

Man B7h/6

ISTITUTO « CARLO FORLANINI »
CLINICA FISIOLGICA DELL' UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore inc. : Prof. A. OMODEI-ZORINI

PROF. A. OMODEI ZORINI

Sul pneumotorace extrapleurico

Comunicazione alla seduta scientifica
tenuta nell'Istituto « Carlo Forlanini » il 1^o febbraio 1946

Estratto dagli *Annali dell'Istituto « Carlo Forlanini »* - Volume IX - Fasc. I



ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
1946



SUL PNEUMOTORACE EXTRAPLEURICO

PROF. A. OMODEI ZORINI

Desidero aggiungere qualche parola a questa serie importante di comunicazioni. Sia le relazioni di ZORZOLI, DI PAOLA e ABRUZZINI, sia le discussioni sorte, hanno dato la conferma di un fatto già noto, cioè della piena maturità scientifica del corpo medico dell'Istituto C. FORLANINI. Prima di entrare in argomento, voglio ribadire quanto ha già affermato FEGIZ, cioè che noi medici abbiamo il dovere dell'onestà assoluta di fronte ai problemi scientifici e dobbiamo perseguire ad ogni costo la verità, cercando di evitare la ricorrenza delle «mode terapeutiche» che purtroppo è difficile evitare. Ogni nuova pratica terapeutica trascina in un primo momento all'entusiasmo; ma sempre poi in mezzo alla luce sorgono le zone d'ombra e noialtri medici dobbiamo procedere con grande cautela nell'applicazione di tali procedimenti, perchè sono affidate alle nostre mani preziose vite umane.

Anche nel campo del pnx. extrapleurico, alcuni AA. stranieri (tedeschi soprattutto), come GRAFF e SCHMIDT e le loro scuole, hanno enunciata le loro opinioni, hanno portato il loro contributo favorevole, preferendolo alle varie toracoplastiche.

Ora, per quanto il pneumotorace extrapleurico si possa ritenere derivato almeno in parte da mie concezioni dottrinali esposte fin dal 1932, tuttavia io debbo dichiarare di essere più favorevole alla toracoplastica che al pnx. extrapleurico, nella maggioranza dei casi e di questa opinione sono pure gli AA. americani. Ma ogni caso va studiato accuratamente; sempre dobbiamo porci questa domanda; facciamo bene o male a trattare questo malato con pnx. extrapleurico, piuttosto che con toracoplastica? Questo secondo atto operativo presenta grandi vantaggi; è un intervento che si compie in uno o due tempi: e in breve spazio di tempo l'ammalato può essere dimesso dal sanatorio. Anche per esso, però, dobbiamo tener presente che vi sono dei casi che non danno buoni risultati, poichè nella toracoplastica totale o sub-totale il trauma operatorio è più grave; mentre nelle plastiche circoscritte, con il perfezionamento della tecnica, il trauma è diventato minore. Per i processi limitati all'apice, sono d'accordo, in linea generale, con quelli che ritengono di attuare preferibilmente una plastica circoscritta apicale, perchè si vengono così ad eliminare gli inconvenienti collegati col pnx. extrapleurico: che impegna il medico ed il malato ad una lunga cura pratica di rifornimenti, talora tecnicamente difficili, e ad eventuali complicanze. Ciò non toglie che anche questo metodo chirurgico si sia affermato; ed esso rimarrà quale importante conquista dei nostri tempi.

Desidero aggiungere alcuni rilievi storici a complemento di quanto ha detto DI PAOLA.

FORLANINI, come è stato da me riferito in un convegno fisiologico, tenutosi nel 1939 a Garbagnate, ha affermato in uno dei suoi scritti nel 1912: «Può accadere qualche volta che il gas introdotto per mezzo dell'ago da pnx. si diffonda anzichè nel cavo pleurico, nello spazio peripleurico; io mi sono chiesto se, quando si è formata una raccolta extrapleurica, non convenga aumentare il volume nei giorni successivi, così da produrre un pnx. extrapleurico, di azione analoga a quella del pnx. Non ho però mai osato appigliarmi ad un simile partito, che credo anzi di sconsigliare; una siffatta raccolta, non avendo limiti fisiologici, sconfinerebbe certamente dall'ambito polmonare; fin dove e con quali conseguenze non è possibile congetturare».

Questo per dimostrare come il nostro Grande abbia previsto la possibilità di un ulteriore sviluppo del pneumotorace, indicandone fin d'allora i pericoli e le difficoltà di applicazione.

Al pnx. extrapleurico fui spinto a Porta Furba nel 1932, da una osservazione accidentale al tavolo anatomico di un pnx. extrapleurico spontaneo e da alcune considerazioni da me svolte a proposito di piombaggi apicali con paraffina; tuttavia la mano mi si è fermata per il pericolo di emorragie, embolie e di empiemi, pericolo che costituì anche negli anni successivi, lo spauracchio dei chirurghi e di fisiologi. Partendo dalle mie osservazioni, il GRAF nel 1936 ha istituiti chirurgicamente il pnx. extrapleurico e SCHMIDT vi ha dato la massima estensione; nel 1941, a Baden Baden, ADELBERGER, allievo di SCHMIDT, presentò una statistica di 600 casi di pnx. extrapleurico in grande prevalenza alto, alcuni anche di pnx. totale o subtotale.

In Italia, com'è noto, si è dato fin dal 1939 un intenso impulso a questo metodo nell'Istituto Sanatoriale Principi di Piemonte a Napoli, sotto la mia guida, e l'ABRUZZINI vi ha apportato un importante contributo di tecnica ed operazioni. Dobbiamo pure ricordare il BIANCALANA di Torino, il quale ha al suo attivo più di 200 casi operati con tecnica eccellente e altri studiosi della scuola di Roma, Napoli e Torino, i quali hanno attuato questo metodo con buona tecnica ed hanno ottenuto buoni risultati, che si sono mantenuti anche a distanza di tempo.

Pneumotorace extrapleurico alto, o basso, o totale? Tecnica alta o tecnica bassa, come ha consigliato E. MORELLI e come è stata attuata da G. ZORZOLI? Non si può dare una risposta univoca; non dobbiamo dimenticare che ogni malato esige uno studio a sè; poichè il pnx. extrapleurico ha il vantaggio di poter essere elettivo. Si dovrà dunque adottare una tecnica alta, bassa e totale secondo l'estensione, il tipo della lesione, l'integrità più o meno completa dell'altro polmone, secondo la capacità funzionale, ecc. La tendenza moderna è quella di istituire collassi ampi, poichè i pneumotoraci parziali anche se elettivi, non sempre riescono a dominare le lesioni, specie in vicinanza dell'ilo e le statistiche a distanza di anni ci dicono che solo il pneumotorace totale dà garanzia di buoni risultati permanenti nella maggioranza dei casi; però non va dimenticato che, praticando il pnx. extrapleurico totale d'emblée, si va incontro ad un traumatismo non indifferente.

Sul problema discusso da ABRUZZINI e RUGGERI, se convenga scollare sempre l'apice polmonare, anche quando questo non sia sede di alterazioni, io sono dell'idea che convenga rispettarlo, se il processo morboso è situato nella metà inferiore del polmone; mentre altrettanto non si può affermare nel caso delle toracoplastiche, dove le prime costole costituiscono la «chiave

di volta » che bisogna in ogni caso necessariamente demolire, se si vogliono ottenere risultati soddisfacenti.

Per quanto riguarda il problema delle indicazioni cliniche, c'è da domandarsi, come ha osservato acutamente RUGGERI: se non sia il caso di parlare di contro-indicazioni, piuttosto che di indicazioni.

Io riterrei tuttavia di parlare di indicazione, perchè le contro-indicazioni sono un fenomeno inevitabile in tutti gli interventi operatori. Dobbiamo saper scegliere bene i casi e non estendere l'intervento; non dobbiamo diffondere il metodo al di là dei suoi limiti, se non vogliamo screditarlo. Il valore di un metodo si giudica appunto dai risultati a distanza. Nel corso delle mie lezioni presso la scuola di perfezionamento nel 1945, mi sono intrattenuto per due volte sul tema del pnx. extrapleurico.

Le indicazioni cliniche che ho enunciato allora debbono essere leggermente modificate. Dobbiamo ora domandarci: vi sono indicazioni terapeutiche fisse e costanti? È difficile affermarlo; ogni caso singolo va considerato in base a diversi criteri generali e locali.

Fra i criteri generali dobbiamo valutare l'età del soggetto. Questo è un dato di grande importanza nel pnx. extrapleurico. Se, ad es., ci troviamo di fronte a dei bambini o adolescenti dai 10 ai 18 anni, che presentano processi ulcerosi polmonari ed è necessario intervenire con un pnx intrapleurico che però non riesce per sinfisi pleurica, e nei quali la frenicoexeresi non dà buoni risultati, dobbiamo allora operarli di toracoplastica o di pnx. extrapleurico? Io consiglieri il pnx. extrapleurico, perchè così si eviteranno quelle gravi deformazioni dello scheletro toracico che in individui giovanissimi sono particolarmente nocive. Infatti, non si attua mai una toracoplastica in individui al di sotto dei 17-18 anni. L'età è perciò uno dei criteri fondamentali per distinguere l'opportunità di un pnx. extrapleurico o di una toracoplastica.

L'esperienza di Napoli e degli AA. tedeschi dimostra che la tisi stabilizzata degli adolescenti è suscettibile di buon trattamento con pnx. extrapleurico anche bilaterale, e questo è un argomento da approfondire su una maggiore casistica. Dai 20 ai 40 anni si ha un largo campo di applicazione per il pnx. extrapleurico. Nella tarda età ed in genere al di là dei 40 anni, è invece sconsigliabile, perchè il polmone diventa più o meno rigido, o enfisematoso. Si preferisce allora la toracoplastica.

Un'altro dato che si deve tener presente è rappresentato dalle condizioni fisiche generali dei pazienti; in tutti gli interventi questo dato va tenuto in gran conto; così anche nel caso del pnx. extrapleurico; però trattandosi di una operazione meno traumatizzata di una plastica subtotale o totale, che in genere non provoca disseminazioni broncogene dei focolai tubercolari, esso può eseguirsi anche in soggetti relativamente deperiti, con localizzazioni contro laterali, purché queste siano limitate e non siano nettamente evolutive.

L'evoluitività è un altro criterio importantissimo, ma difficile da valutare nella scelta dell'intervento operatorio. Quali forme, dal punto di vista della evoluitività, sono adatte per il pnx. extrapleurico e quali invece per le toracoplastiche tipo BRAUER-SAUERBRUCK? Si dice che le toracoplastiche siano interventi « a freddo », che sono cioè praticati su malati non in periodo evolutivo od emoftico.

Mentre la toracoplastica è stata definita operazione « a freddo » e il pnx. di FORLANINI intervento « a caldo » il pnx. extrapleurico rappresenta una via intermedia.

Si possono presentare alla nostra osservazione casi di lobiti, o di infiltrati

in fase essudativa recente o riattivata. Il pnx. extrapleurico, soprattutto in base alla casistica Romana, ha questo vantaggio sulla toracoplastica subtotale, o totale, in quanto esso si applica anche in soggetti in fase sub-evolutiva, essudativa. Malati non trattabili quindi, per le loro condizioni biologiche con la toracoplastica, possono essere adatti per il pnx. extrapleurico.

Dobbiamo però procedere con molta prudenza perchè anche col pnx. extraeurico, quando la malattia è in fase evolutiva, essudativa, possiamo andare incontro a complicanze gravi, quali ad es. la perforazione del polmone, e gli empiemi associati.

Prove funzionali: rispondo al Dr. NEGRI, il quale si è giustamente preoccupato di questo problema; la dottoressa APRILE-ABRUZZINI si è interessata di ricercare la capacità funzionale respiratoria con la prova di KNIPPING-SCOZ. Essa ha trovato che quando il pnx. extrapleurico è elettivo, e localizzato nella sede giusta, non vi è pericolo di anossia; talora anzi si ottiene un miglioramento. Quando invece si provoca un collasso brusco di tutto il polmone, l'organismo ne soffre e può resistere soltanto quando l'altro polmone è integro.

Criteri locali: il pnx. extrapleurico dovrà essere soltanto unilaterale o può essere anche bilaterale?

Per la toracoplastica si è adottato in generale il criterio dell'unilateralità. Per il pnx. extrapleurico dobbiamo dire, in base agli studi eseguiti in Germania ed alla casistica mia e di ABRUZZINI di Napoli, che esso può venir eseguito anche bilateralmente. Si può praticare in casi, ad esempio, di lesioni simmetriche bilaterali che interessano i lobi superiori dei polmoni, quando una doppia toracoplastica di tipo medio (fino alla settima costola) sarebbe assolutamente sconsigliabile. Così pure il pnx. extrapleurico si può benissimo associare ad un pnx. intrapleurico controlaterale.

Nel campo delle *condizioni locali*, dobbiamo tener conto di alcune controindicazioni, che sono a tutto vantaggio della toracoplastica. Le caverne rigide, le caverne troppo grandi e superficiali, le vecchie tisi di origine produttiva non sono molto adatte per questo tipo di intervento, perchè non sono suscettibili di un buon collasso e si spostano il più delle volte verso la regione dell'ilo o contro il mediastino.

Il pnx. extrapleurico non è neppure consigliabile nelle pachipleuriti, nei fibrotoraci cavitari, nelle peripleuriti che possono dar luogo a gravi complicazioni, in conseguenza dello scollamento chirurgico (emorragie ed empiemi); così pure, quando vi è stato in precedenza un empiema. Tre anni fa avevo compreso tra le controindicazioni anche un preesistente pnx. intrapleurico, perchè con la riespansione del polmone si possono avere delle sinfisi tenaci anche nel tessuto peripleurico.

Altra controindicazione tecnica è data da una precedente aspirazione endocavitaria, quando il tragitto è rimasto infettato.

Minore importanza ha il *tipo anatomo-clinico* del processo originario.

Abbiamo osservato nella casistica di DI PAOLA e ZORZOLI che il pnx. extrapleurico può essere applicato tanto alle forme essudative, quanto a quelle produttive e alle forme di tisi cronica. Tuttavia, va distinto caso da caso; non so se debbo qui parlare delle singole forme cliniche; accennerò soltanto alle tubercolosi cirrotico-cavernulari dell'apice che debbono essere trattate con toracoplastica (esse sono capaci di provocare delle pachipleuriti apicali imponenti, con attrazione del mediastino); alla caverna solitaria dell'apice,

alle tisi fibrose o fibroulcerose dense, ai fibrotoraci cavitari che sono pure più adatti per le toracoplastiche parziali o totali.

Le forme miliariche con caverne possono essere trattate sia con pnx. extrapleurico che con toracoplastica; però in linea generale, dove è possibile eseguire una toracoplastica circoscritta, questa deve essere preferita.

Tutte le forme essudative e subevolutive (infiltrati, lobiti, broncopolmoniti circoscritte o diffuse mololaterali) sono campo di azione del pnx. extrapleurico.

Nei processi bilaterali si deve pure intervenire con pnx. extrapleurico quando le lesioni sconfinano al disotto dell'apice.

Le controindicazioni sono le stesse che si hanno per il pnx. intrapleurico cioè tubercolosi dell'intestino, del laringe e di altri organi, diabete, vizi cardiaci non compensati ecc.; bisogna tener molto conto anche della funzionalità cardio-respiratoria.

Un problema concomitante è quello dell'associazione del pnx. extrapleurico al pnx. intrapleurico omolaterale.

LILIENTHAL ha presentato recentemente 33 casi, di cui 28 con risultati soddisfacenti; egli ha osservato emorragie gravi in un solo malato; due casi di rottura di caverne nello spazio endopleurico, sette complicati da pleurite essudativa. Questi casi presentati ad una recente riunione di tisiologi americani, hanno dato luogo ad una discussione molto vivace ed a numerose critiche.

A me tale intervento non sembra facile in linea generale, ed alcuni tentativi di ABRUZZINI non hanno dato buon esito.

Concludendo, dobbiamo dire che questo nuovo mezzo collassante va tenuto presente nella pratica quotidiana; esso può permettere di curare e salvare molti malati non agevolmente trattabili con altri metodi terapeutici e costituire un ulteriore sviluppo ed applicazione dell'idea originaria di FORLANINI, di questo grande Maestro che molti anni fa ha gettato il suo sguardo di aquila su gran parte dei problemi iatromeccanici che assillano la tisiologia moderna.

352679









