

ISTITUTO «CARLO FORLANINI»
CLINICA TISIOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA — DIRETTORE: PROF. E. MORELLI
SANATORIO ABETINA DI SONDALO — DIRETTORE: PROF. P. ZORZOLI

PIETRO ZORZOLI e GIUSEPPE ZORZOLI

UN COMPLEMENTO DI TECNICA NELL'OPERA-
ZIONE DI JACOBÆUS — SCOLLAMENTO SUB-
FASCIALE A FREDDO INTRA-TORACICO DELLE
SINFISI LOCALIZZATE

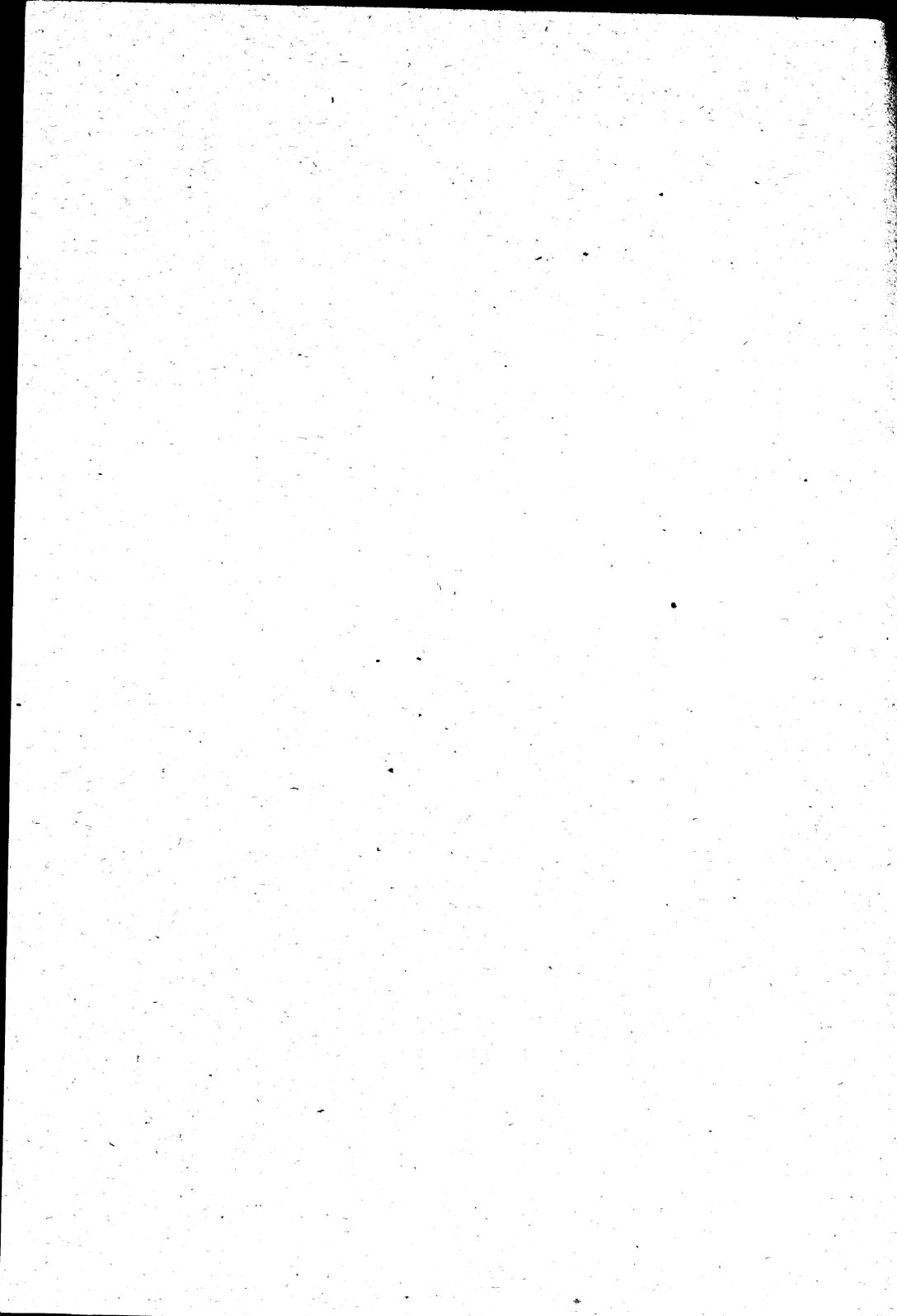
Estratto da ANNALI DELL'ISTITUTO «CARLO FORLANINI»
Anno IV, N. 6, Pag. 397-406

Misc B
58
—
58



ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17

1940-XVIII



UN COMPLEMENTO DI TECNICA
NELL'OPERAZIONE DI JACOBÆUS.
SCOLLAMENTO SUB-FASCIALE A FREDDO INTRA-TORACICO
DELLE SINFISI LOCALIZZATE.

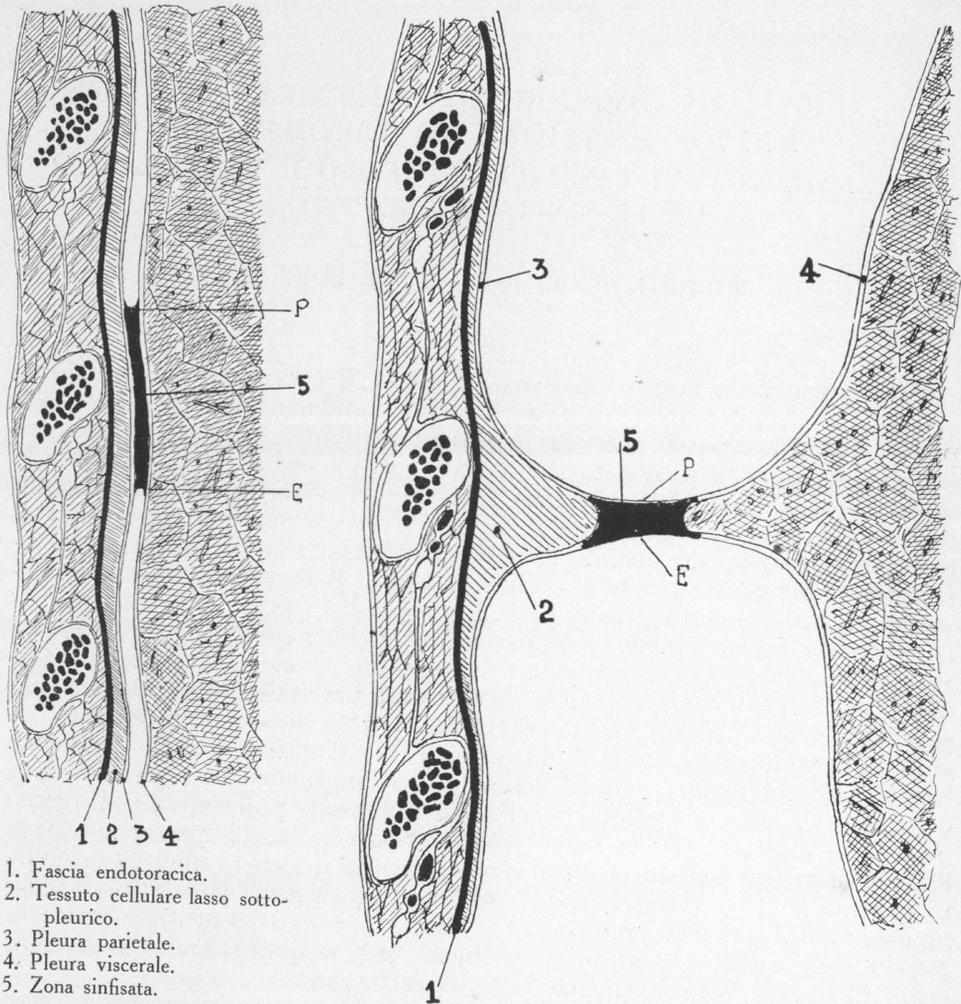
PIERO ZORZOLI e GIUSEPPE ZORZOLI

Nel corso della nostra esperienza in tema di operazione di Jacobæus, ci siamo sovente domandati se fosse del tutto indifferente per la delicata superficie pleurica e per il polmone la scottatura diretta od il calore radiante dell'ansa caustica, e se non fosse possibile trovare un mezzo per attuare la disinserzione a freddo delle aderenze. L'azione del calore, quale vien prodotto dall'ansa accesa e rovente, dannoso in ogni caso a nostro parere, diventa di reale notevole pericolo quando si debba procedere alla disinserzione extrapleurica di formazioni corte e complesse aventi dimensioni abbastanza cospicue. In casi di questo genere i pericoli sono di due specie; il primo riguarda la scottatura diretta o mediata del parenchima polmonare o della sottile pleura viscerale che lo riveste, con la possibilità di perforazione estemporanea o tardiva; il secondo è connesso con la vasta escara parietale e viscerale che consegue alla sezione, escara che talora tarda a ripararsi, e non raramente costituisce il punto di partenza di un perenne trasudamento di linfa (fenomeno tipico delle scottature), che in definitiva può ingenerare una pleurite vera e propria. Un'accorta condotta tecnica dell'intervento può contenere il danno in termini assai ridotti: la mano esercitata sa condurre l'operazione con la massima rapidità consentita dalla sicurezza, sì da ridurre al minimo il tempo di caustica e la ustione dei tessuti; nè va dimenticata la possibilità di sconfinamento dell'ansa con produzione di false strade o la scottatura prodotta con lo stelo caldo appoggiato sul polmone, perchè questi, anche se ritenuti errori di tecnica, sono evenienze non del tutto rare.

L'uso della corrente diatermica, proposta da parecchi Operatori, non elimina o diminuisce l'inconveniente: si sa che l'azione coagulante, su di un tessuto di costituzione, e perciò di conducibilità elettrica, quanto mai varia quale è il tessuto aderenziale, ha un effetto molto incostante e sovente sconfinato al di là del preventivato e del consentito, con lesione possibile di parenchima nobile. E ciò capita anche con apparecchi perfezionati costruiti appositamente per la Jacobæus.

Mossi da questo desiderio di realizzare un distacco aderenziale a freddo in tali casi di delicata esecuzione, la nostra attenzione fu attratta da due constatazioni, che in definitiva sono l'espressione dello stesso fatto: la lassità di connessione fra la pleura parietale ed il suo piano d'appoggio, cioè la fascia endotoracica. Chi ha pratica di disinserzione delle aderenze pleuriche mediante scollamento sotto pleurico (metodo MAURER) (1), sarà rimasto meravigliato della facilità e della semplicità con cui talora procede la disinserzione stessa

quando si sia trovato il piano di clivaggio : questo è costituito da un cellulare lasso, areolare, assai labile, che cede senza resistenza alcuna quando vi si appoggi l'ansa accesa, si da dar quasi l'impressione di qualcosa che fonde



1. Fascia endotoracica.
2. Tessuto cellulare lasso sottopleurico.
3. Pleura parietale.
4. Pleura viscerale.
5. Zona sinfisata.

Fig. A.

Fig. B.

Fig. A e B. — Rappresentazione schematica di come la zona di adesione e polmone espanso si trasforma nell'aderenza del pneumotorace.

al calore : ed in qualche caso, fin da qualche anno fa, ci fu possibile condurre per qualche tratto lo scollamento con l'ansa stessa fredda, che però non è lo strumento più indicato.

L'altra constatazione la facemmo quando ci dedicammo al problema del pneumotorace extrapleurico chirurgico, e ci fu dato rilevare la indescribibile sensazione che il dito scollatore prova man mano che procede a staccare il polmone dalla parete, insinuandosi nello spessore del suddetto cellulare

lasso fasciale: e quando il dito più non arriva, è una pinza montata che continua il lavoro, riuscendo a portarlo assai lontano ed in basso, verso il diaframma.

Fu così che pensammo di poter attuare con la stessa modalità il distacco extrapleurico delle aderenze, procedendo per via endoscopica, servendoci appunto di una pinza montata.

Da allora il procedimento fu da noi attuato ogni volta che ne emerse la convenienza, e ne esistevano le condizioni permissive.

La *convenienza* esiste in quasi tutti i casi in cui si hanno sinfisi a piatto di discreta estensione, o campi aderenziali vasti e di scarso spessore ove l'ansa non può lavorare o lavora pericolosamente ed a fatica.

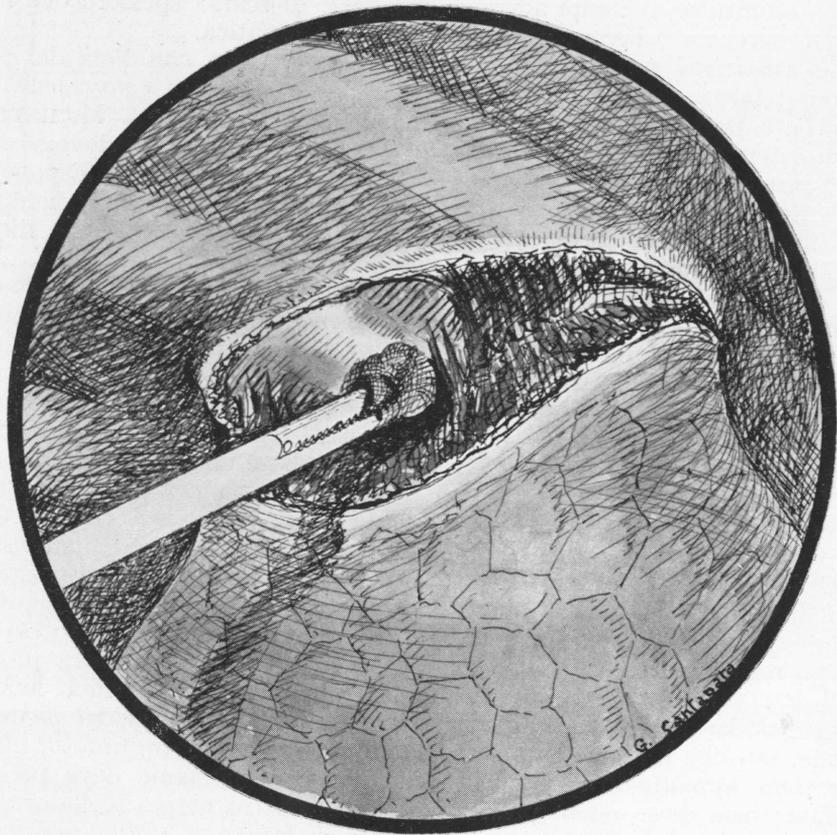
Le *condizioni permissive* sono connesse anzitutto con l'età del pneumotorace: torna ancora una volta utile insistere qui sulla convenienza dell'intervento precoce o precocissimo, di cui fummo insieme a MICIETTI (2) i primi assertori (ZORZOLI) (3) quando era canone che non si dovesse intervenire prima dei tre mesi dalla istituzione del pneumotorace. Esposammo esaurientemente in nostri precedenti lavori le ragioni che ci orientarono verso tale comportamento interventistico, e perciò non è il caso di insistere. Direm o soltanto che nel caso specifico che ora ci interessa la *possibilità di scollare sussiste solo durante i primi tempi del pneumotorace*. E ciò è facilmente comprensibile qualora si pensi al modo in cui viene a costituirsi il tirante aderenziale mediante la istituzione del pneumotorace. A polmone espanso la placca aderenziale ha una data superficie (fig. A), poniamo di 5 cm.²: iniziato che sia il collasso pneumotoracico, il polmone, staccandosi dalla parete, tende a stirare ed allungare la regione adesa, coostituendo così un tirante più o meno lungo e riducendo la base di impianto.

Ma devesi tener presente che il tirante si forma per massima parte a spese della pleura parietale (BARGI) (4), la quale scorre sul cellulare lasso della fascia endotoracica (fig. B), sì che ad un certo momento i punti estremi P e E della placca aderenziale non si trovano più ad avere appoggio nel piano toracico, ma si sono spostati lungo l'aderenza stessa. La lassità del cellulare permette tale scorrimento entro limiti abbastanza vasti, se si ricorre a regimi ipertensivi precoci e costanti secondo la tecnica proposta dal MORELLI, ma solo per qualche tempo: più tardi intervengono fenomeni iperplastici da stimolo meccanico trattivo in corrispondenza del piede aderenziale, tali che il connettivo sottopleurico diventa stipato, fibroso, inestensibile. Ora appunto lo scollamento che noi ci proponiamo deve precedere tale fase; cioè deve essere praticato finché il nostro mezzo scollatore trova un terreno adeguato alle proprie possibilità di lavoro.

Altra condizione permissiva è costituita dalla localizzazione topografica delle aderenze, poichè solo quelle impiantate sul perimetro toracico sono suscettibili di tale procedimento, e fra di esse sono di esecuzione più facile quelle laterali o postero-laterali, perchè in tali regioni è più labile la connessione fra fascia endotoracica e pleura parietale. Va da sè che le aderenze a piatto mediastiniche, o quelle della cupola pleurica nella sua zona anteriore per la loro particolare situazione anatomica non sono operabili in questo modo. Ed ancora: il grado di irrorazione sanguigna del cellulare fasciale; come ben sa chi ha pratica di pneumotorace extrapleurico, vi è grande diversità da caso a caso, poichè a volte si operano vasti scollamenti in campo pressochè asciutto, a volte invece la fascia è tutta una superficie gemente da numero sissime boccucce vasali lese. È naturale che il procedimento intrapleurico è solo praticabile quando la fascia sia poco irrorata, perchè se facilmente e copiosamente sanguigna è meglio usare la caustica o rinunciare all'intervento.

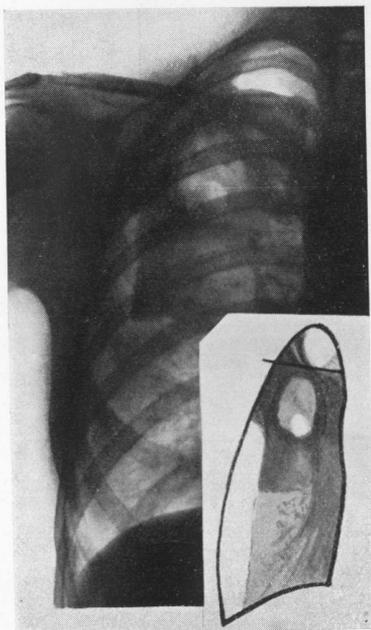
* * *

TECNICA OPERATORIA. — La tecnica è abbastanza semplice, per chi ha pratica di pleurolisi intrapleurica. È indispensabile lo strumentario a due cannule, cioè con ottica indipendente del tipo originale di Jacobaeus, strumentario che noi usiamo esclusivamente, e che non ci stancheremo mai di consigliare a chi voglia veramente applicare il metodo con criteri di indicazione ampia, ed ottenerne i risultati più vastamente concreti. Scelta l'impo-

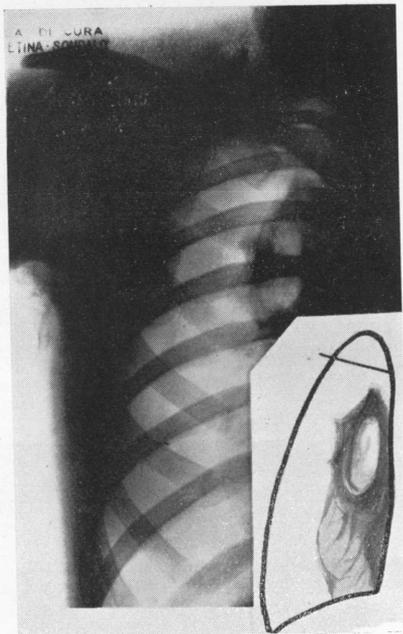


stazione strumentale più acconcia, l'aderenza o la regione sinfisata a piatto va aggredita dalla parte rivolta verso l'ansa caustica: con questa viene praticata torno torno alla base d'impianto un'incisione di discreta profondità, che interessi tutto il foglietto pleurico parietale, fino a cadere nella zona del cellulare fasciale. A questo punto si inizi la manovra dello scollamento, che si attua con la stessa modalità di tecnica, a mezzo di pinza montata, con cui si eseguisce lo scollamento nel pneumotorace extrapleurico. Serve egregiamente a questo scopo la pinza emostatica che uno di noi ha introdotto nello strumentario della Jacobaeus (ZORZOLI) (5), sulla quale viene opportunamente montato un piccolo batuffolo di garza che sporga in giusta misura dall'estremità anteriore delle ganasce. Così preparata la pinza viene introdotta attraverso la cannula (meglio se si adotta la nostra cannula ovale 6×9 mm. che offre più ampio lume con lo stesso ingombro trasversale) e portata contro la breccia già preparata a mezzo dell'ansa, come si è detto.

La punta protetta dello strumento allora inizia il lavoro di distacco, insinuandosi nello spessore della fascia, ed allontanando gradatamente il polmone da parete con manovre prudenti e con spinta adeguata alla resistenza che si incontra. Se il piano di scollamento è stato giustamente raggiunto nel tempo preparatorio, la diresi avviene in modo abbastanza facile, pur incontrandosi dei punti in cui l'adesione è più tenace, ove talora necessita un lavoro insistente di aggressione o di aggiramento, e tal'altra si richiede il sussidio di un piccolo colpo di caustica per demolire l'ostacolo e permettere poi la



Rad. A.



Rad. B.

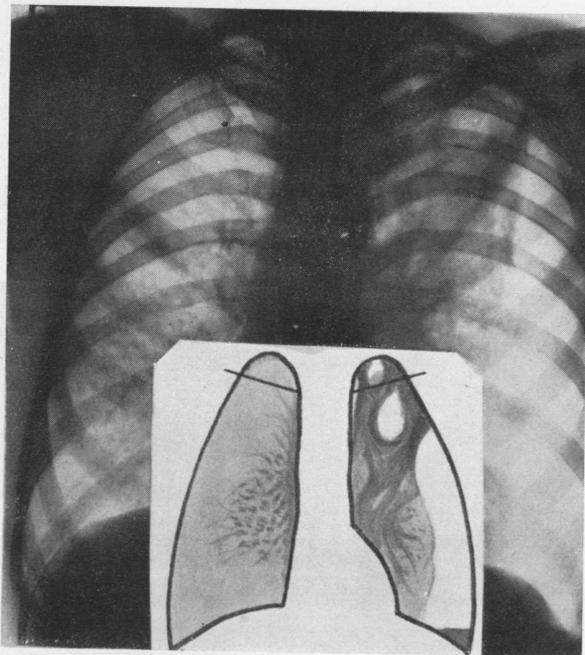
CASO N. I. — B. Fausta. - Intervento eseguito al San. Abetina.

Rad. A. Eseguito all'ingresso il 19 febbraio 1939. — Esiste sinfisi e piatto di parte del lobo superiore contro la parete latero-superiore del torace; la caverna arriva fin sotto alla parete.

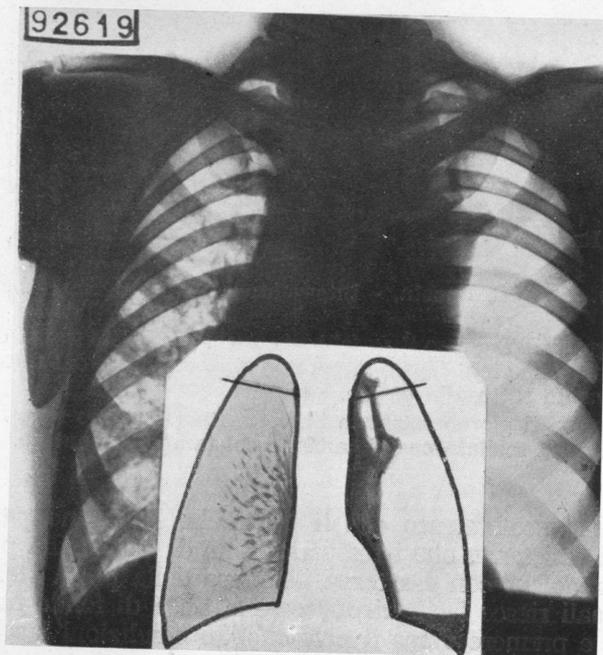
Rad. B. Eseguito il giorno seguente l'intervento (15 marzo 1939). — La vasta sinfisi è stata scollata completamente col tampone montato.

prosecuzione dello scollamento con il batuffolo. La mano percepisce assai bene il senso di resistenza che i tessuti offrono di fronte alla pinza scollante e l'occhio può regolare con esattezza il lavoro della pinza stessa, perchè in condizioni normali riesce facile riconoscere la linea di fondo ove il batuffolo deve insinuarsi e premere verso il polmone. In condizioni fasciali favorevoli lo scollamento può essere spinto assai lontano, fino a praticare disinserzioni di superfici vaste 20 e più cm².

Se si opera con prudenza è pressochè impossibile ledere il polmone, che resta difeso dalle pleure parietale e viscerale sinfisate, ed ispessite per effetto del processo sinfisario stesso. Più facile è deviare verso parete e creare false strade nello spazio intercostale attraverso i muscoli: ma con un po' pratica e sorvegliando bene l'andamento del piano di parete, l'errore può essere age-



Rad. A.

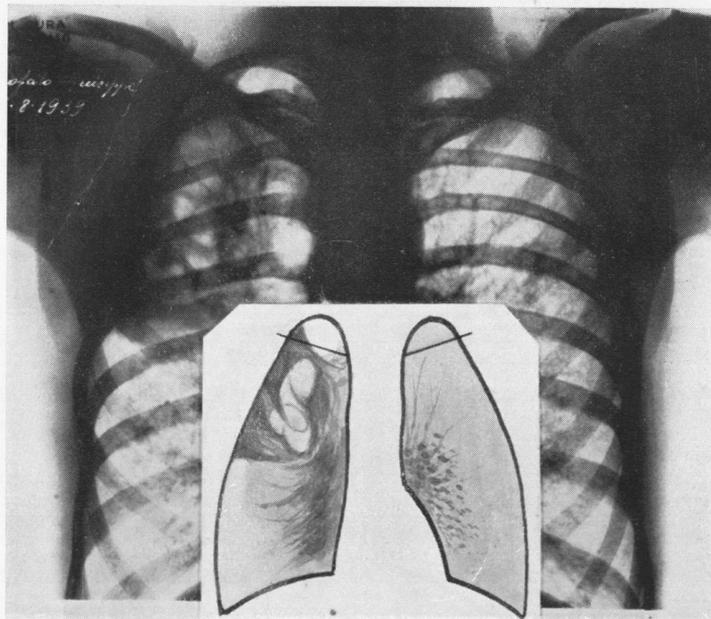


Rad. B.

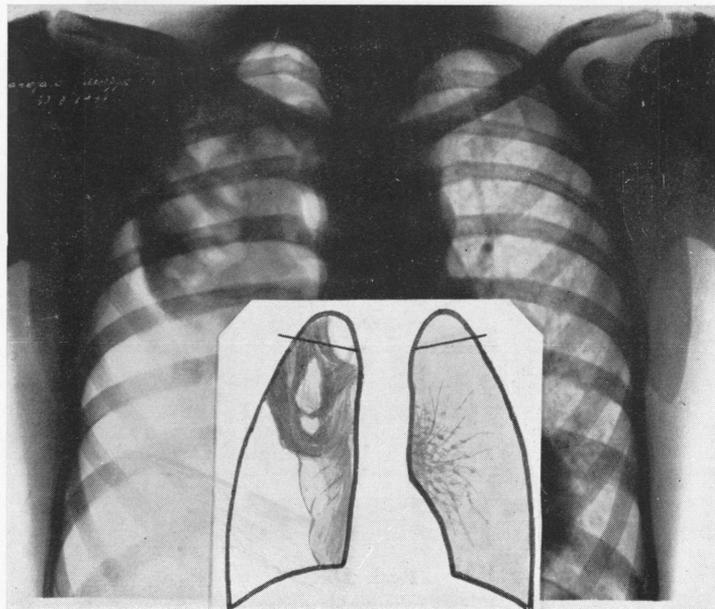
CASO N. 2. — P. Domenico. - Intervento eseguito all'Istituto Forlanini.

Rad. A (16 marzo 1940). — Sinfisi apicale estesa. Caverna sottostante alla sinfisi.

Rad. B eseguito il 25 marzo 1940, il giorno dopo l'intervento. — Disinserzione completa in un solo tempo. La sinfisi interessava la regione apico-sott'apicale nella sua porzione posteriore.



Rad. A.

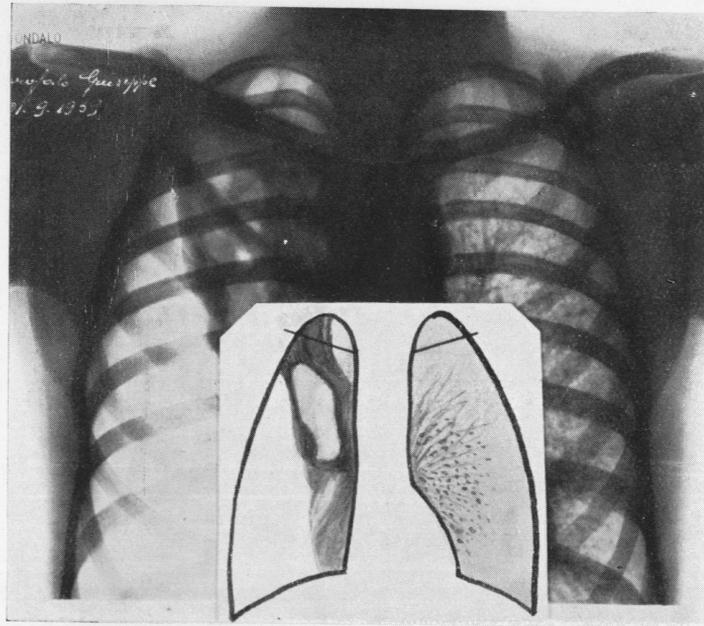


Rad. B.

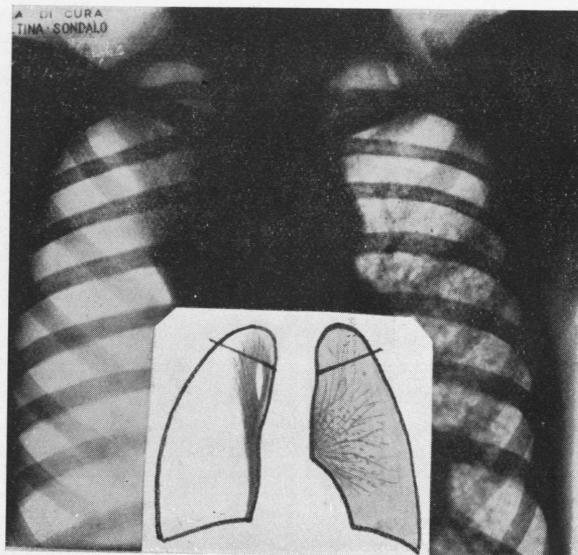
CASO N. 3. — G. Giuseppe. - Intervento eseguito al San. Abetina.

Rad. A (7 agosto 1939). — All'ingresso sinfisi totale del lobo superiore vastamente cavernizzato. (Il pnx. molto ipoteso all'ingresso è stato poi forzato prima dell'intervento. Non si è però modificata la configurazione pneumotoracica per quello che riguarda la sinfisi del lobo superiore).

Rad. B. — Dopo la prima seduta operatoria (30 agosto 1939).



Rad. C.



Rad. D.

Segue : CASO N. 3.

Rad. C. — Dopo la seconda seduta il 21 settembre 1939.

Rad. D. — Dopo la terza seduta il 27 ottobre 1939.

Il polmone è rimasto parzialmente aderente alla parete apico posteriore. L'intervento non ha potuto essere ultimato per presenza di tenace sinfisi peripleurica. In questo caso è stato commesso l'errore di lasciar passare troppo tempo fra il 2° e il 3° intervento sì che si è determinata una intensa reazione connettivale peripleurica tale da rendere irreperibile il piano di scollamento.

volmente evitato. Comunque è praticamente impossibile la lesione di vasi notevoli, data la natura del mezzo scollante. Gemizii fini si possono avere invece con discreta frequenza dai piccoli vasi intrafasciali, che vengono strappati nel corso dello scollamento: essi normalmente cessano in modo spontaneo per effetto del meccanismo stesso di strappo e del trauma ripetuto che si determina con lo strisciamento del batuffolo. Ad ogni modo non è il caso di preoccuparsene eccessivamente, e conviene procedere in modo spedito nel lavoro, possibilmente fino a staccare tutta la base di impianto aderenziale. A questo punto, se la faccia opposta dell'aderenza è libera, la si stacca rasoparete con l'ansa caustica, ed il polmone rimane così svincolato completamente: se non è libera sarà ottima cosa aver staccato il polmone ampiamente, per modo che ne consegua un collasso utile.

Prima di togliere lo strumentario è indispensabile assicurarsi della perfetta emostasi, detergendo la piaga operatoria con un batuffolo montato asciutto. Se qualche punto geme ancora lo si caustica con la punta dell'ansa, o meglio ancora con l'apposito bottone emostatico che uno di noi ha costruito, e descritto in un precedente numero di questa Rivista.

RIASSUNTO

Gli AA. descrivono un procedimento personale per la disinserzione delle sinfisi a piatto, secondo il quale lo scollamento viene attuato, per via endotoracica con un tampone montato a livello del piano di clivaggio sottopleurico, previa incisione della pleura parietale coll'ansa caustica, come viene comunemente praticato nell'istituzione del pnt. extrapleurico.

RÉSUMÉ

Les AA. font la description d'un procédé personnel pour la désinsertion des symphyses, selon lequel le décollement est effectué par voie endo-thoracique par un tampon élevé au niveau du plan de décollement souspleural, la plèvre pariétale ayant été incisée préventivement avec l'anse caustique, de la même façon dont on procède, en général, à l'institution d'un pnx. extra-pleural.

ZUSAMMENFASSUNG

Verff. beschreiben ein persönliches Verfahren zur Loslösung der tellerförmigen Verwachsungen. Nach dieser Methode wird die Loslösung auf dem Endothoraxweg ausgeführt mittels einer, am Rande der subpleuralen Loslösungsfläche befestigten, Tamponage und vorherigem Einschnitt der wandständigen Pleura mit einer ätzenden Anse, sowie sie gewöhnlich bei Anlegung eines Pneumothorax verwendet wird.

SUMMARY

The authors describe a personal procedure for the detachment of flat symphyses, by which the detachment is effected endothoracically with a tampon mounted at the level of the plane of the sub-pleural cleavage, after the previous incision of the parietal pleura with the caustic ansa, as normally practised in the institution of extrapleural pneumothorax.

RESUMEN

Los autores describen un procedimiento personal para la desinserción de las sinfisis a plato, segun el cual el descolamiento viene efectuado por vía endotoraxica con un tampon montado a nivel del plano de clivaje sub-pleurico previa incisión de la pleura parietal con la asa caustica, como se practica comunemente ne la institución del pnx. extra-pleurico.

BIBLIOGRAFIA

- (1) MAURER. — Thoraskopie e Kaustik — Beitr. Z. Klin. d. Tub., Bd. 70, H. 1, 1930.
— Id.: Section e disinsertion des adherences pleurales. — Rev. de la the., novembre 1935, 1064.
- (2) D. MICHEL. — Les indications de la thorascopie précoce — Journal Médical de Leysin, mai-juin 1938.
- (3) ZORZOLI S. — Per una applicazione più razionale dell'operazione di Jacobaeus (Gli interventi precoci). — Ann. Ist. C. Forl., vol. I, n. 9, 1937.
- (4) BORG I. — Sulla struttura delle aderenze pleuriche cordiformi di pneumotorace art. — Ann. Ist. C. Forl., anno III, n. 7-8, 1930.
- (5) ZORZOLI P. — Prevenzione e trattamento dell'emorragia nel corso dell'operazione di Jacobaeus. — Lotta contro la The., giugno 1937.

335912

5.535



