Il paziente presentava anche perturbamenti intestinali con dolori accessuali e scariche diarroiche, sindrome che fu riferita a localizzazioni specifiche (fig. 10).

In tale periodo fu eseguito un tempo inferiore di toracoplastica antero-laterale con resezione delle coste dalla quarta alla settima nell'intento di portare a regressione i processi di diffusione micronodulare della metà inferiore.

Nel gennaio 1939 fu istituito pneumoperitoneo per la sindrome intestinale.

Essendosi ottenuti con i detti interventi un cospicuo miglioramento locale e generale (fig. 11).

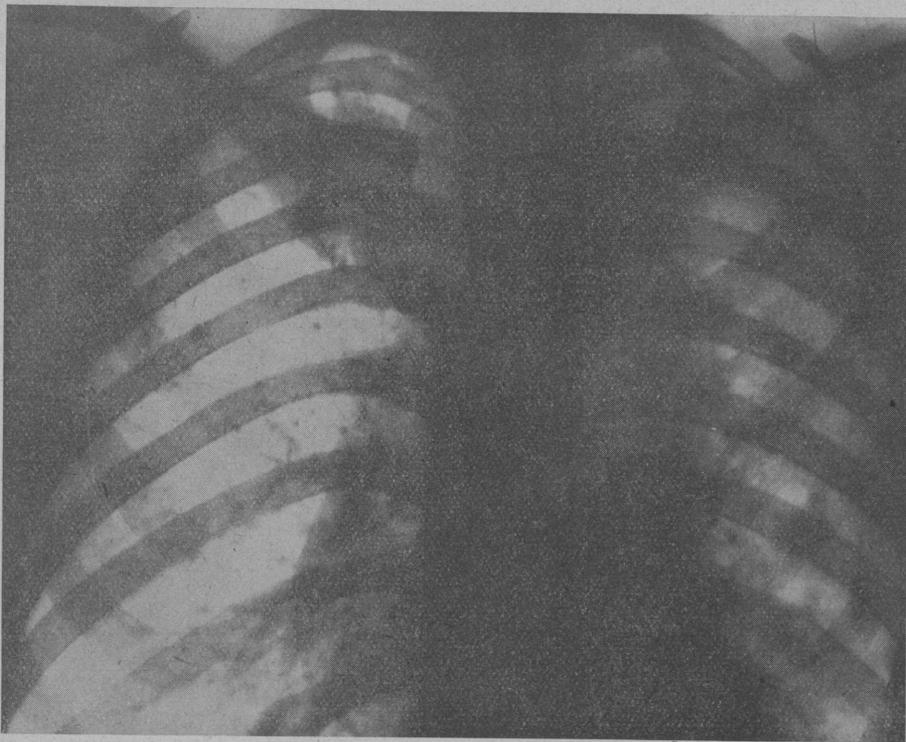


Fig. 11. - P. Giulio (78).
Quattro mesi dopo toracoplastica antero-laterale elastica parziale inferiore sinistra.

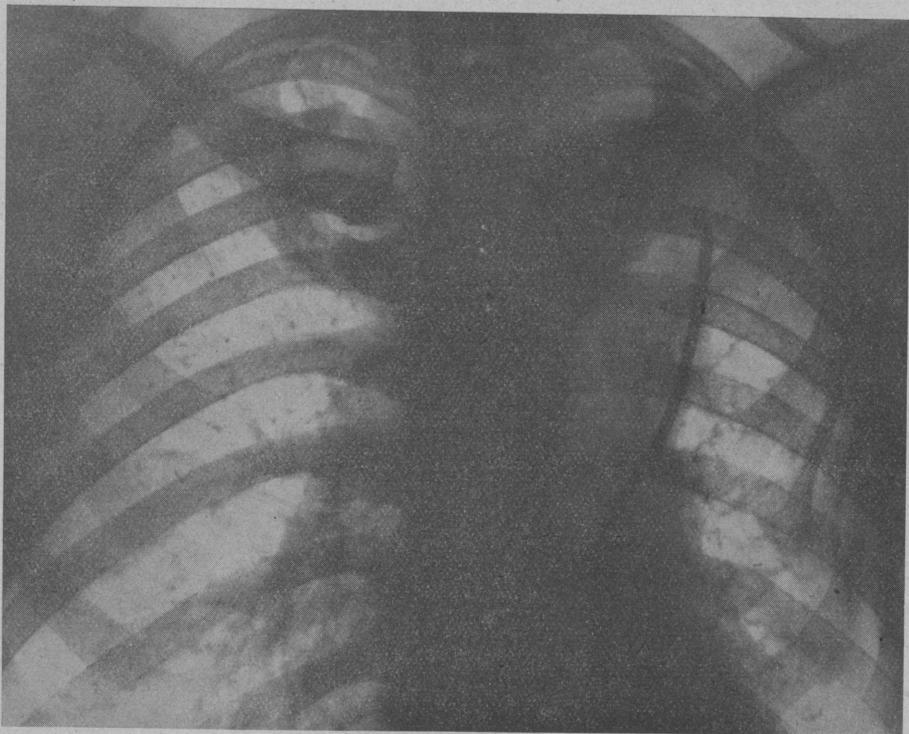


Fig. 12. - P. Giulio (78). Completa elisione dell'area cavitaria.
Normale trasparenza parenchimale sul restante ambito.

il 7 marzo 1939 venne istituito il procedimento di aspirazione endocavitaria per la caverna sottoclaveare. Tutto il quadro della malattia è andato gradualmente a regressione: oggi il paziente è in ottime condizioni, il suo peso corporeo è aumentato di 5 Kg. Le turbe intestinali sono interamente scomparse: da molti mesi svolge lavoro di ufficio in Sanatorio.

La caverna da più mesi è interamente elisa e viene mantenuta la sonda col solo scopo di assicurare la stabilizzazione della cicatrice: i processi nodulari si sono nettamente delimitati per connettivazione e calcificazione (fig. 12).

Le osservazioni sommariamente esposte in questa nota possono considerarsi come primi elementi di una direttiva che certamente nell'avvenire dovrà avere più notevole sviluppo. Il suggerimento di E. MORELLI di richiedere il contributo di interventi collassoterapici là dove l'aspirazione endocavitaria non sia in grado di apportare risultati completi trova la sua documentazione in alcuni dei casi ricordati. L'esperienza dirà dove e quando sia opportuno procedere all'associazione dei vari interventi. Appare comunque oggi giustificato attuare la paralisi del diaframma o anche una toracoplastica parziale quando, a lato della caverna, coesistono o si delincono altri processi che non possono trarre beneficio dal procedimento aspirativo.

~~339717~~



60615

210

