

SANATORIA POPULAIRES DE LEYSIN - DIR. J. MORIN
(ALPES VAUDOISES, CHAMOIS, ENFANTS)

Dott. DANIELE MICHETTI

LA PLEURO-PNEUMOLISI SUB-FASZIALE LARGA
PER VIA INTRA-TORACICA

Estratto da ANNALI DELL'ISTITUTO « CARLO FORLANINI »

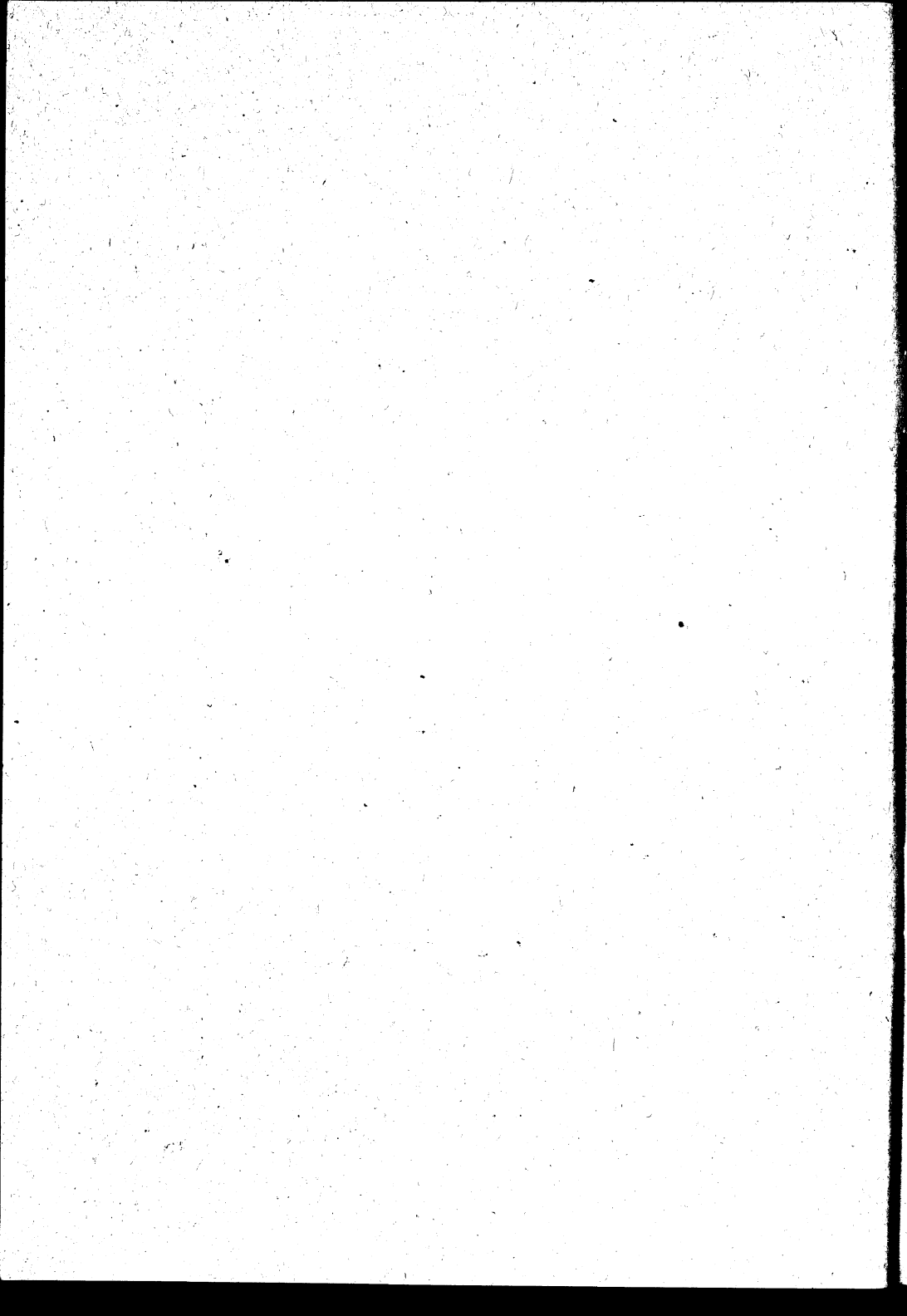
Anno IV, N. 6, Pag. 383-396

Michele B
65



ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 27

1940-XVIII



LA PLEURO-PNEUMOLISI SUB-FASCIALE LARGA PER VIA INTRA-TORACICA (*)

Dott. DANIELE MICHETTI

PREMESSA

Il Dr. MICHETTI mi manda dai Sanatori di Leysin un ottimo lavoro per la pubblicazione su « Annali dell'Istituto Carlo Forlanini ».

E' regola nostra di pubblicare su « Annali » solo lavori dell'Istituto, ma faccio volentieri un'eccezione perchè questa pubblicazione è di notevole valore. Essa ci illustra un nuovo procedimento chirurgico per il distacco di sinfisi pleuriche in corso di pneumotorace. L'attuazione di vaste disinserzioni eseguite per via smussa endotoracica rappresenta conquista di altissimo valore pratico, poichè troppe volte ci troviamo in condizioni di dover attuare demolizioni costali per impossibilità tecnica di eliminare lo stato aderenziale.

Nello stesso tempo, per quella concordanza di idee che spesso accade negli studiosi, ZORZOLI SENIOR, mi manda un lavoro in collaborazione con ZORZOLI JUNIOR eseguito con gli stessi intendimenti e con piccole differenze di tecnica e perciò pubblico tutte e due i lavori nello stesso numero: gli ottimi risultati ottenuti da diversi studiosi serviranno a dimostrare che il metodo ha ormai il diritto di entrare nella pratica collassoterapica.

Certo solo tecnici perfetti possono usare tali accorgimenti, perchè un cattivo uso potrebbe portare alle più gravi complicazioni. Comunque, dati gli ottimi e costanti risultati ottenuti con la lavatura precoce e ripetuta del cavo pleurico, penso che si possa affrontare anche il pericolo di eventuali complicazioni pleuriche perchè l'utile che si ottiene è molto maggiore dell'eventuale danno.

Ripeto ancora che si otterranno sempre migliori risultati se si farà precedere all'intervento un periodo di ipertensione graduale e progressivo tale da raggiungere anche valori elevati fino a $+30$; $+40$ c.c. di acqua. Verrà così sempre più assottigliata la zona da scollare e si creeranno a livello dello spazio sottopleurico quelle condizioni ideali per uno scollamento più agevole ai cui parla ZORZOLI.

Concludo asserendo che il metodo descritto in questi due pregevoli lavori è da lodare e da seguire.

PROF. E. MORELLI.

Il pneumotorace artificiale di FORLANINI rimane il procedimento collas-
soterapico più perfetto, dal punto di vista fisio-patologico, per la semplicità
relativa della sua applicazione e per la possibilità ch'esso offre — qualora
è correttamente condotto — di recuperare una funzione respiratoria se non
totale per lo meno molto importante. E vero che il metodo comporta certi
inconvenienti fra i quali il più importante, per la sua frequenza, è l'essudato.

(1) Comunicazione presentata alla Soc. des Médecins de Leysin il 12 dic. 1939.

Fu questo l'argomento principale messo in valore da quei fisiologi (1) che hanno voluto, in un dato momento, rimpiazzare il pneumotorace colla paralisi del diaframma. Pertanto la toracosopia precoce, l'elisione sistematica delle aderenze, preconizzata fra altri da P. ZORZOLI (2) e a più riprese da me (3) modifica assai l'avvenire del pneumotorace. Il perfezionamento della tecnica operatoria non solo ha eliminato in grandissima parte le complicazioni tanto temute della toracocaustica ma l'indicazione e le possibilità dell'intervento si sono molto estese.

In seguito alle indicazioni di JACOBÆUS e di UNVERRICHT furono considerate per molto tempo sezionabili le aderenze di uno spessore relativamente ridotto che non superassero il diametro di una matita o tutt'al più di un dito mignolo. Si chiese implicitamente che il tessuto polmonare non arrivasse a contatto colla parete toracica altrimenti ogni elisione dell'aderenza sarebbe stata considerata impraticabile. Certi autori fissarono delle regole precise. Così KREMER (4) sconsiglia la caustica qualora il tessuto aderenziale di una briglia abbia una lunghezza inferiore di mezzo centimetro. UNVERRICHT chiede 2 cm. e DAVIES 2 cm. 1/2.

COVA (5) che fu uno dei più abili operatori, allargò le indicazioni della toracocaustica. Infatti egli riuscì a liberare aderenze di tipo « a colonna » e impianti « a piatto » limitandone però l'applicazione alle aderenze di un diametro non superiore ai cinque centimetri. Egli procedette in questi casi « allo scollamento del polmone dalla parete toracica, sfilando parallelamente alla costa, cercando di mantenersi nello strato di tessuto connettivo aderenziale ». Un tale intervento non fu però scevro di gravi pericoli consistenti nella possibilità di ledere il polmone messo allo scoperto, e di provocare emorragie diffuse ed abbondanti. Fu certamente questa la ragione per cui il metodo di COVA non ebbe allora più larga diffusione ed applicazione.

MAURER (6) (di DAVOS) ha rivoluzionato la tecnica operatoria. Anzi tutto egli consigliò di sezionare sistematicamente le aderenze addosso alla parete toracica onde evitare il pericolo di perforazione. Egli infatti aveva notato che sovente il tessuto polmonare s'inoltrava ben lontano nell'interno delle aderenze, fatto questo che pure FROELICH (7) confermò anatomicamente. MAURER spinse l'indicazione operatoria più in là e riuscì a staccare delle vere sinfisi polmonari dalla parete costale. Nel fare ciò egli pratica la desinserzione della parte sinfisata nello spazio sotto-pleurico. Per ovviare al pericolo di emorragia al quale un tale intervento espone, il MAURER ideò e fece costruire un apparecchio che permette di coagulare, mediante diatermia il tessuto prima di tagliarlo al galvano-cauterio. In tal modo egli è riuscito a scollare delle sinfisi dello spessore di un polso senza la pur minima suffusione sanguigna.

Non voglio prender parte alla controversia che l'apparecchio di MAURER ha suscitato. Tengo semplicemente a rilevare, essendomi servito sia dello strumentario di JACOBÆUS sia di quello di MAURER, che l'operatore può permettersi di tagliare certe briglie con più ardimento al semplice galvano-cauterio, senza troppa preoccupazione di un'eventuale emorragia quando sa che, occorrendo, può dominarla facilmente utilizzando istantaneamente la diatermo-coagulazione. È vero che l'emoasi « preventiva » è ottenuta anche col galvano-cauterio scaldato al rosso scuro e grigio, la coagulazione col calore precedendo in tal caso la sezione. Ma la caustioa fatta in tal modo è forzatamente più lenta e provoca delle reazioni più dolorose della pleura parietale che con il cauterio incandescente il quale si può utilizzare senza timore avendo a disposizione la diatermo-coagulazione.

Ad ogni modo, il metodo di disinserzione di MAURER ha esteso considerevolmente le possibilità della toracocaustica. Grazie ad esso molti pneumo-

toraci parziali o controelettrici che erano votati all'abbandono o a complicazioni hanno potuto essere mantenuti efficacemente. Esso ha aperta la via ad un'indicazione operatoria ancora più larga.

Osservando la tecnica della pneumolisi extra-pleurica subfasciale di GRAF e di SCHMIDT, mi sono convinto della possibilità di scollare, nel medesimo piano sub-fasciale, delle sinfisi polmonari larghe, aggredendole per via intra-toracica. La realizzazione di tale concetto è pienamente riuscita.

LA TECNICA.

Non starò a dilungarmi sulla preparazione del malato, supponendo che chi vorrà interessarsi del metodo è già molto bene al corrente delle norme da seguire nella toracocautica. Passiamo senz'altro all'atto operatorio.

Anzi tutto bisogna badare alla posizione del malato. È questa una delle condizioni che potrà facilitare grandemente l'intervento oppure al contrario essere causa di grave disagio e persino di insuccesso operatorio. La posizione migliore nella quasi totalità delle evenienze è il decubito laterale sul lato sano, con una leggera inclinazione in avanti. Un cuscino duro piazzato sotto l'ascella allargherà gli spazi intercostali dal lato da operare. Il tre quarti del toracoscopia va introdotto possibilmente nel terzo spazio intercostale sulla linea ascellare anteriore o tra questa e l'ascellare media, a seconda la configurazione del torace. Raramente lo si introduce nel secondo o quarto spazio. L'ispezione di tutta la cavità pleurica è allora facilissima. Utilizzo esclusivamente la visione indiretta a 90° e specialmente quella progradata di KALK a 135°. La prima mi serve anzitutto all'esplorazione della cavità; la seconda, che può essere avvicinata fino a contatto dell'aderenza, è l'ottica di scelta per la caustica. Ho peraltro completamente abbandonato la visione diretta di KREMER la quale ha il grande inconveniente di non permettere che la visione frontale. Orbene, sovente è utile, persino indispensabile di poter guardare un'aderenza o un gruppo di aderenze da tutti i lati.

La tecnica della pleuro-pneumolisi extra-pleurica estesa ha qualche analogia con quella della disinserzione di MAURER. Come in quest'ultima s'intacca la pleura parietale a un centimetro circa dal bordo della sinfisi polmonare. Bisogna stare molto attenti di entrare d'emblée nel buon piano di clivaggio sotto-fasciale e poi di non più perderlo. L'operatore ha infatti la tendenza d'inoltrarsi troppo profondamente nella parete nel timore di ledere il polmone. Questo succede facilmente quando si adopera il cauterio. Nelle curvature più accentuate della parete toracica ed in ispecial modo all'apice, la punta del cauterio sfilando insensibilmente i tessuti, può inoltrarsi per una via sbagliata. È un'evenienza questa che può condurre ad uno scacco operatorio completo. Succede pure che per una ragione qualsiasi il polmone difficilmente si stacchi dalla parete ed arrischi in tal modo di toccare l'ansa calda del cauterio subendo così delle scottature, con grave rischio di perforazione susseguente. Preferisco per queste ragioni, ispirandomi alla tecnica della pneumolisi di GRAF e di SCHMIDT, di proseguire lo scollamento extra-pleurico per mezzo di un piccolo batuffolo di garza montato sopra un porta-tampone. Procedendo in questo modo sarà facile rimanere nel buon piano di clivaggio; staccando il polmone ricoperto dalle pleure con lieve pressione; direi anzi che è difficile perderlo. Il batuffolo medesimo impedisce le grandi e moleste suffusioni sanguigne o serve ad arrestarle qualora capitino. Di tanto in quanto si allargherà l'incisione della pleura parietale per allineare la breccia allo scollamento. Appena la zona sinfisata è sorpassata si termina sezionando la pleura che si presenta allora come una membrana. È molto importante che

il tampone rimanga sempre strettamente a contatto della parete. Esso deve in certo modo intromettersi tra questa ed il polmone seguendo quello strato lasso che si trova appunto sotto la pleura parietale. Il non seguire tale regola e il voler forzare una sia pur lieve resistenza spingendo sul polmone stesso, si arrischia la rottura di questo. E pure importante non lasciare mai sanguinare perchè una suffusione sanguigna, sia pure lieve, impedirebbe una nitida visione del piano di clivaggio che non si deve mai perdere di vista. Se il tamponamento del vaso non dovesse bastare per fermare l'emorragia si ricorre alla coagulazione e poscia si tampona.

Lo scollamento siffatto è sovente relativamente facile e rapido; per lo meno in quei casi nei quali il piano sotto-fasciale ha mantenuto la sua struttura di tessuto lasso. E però raro che in una sinfisi la pleura aderisca alla parete toracica in modo uniforme. E più frequente incontrare delle zone, più o meno limitate, dove essa è più solidamente attaccata, in seguito ad un processo di peri-pleurite sia di natura infettiva, sia semplicemente per irritazione meccanica. Ad ogni modo bisognerà ben guardarsi dal voler forzare tali cordoni fibrosi. Sarà necessario isolarli scollando la pleura tutt'attorno eppoi coagularli colla diatermia ed infine sezionarli. Infatti sappiamo dagli esami istologici che le aderenze fibrose contengono dei vasi capillari neoformati (8) e che possono contenere dei bacilli. Rompendole a freddo, sia col cauterio, sia mediante il tampone montato, si arrischia nel primo caso l'emorragia, e nel secondo l'infezione della cavità pleurica. Viceversa, coagulando prima e sezionando poi col cauterio si evita con certezza l'emorragia e s'incorre la possibilità di prevenire l'inoculazione della cavità distruggendo i germi. Segnalerò a questo proposito che mi è capitato di aprire un piccolo focolaio caseoso situato nella parete e dal quale usciva un pus cremoso. Ebbene coagulando profondamente il punto infetto ho certamente distrutto buona parte dei bacilli poichè non solo non vi fu in seguito empiema, ma l'ammalata non ebbe la pur minima reazione pleurica.

La pleuro-pneumolisi intra-toracica subfasciale presenta delle serie difficoltà qual'ora la sinfisi trovasi sulla cupola pleurica o nello spazio costovertebrale. Un'altra difficoltà è rappresentata dalla peri-pleurite estesa. Quando queste due eventualità si trovano riunite è generalmente impossibile condurre l'operazione a buon termine.

La sinfisi del polmone alla cupola pleurica mi parve per molto tempo impossibile a staccare per via intra-toracica. Anzi tutto perchè è una zona pericolosa per la presenza di grossi vasi e di nervi importanti; poi perchè è estremamente difficile seguire colla punta del cauterio la curvatura accentuata della cupola pleurica ciò che aumenta ancora il pericolo anatomicamente esistente; infine perchè raramente una sinfisi dell'apice è strettamente localizzata alla cupola ma si continua abitualmente sulla parete o sul mediastino posteriore. Là si trovano i vasi intercostali allo scoperto, l'arteria e la vena cervicale posteriore. Operando a sinistra ci si troverà presto nell'angolo formato dall'arteria suclavia e dell'aorta. Eppure le difficoltà non si esauriscono là. Qualora si è riuscito ad abbassare l'apice polmonare il viscere medesimo verrà a battere contro il cauterio se si vuole spingere lo scollamento più in basso, esponendo a delle serie scottature. Bisognava dunque aggirare le difficoltà. Fu in tale occasione che mi sono servito per la prima volta del tampone montato. All'apice le aderenze e cordoni fibrosi peri-pleurici sono generalmente numerosi e tenaci e si oppongono all'abbassamento del polmone. Per di più il piccolo batuffolo di garza inzuppandosi rapidamente di serosità scivola sui tessuti sui quali non avrà più presa ed obbliga l'operatore a cambiarlo frequentemente. Per ovviare a quest'inconveniente e facilitare lo scollamento dell'apice ho fatto costruire una spatola, leggermente ricurva

alla sua estremità la quale è smussata ed arrotondata, in modo che non rischia di ledere nè il polmone, nè gli organi vicini. Questa spatola che può essere raccordata all'apparecchio di diatermo-coagulazione di MAURER è quindi utilizzabile per l'arresto istantaneo di ogni eventuale emorragia. Il fusto metallico è ricoperto da ebanite isolante che protegge il polmone durante la coagulazione. Questa spatola diatermica può rendere dei servizi eccellenti.

INDICAZIONI E CONTRO-INDICAZIONI.

La pleuro-pleurolisi sub-fasciale intra-toracica è indicata qualora si desidera mantenere il pneumotorace piuttosto che ricorrere ad un'altro metodo chirurgico.

Bisogna pertanto tenere presente che una pleurolisi estesa può generare una reazione pleurica violenta e persino provocare un empiema tubercolare. Questo pericolo è particolarmente grande quando il processo bacillare è marginale ed evolutivo, suscettibile cioè di oltrepassare la barriera pleurica.

Se noi possiamo renderci più o meno conto della situazione topografica di una lesione non siamo però in grado di valutare in modo esatto, nè sufficiente l'attività di un processo. È dunque impossibile fissare un limite preciso all'indicazione della pleuro-pneumolisi. Per il momento e a titolo provvisorio sconsiglierei la desinserzione nei casi di infiltrazione sotto-pleurica estesa nel timore di aprire largamente la porta all'infezione massiva della cavità pleurica. Un'eccezione potrà essere fatta quando, per una ragione medica sufficiente, si è obbligati a tentare la fortuna.

Vi sono pertanto delle contro-indicazioni precise. Citerò in primo luogo la caverna parietale. Teoricamente si può distinguere la grande caverna inerte e la caverna evolutiva. Praticamente la desinserzione parietale dell'una come dell'altra fa correre il rischio della perforazione secondaria della quale solo il meccanismo d'insorgenza differisce. Infatti, la parete sottopleurica di una grande caverna parietale riceve i vari nutriti dalla stessa parete costale. La desinserzione, interrompendo l'irrigazione sanguigna conduce inevitabilmente alla necrosi della parte così devitalizzata della caverna ed alla perforazione larga. D'altra parte, una caverna marginale, anche di piccola dimensione e nutrita dai vasi polmonari, arrischia, se il processo è evolutivo, per il proseguire della necrosi tubercolare eccentricamente, di arrivare in questo modo alla perforazione.

Ho potuto vedere al tavolo anatomico dei casi di caverne del polmone spingersi fino nella parete costale dopo distruzione delle pleure e nei quali la rottura nel cavo pleurico fu evitata da una sinfisi pleuro-polmonare poco estesa. Inutile insistere che in casi simili una pleurolisi, anche se eseguita correttamente nel giusto piano di clivaggio, condurrebbe direttamente nella caverna.

Un'altra contro-indicazione alla pleuro-pneumolisi sub-fasciale, come del resto ad ogni altra elisione di aderenze, può essere dettata dallo studio endoscopico della cavità pleurica. La constatazione di una tubercolosi della pleura o di focolai polmonari sottopleurici importanti e caseosi, come pure l'osservazione di una depressione fluttuante sulla superficie del polmone di colorazione violacea che tradisce un tessuto in procinto di sfacelarsi sono altrettante condizioni che impongono non solo la rinuncia ad ogni caustica, ma l'abbandono immediato del pneumotorace onde prevenire, se possibile, l'empiema tubercolare. Un pregresso versamento di natura tubercolare, specie se purulento, impone molta cautela ed, in linea generale, contrindica

uno scollamento esteso perchè il più delle volte risveglia un processo divenuto silente.

Vorrei infine soffermarmi sopra un'ultima considerazione. Ho detto poc'anzi, e le radiografie qui sotto riprodotte l'illustreranno che col perfezionamento della tecnica operatoria si è arrivati a liberare delle aderenze le quali erano finora considerate inaccessibili. Orbene credo che non si debba pertanto spingere l'audacia troppo lontano. Volendo liberare ad ogni costo il polmone da certe aderenze o sinfisi onde mantenere il pneumotorace, arischiamo di provocare tante complicazioni quante un cattivo pneumotorace. E certo una cosa buona ed un vero progresso che toracosopia e caustica siano più largamente utilizzate. Dobbiamo però frenare il nostro entusiasmo e non chiedere ad esse più di quello che possono ragionevolmente dare se non vogliamo che gl'incontestabili meriti di questo metodo siano frustati da scacchi crudeli e scoraggianti.

* * *

Ecco alcuni esempi dimostrativi scelti fra una quarantina di casi finora operati:

Caso 1°. — Oy. J.

Inizio repentino della malattia in maggio 1937 sotto forma di lobite superiore destra con caverna, migliorata colla cura sanatoriale semplice. Il 7 maggio 1938, dopo un'emotisi fu creato un pneumotorace terapeutico destro che si complicò di pleurite febbrile in luglio 1938.

All'arrivo al nostro sanatorio, il 31 marzo 1939, riscontriamo una tubercolosi polmonare bilaterale afebrile, aperta, cavitaria a destra. Pneumotorace contro-elettivo per sinfisi pleuro-polmonare larga che mantiene aperta una caverna (fig. 1 e 2). Espettorato bacillifero.

13 aprile 1939 toracosopia durante la quale tutta la sinfisi che si estende sulla parete toracica laterale e posteriore tra la terza e quinta costa è scollata. Il polmone si stacca difficilmente, il piano sottopleurico essendo in gran parte obliterato da pregressa peri-pleurite. Durata dell'intervento 2 ore 35 min. In seguito all'intervento il pneumotorace è totale. Reazione post-operatoria: temperatura subfebrile per 3 giorni, indi normale; l'essudato minimo preesistente non aumenta; enfisema sottocutaneo assente; capacità vitale sale da 2400 a 2500 cmc. In seguito la caverna scompare (fig. 3).

Caso 2°. — Fig. Alma.

Inizio subdolo della malattia dal dicembre 1938. All'arrivo in sanatorio si constata: deperimento generale notevole, temperatura subfebrile, sputo bacillifero; alla radiografia una infiltrazione apico-sott'apicale bilaterale con caverne multiple. Miglioramento generale e locale colla cura sanatoriale. Il 2 agosto 1939, a causa della persistenza di una caverna apicale viene creato un pneumotorace sinistro il quale è subito batteriologicamente efficace malgrado le aderenze estese con caverna apicale (fig. 4 e 5).

5 ottobre 1939 toracosopia: tutto l'apice polmonare è sinfisato alla cupola pleurica e delle aderenze corte a tenda scendono fino alla 3ª costa sull'ascellare anteriore ed alla 5ª costa sulla parete posteriore. Taglio delle membrane più lunghe e pleuro-pneumolisi subfasciale di tutto il resto. Una serie di briglie bendelliformi corte sono staccate dall'arteria succlavia denudando quest'ultima. L'operazione è eseguita in due sedute di un'ora 40 min. ciascuna con un'intervallo di 19 giorni. Reazione: post-operatoria: temperatura subfebrile durante 4 giorni dopo il primo, di 3 giorni dopo il secondo intervento; essudato pleurico minimo che si riassorbe spontaneamente entro quindici giorni; enfisema sottocutaneo minimo.

In seguito il collasso diventa completo ed elettivo, la caverna si collabisce subito e non riappare più; sputo assente (fig. 6).

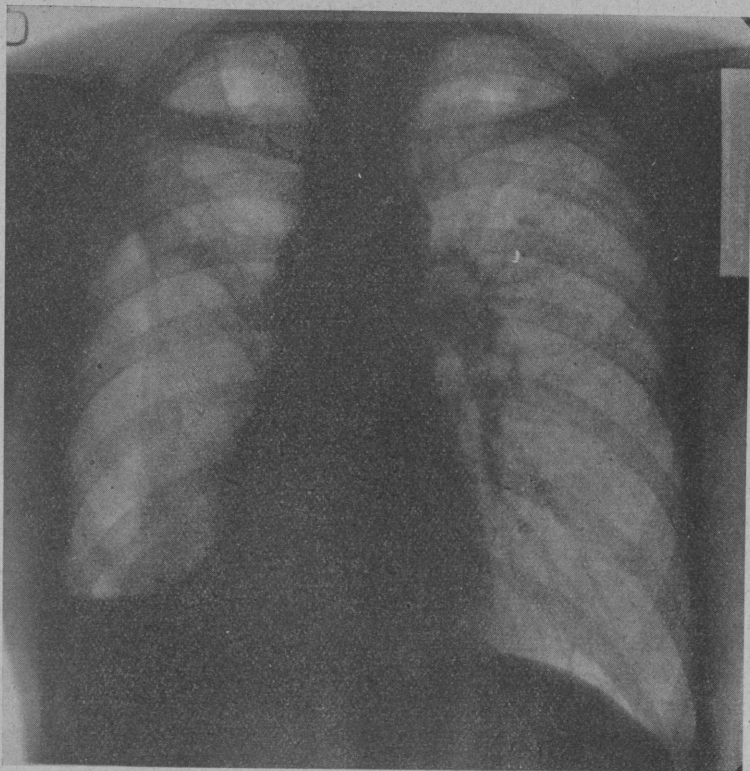


Fig. 1. - Oy. J. - 1° aprile 1939.



Fig. 2. - Oy. J. - Tom gr 3 aprile 1939.
Sinfisi laterale e posteriore superiore, destra con caverna marginale.

CASO 3. — Bla. C.

La malattia iniziò nell'estate 1938. Il 28 luglio 1939 il paziente entra al sanatorio ove si riscontra una tubercolosi polmonare cavitaria a sinistra, afebrile, aperta. La caverna ha sede sotto la clavicola. Miglioramento insufficiente colla cura sanatoriale semplice. Il 1° dicembre 1939 inizio di un pneumotorace terapeutico sinistro. Esso è clinicamente e radiologicamente inefficace perchè contro-elettivo per sinfisi apicale (fig. 7).

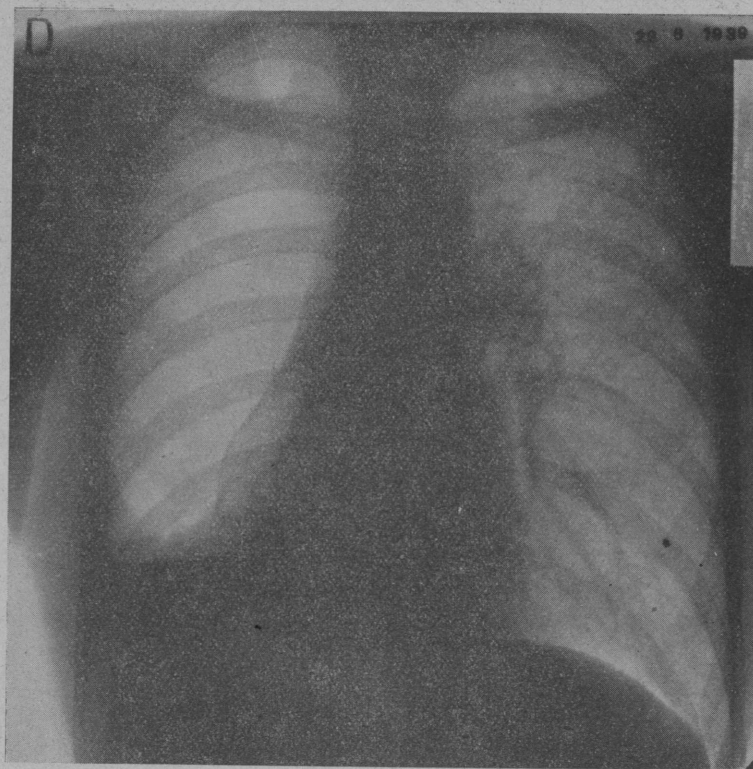


Fig. 3. — Oy. J. — 29 giugno 1939.

Risultato 2 mesi dopo la pleuro-pneumolisi. — Pnt. destro totale.

4 gennaio 1940 torascopia: un'unica aderenza a piatto mantiene l'apice del polmone contro la cupola pleurica. La sinfisi si estende dall'estremità anteriore della prima costa al terzo spazio intercostale sulla parete posteriore e trasversalmente dalla terza costa sull'ascellare media fin sul mediastino. Pleuro-pneumolisi in due sedute della durata rispettiva di due ore 35 min. e un'ora 55 min. Reazione: temperatura subfebrile per due giorni dopo il primo, di 4 giorni dopo il secondo intervento; essudato sierologico di 260 cc. dopo la prima seduta, tolto durante la seconda torascopia, 430 cmc. dopo la seconda. Enfisema sottocutaneo nullo.

Risultò un pneumotorace totale, elettivo, clinicamente, radiologicamente e batteriologicamente efficace (fig. 8).

CASO 4°. — Em. J. anni 13.

Inizio della malattia in settembre 1938. All'arrivo al Sanatorio dei Bambini si riscontra una lobite superiore sinistra con caverna apicale, subfebrile, aperta. Il 13 dicembre 1938 pneumotorace sinistro parziale per sinfisi parietale estesa. La temperatura oscilla tra 37,4 e 38,2. Disseminazione destra (fig. 9).

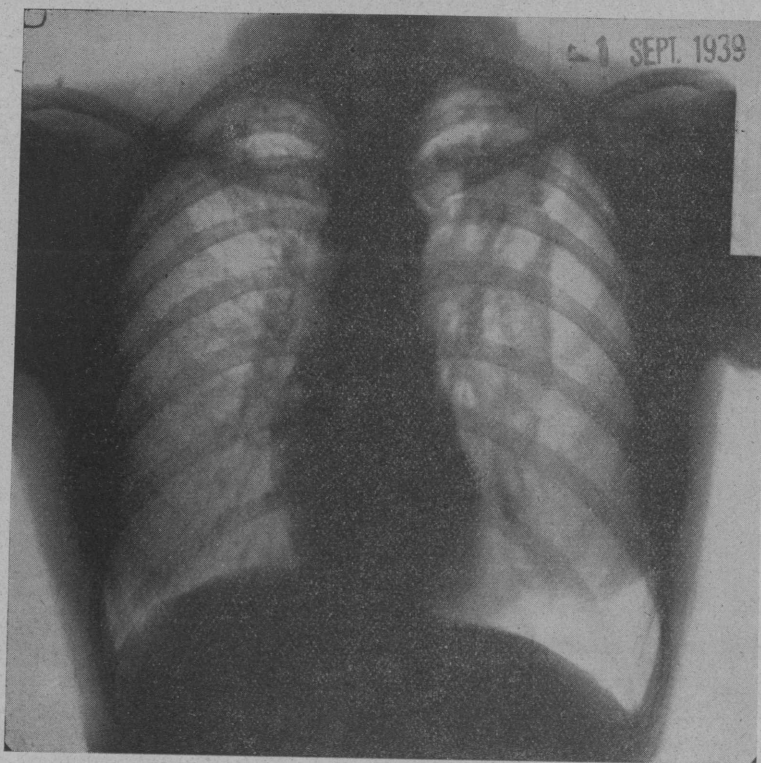


Fig. 4. — Fig. Alma. — 1° novembre 1939.

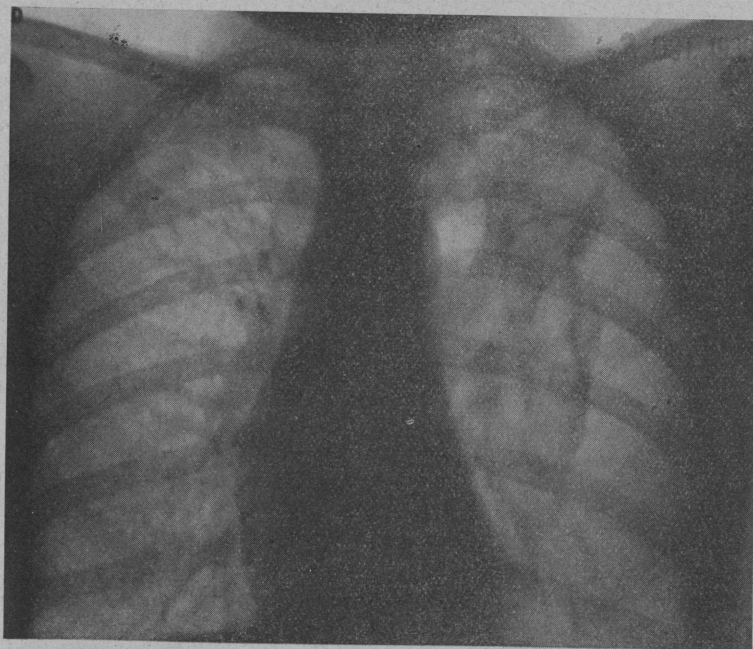


Fig. 5. — Fig. Alma. — 3 ottobre 1939 radiogr. con tubo obliquo (lordosi),
Apice e sott'apice del polmone sin, aderente, in gran parte sinfisato.

Il 5 gennaio 1939 si pratica la toracosopia che dà il seguente reperto: tutto il lobo superiore è aderente alla parete. Son briglie nastriformi corte lungo il bordo scissurale che vengono tagliate contro la parete. Man mano che rimonta verso l'apice le aderenze diventano sempre più corte per finire con una sinfisi pleuro-polmonare totale dalla 3^a costa alla prima ove è necessario procedere per pleuro-pneumolisi sub-fasciale sia colla spatola diatermica sia col batuffolo montato. In certi punti le aderenze peripleuriche debbono essere rimosse col cauterio. La liberazione del polmone riesce completa in due

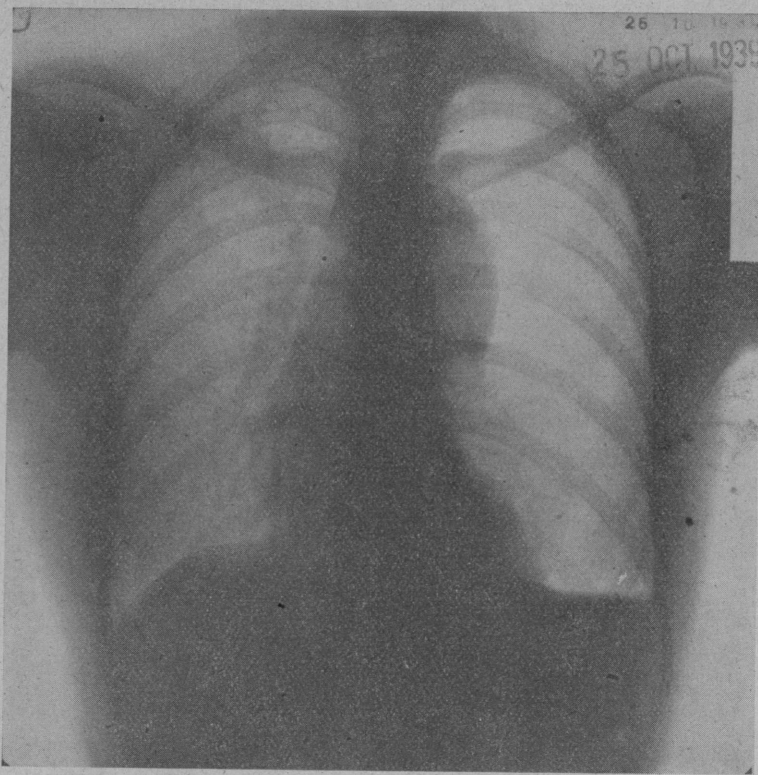


Fig. 6. — Fig. Alma. — 25 ottobre 1939.
Risultato dopo la seconda seduta di pleuro-pneumolisi. — Pnt. totale.

ore 45 min. Reazione: la temperatura sale da 38 a 39 per la durata di 8 giorni, poi scende gradatamente a 37,1; essudato che riempie il seno costo-diaframmatico; enfisema sottocutaneo nullo. Risultò un pneumotorace totale (fig. 10).

L'indicazione della pleuro-pneumolisi in questo caso fu molto relativa. Infatti dalla radiografia si poteva già presumere che il processo tubercolare avrebbe coinvolto la pleura viscerale. La toracosopia rivelò l'esistenza di una pleurite subacuta con tubercoli della grandezza di un grado di miglio fino a quella di una moneta di 10 centesimi. Data però la gravità delle lesioni polmonari e l'età della piccola paziente non si poteva pensare ad una toracoplastica ed eravamo nell'obbligo di tentare la fortuna mantenendo e perfezionando il pneumotorace colla speranza di non avere dei guai troppo seri.

Non fummo perciò troppo sorpresi quando sopravvenne, il 18 febbraio 1939, una pleurite con essudato, febbrile, sieroso ma Koch positivo. Essa fu trattata efficacemente con dei lavaggi della pleura con soluzione creosotata con ottimo risultato. Malgrado un sinfisi parziale susseguente il colasso polmonare rimase sufficiente. Peggioramento lento ma continuo delle lesioni di destra.

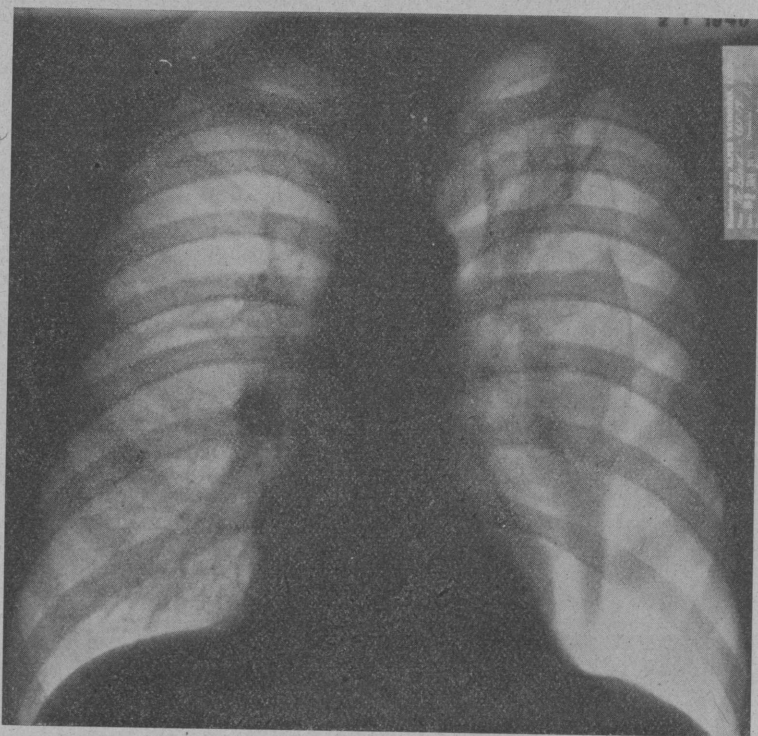


Fig. 7. - Bla. C. - 2 gennaio 1940.
Pnt. contro-elettivo per sinfisi apicale.

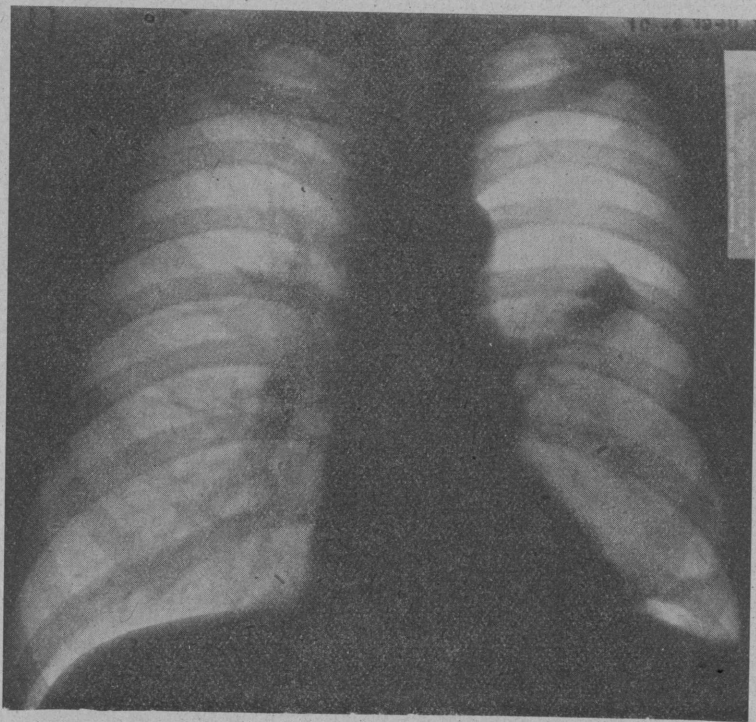


Fig. 8. - Bla. C. - 10 aprile 1940.
Tre mesi dopo la pleuro-eneumolisi. - Pnt. totale, elettivo, efficace.

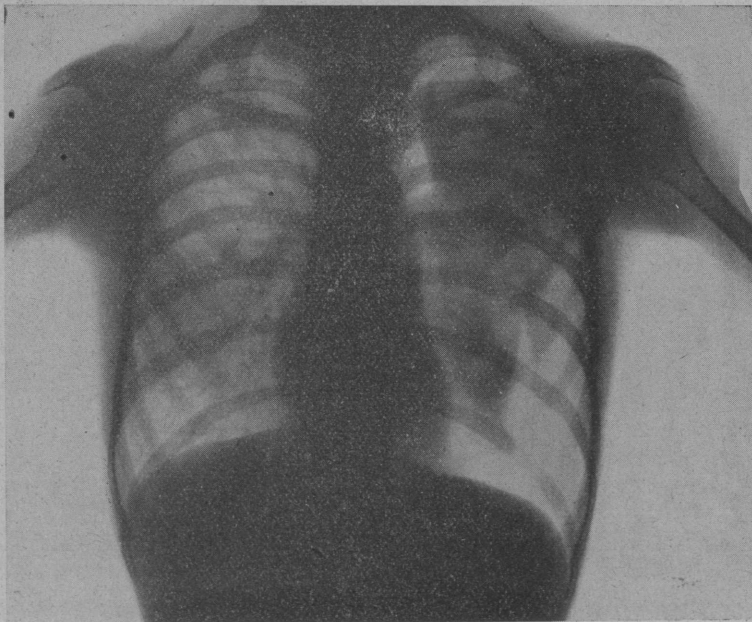


Fig. 9. — Em. F. — 31 dicembre 1938.
Pnt, parziale con sinfisi parietale larga.

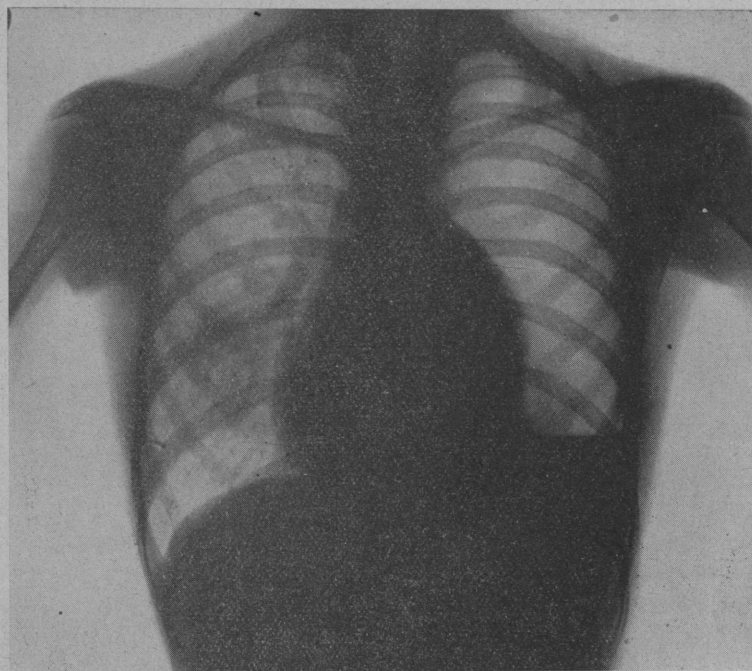


Fig. 10. — Em. F. — 18 marzo 1939.
Due mesi e mezzo dopo la pleuro-pneumolisi. — Pnt. sin. totale.

Mentre la presente comunicazione era in redazione ebbi conoscenza in un lavoro di GUNTHER HERHOLZ, pubblicato in «Beitr. zur Klinik d. Tuberkulose», vol. 92, fasc. 8, 1939, intitolato: «Intrathorakale Lösung flächenhafter Verwachsungen beim inkompletten Pneumothorax. Intrathorakale Pneumolyse». Questo autore pubblica dei bellissimi casi di pneumo-pleurolisi sub-fasciale larga realizzata per via intra-toracica. Il metodo operatorio di HERHOLZ è press'a poco quello da me utilizzato e che ho testè descritto. Egli avrebbe forse la tendenza di voler forzare troppo lo scollamento a freddo onde le emorragie ch'egli segnala e che bisogna, secondo il parere di COVA MAURER, ecc. che condivido, evitare scrupolosamente come lo dissi più sopra.

RIASSUNTO

Descrizione della tecnica dello scollamento extra-pleurico di sinfisi pleuro-polmonari estese per via intra-toracica. Discussione delle indicazioni e contro-indicazioni e descrizione di alcuni casi operati con questo metodo che l'A. chiama pleuro-pneumolisi trattandosi della liberazione dalla parete toracica del polmone ricoperto dalle pleure accolte.

RÉSUMÉ

Description de la technique de décollement extra-pleural des symphises pleurales-pulmonaires étendues par voie intra-thoracique.

Discussion des indications et contrindications et description de quelques cas opérés avec cette méthode que l'A. appelle «pleuro-pneumolyse» parce qu'il regarde la libération de la paroi thoracique recouverte par les plèvres superposées.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die Technik der extrapleuraleu Loslösung von, auf dem intrathorakalem Wege verbreiteten Pleura-Lungenverwachsungen beschrieben. Es werden ferner die Indikationen und Gegenindikationen erörtert und einige mit diesem Verfahren operierte Fälle beschrieben. Verf. nennt diese Methode Pleuro-pneumolyse indem durch sie die, von den angeklebten Pleuren bedeckte, Lunge von der Thoraxwand losgelöst wird.

SUMMARY

Description of the technique for the extra-pleural detachment of extensive pleuro-pulmonary symphises by intrathoracic means. The indications and counter-indications are discussed, and a description is given of several cases operated upon with this method, which the author calls pleuro-pneumolysis, since it treats of the liberation of the thoracic wall of the lung covered by adherent pleura.

RESUMEN

Description de la tecnica del descolamiento extra-pleurico de sinfisis pleuro-pulmonares extensas, por via intra-toraxica. Discusion de las indicaciones y contraindicaciones y descripción de algunos casos operados con este metodo que el autor clama pleuro-pneumolisis, tratandose de la liberación de la pared toraxica del pulmon recubierto de la pleura adherente.

BIBLIOGRAFIA

- (1) J. MORIN. -- Pneumothorax et phrénicectomie. Edit. Masson, Paris, 1932; ID. -- L'évolution des méthodes collapsothérapiques. « Journal médical de Leysin », 1932; WIRTH e KOHM v. JASKI. -- Erfahrungen mit 600 Phrenicusop. « Beitr. z. Klin. d. Tub. », Bd. 73, H. 1, 1930.
- (2) P. ZORZOLI. -- Per una applicazione più razionale dell'operazione di Jacobaeus. « Ann. Ist. C. Forlanini », n. 9, 1937.
- (3) D. MICHETTI. -- Considérations sur la section d'adhérences. « Arch. Méd. Chir. de l'App. Respir. », n. 2, 1937; ID. -- Aspects thoroscopiques. Contribution à l'étude de la pathogénèse des pleurésies du Pnx. « Rev. de la Tub. », n. 3, 1938; ID. -- Les indications de la thoroscopie précoce. « Journal médical de Leysin », mai-juin 1938.
- (4) W. KREMER. -- In « Kollapstherapie der Lungentuberkulose ». Heine-Kremer-Schmidt. Edit. Thieme, Leipzig, 1938.
- (5) G. COVA. -- Torascopia. Operazione di Jacobaeus. Edit. Stucchi Ceretti, Milano 1927.
- (6) G. MAURER. -- Thorakoskopie e Kausrik. « Beitr. z. Klin. d. Tub. », Bd. 76, H. 1, 1930.
- (7) W. FROELICH. -- Etude histol. de 2 brides, etc. « Journal médical de Leysin » févr. 1932.
- (8) L. BARGI. -- Sulla struttura delle aderenze, ecc. « Ann. Ist. C. Forlanini », numero 7-8, 1938.

~~338938~~



1771

