

Ma 1373/22

G. EGIDI

ULTERIORE CONTRIBUTO ALLA
CHIRURGIA DEI TUMORI POL-
MONARI.

Estratto dal BOLLETTINO E ATTI
DELLA R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA
Anno LXVII (1941-XIX) - Fasc. VII

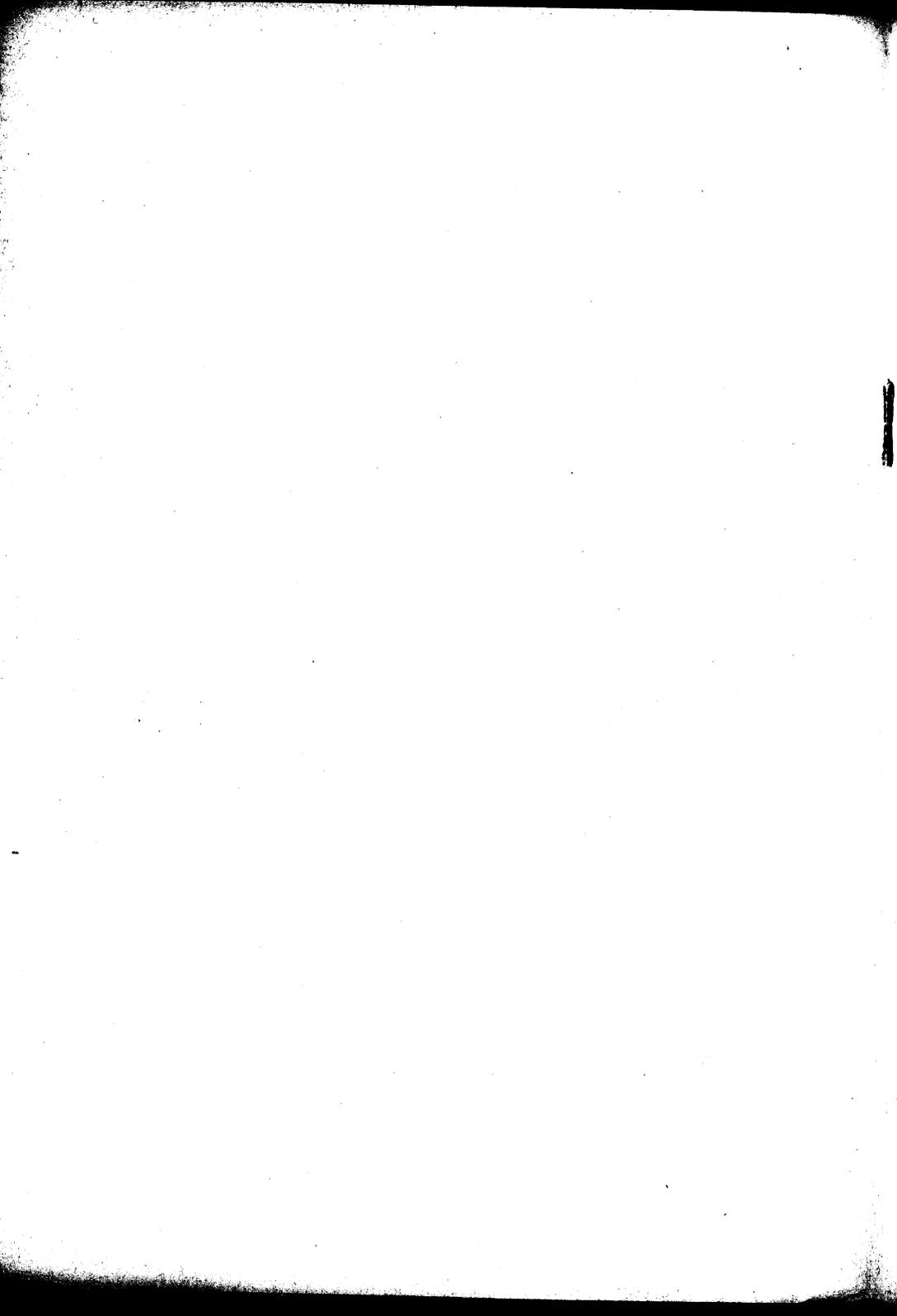


DITTA TIPOGRAFIA CUGGIANI
ROMA - VIA DELLA PACE, 35
1941-XIX

G. EGIDI

Ulteriore contributo alla chirurgia dei tumori polmonari.

*Comunicazione alla Seduta del 26 luglio 1941-XIX
della Reale Accademia Medica di Roma*



Nel decorso mese di giugno si presentò nella mia clientela privata un paziente che dal mese di gennaio soffriva di tosse e di lieve febbre serale; l'esame fisico del torace dava un reperto normale; nei radiogrammi si trovava, nella parte sinistra del torace, un'ombra rotonda situata subito sopra il cuore. Il suo diametro era di circa sei centimetri; il suo centro, nelle pose antero-posteriori, era nel secondo spazio intercostale e, nelle pose laterali, più vicino alla parete anteriore che alla posteriore del torace.

La diagnosi era stata molto incerta; all'inizio si era pensato ad una tubercolosi e si era fatto un pneumotorace; attualmente la costante negatività della ricerca dei bacilli e delle reazioni umorali per l'echinococco rendevano probabile la diagnosi di tumore. L'assenza di escavazioni ed una certa irregolarità nel contorno dell'ombra radiologica erano dati favorevoli alla diagnosi di tumore.

Il soggetto era un uomo alto, magro, di circa 40 anni, senza altre lesioni organiche. Nei radiogrammi si riconosceva un residuo di pneumotorace artificiale, ma il complesso, pneumotorace compreso, offriva condizioni favorevoli all'intervento.

L'intervento fu eseguito il 25 giugno in narcosi eterea per intubazione e sotto pressione. Fu inciso il secondo spazio intercostale anteriormente, furono sezionate vicino allo sterno le cartilagini costali I^a-V^a e poi fu applicato un forte divaricatore.

Il reperto fu il seguente: pleura libera ad eccezione di due aderenze nastriformi tese dall'apice polmonare alla cupola pleurica; nella parte centrale e basale del lobo superiore: tumore solido della grandezza di un pugno; apice e lingula sani; scissura interlobare libera.

Gli atti furono i seguenti: sezione delle aderenze dell'apice, isolamento del peduncolo del lobo superiore sinistro, scollamento intorno ad esso di un piccolo lembo di pleura; legatura separata dei vasi e del bronco previa applicazione provvisoria di un grosso laccio; asportazione del lobo contenente il tumore; carbolizzazione del moncone bronchiale; sutura della pleura mediastinica al di sopra del peduncolo del lobo; applicazione di un drenaggio ermetico nell'VIII° spazio sulla linea ascellare media; sutura di tutta la grande ferita toracica.

Prima di interrompere l'insufflazione, aperto il drenaggio, fu aumentata la pressione nei bronchi e, uscita dal drenaggio l'aria contenuta nella pleura, il drenaggio fu chiuso ed il paziente fu estubato.

Durante tutta l'operazione il polso si mantenne normale di frequenza e di pressione; nelle ore successive si ebbe tachicardia e tachipnea. Il giorno successivo, in due volte, si estrassero dal drenaggio circa 350 cc. di liquido ematico. Dopo la seconda estrazione di liquido, essendosi constatata una pressione negativa di circa 15 cm. d'acqua, fu iniettata aria fino a ridurre la pressione ad una negatività di soli 4 centimetri.

Il giorno successivo non si ottennero dal drenaggio che pochi centimetri cubici di liquido lievemente ematico e si trovò una pressione negativa oscillante tra quattro ed otto centimetri. Da allora la frequenza del respiro e del polso si avvicinarono alla norma ed il drenaggio fu lasciato sempre chiuso. Fu estratto al dodicesimo giorno; il foro non comunicava più con la cavità pleurica libera e si chiuse in pochi giorni.

Il decorso fu afebrile e la grande ferita guarì asetticamente.

Lo stato generale e le forze migliorarono rapidamente; la tosse scomparse ed il paziente, dopo tre settimane, lasciò la clinica.

I radiogrammi eseguiti dopo l'intervento dimostrarono che la metà sinistra dello spazio toracico era diminuita in parte per riduzione degli spazi intercostali, in parte per sollevamento del diaframma. Una certa velatura della metà operata faceva supporre che esistessero ispessimenti pleurici: forse per organizzazione di liquido rimasto nella pleura.

L'esame istologico del tumore asportato, praticato dal prof. Vernoni, dimostrò che si trattava di un epiteloma bronchiale.

Questo caso, operatoriamente guarito di prima intenzione, è così recente che non si può ancora parlare di guarigione radicale; però ho il piacere di poter riferire che la bambina operata di doppia lobectomia per tumore, che presentai l'anno scorso a questa Accademia, è in ottime condizioni dopo venti mesi dall'intervento.

La prognosi dei tumori polmonari, fino ad ora disperata, comincia a presentare qualche probabilità favorevole; ciò è dovuto al controllo del pneumotorace operatorio e della pressione pleurica post-operatoria ottenuto rispettivamente con i processi di iperpressione e con i drenaggi ermetici.

RIASSUNTO. — L'A. riferisce su un caso di lobectomia (lobo superiore sinistro) per grosso epiteloma d'origine bronchiale.

L'atto operativo, eseguito in narcosi eterea, con insufflazione intratracheale, che domina il pneumotorace operatorio, e seguita da applicazione di un drenaggio ermetico e sutura completa della ferita, ha dato guarigione del malato, che, dopo tre settimane, ha lasciato la clinica.

