

Mohr B7h /

55

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

PROF. N. DI PAOLA



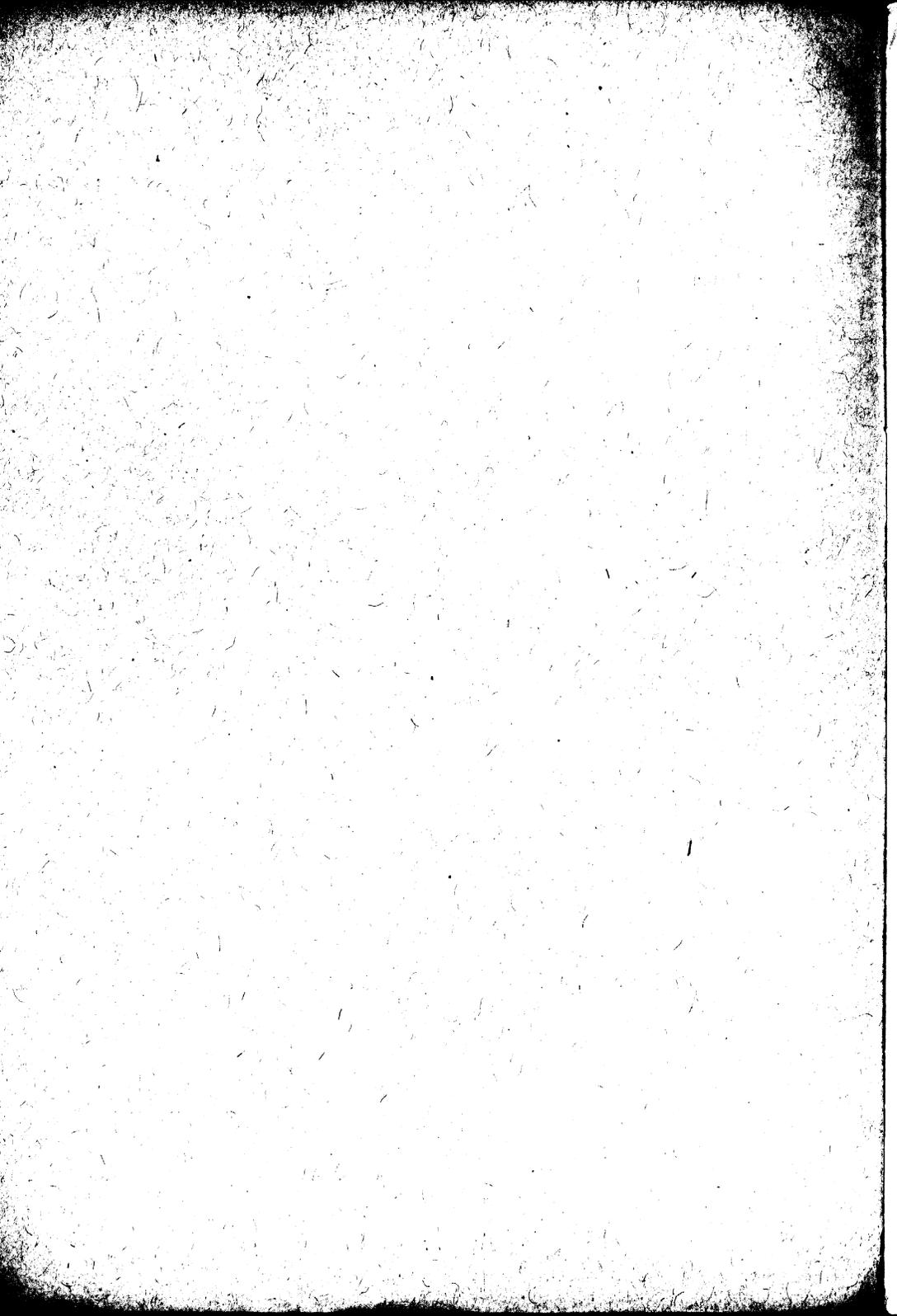
Sul pneumotorace extrapleurico, con particolare riguardo alle
indicazioni, al trattamento postoperatorio e alle complicazioni

Comunicazione alla seduta scientifica
tenuta nell'Istituto « Carlo Forlanini » il 25 gennaio 1946

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

R O M A
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA

1946



SUL PNEUMOTORACE EXTRAPLEURICO, CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLE INDICAZIONI, AL TRATTAMENTO POST- OPERATORIO E ALLE COMPLICAZIONI

RELAZIONE del Prof. N. DI PAOLA

Dopo l'esposizione fatta dal collega G. ZORZOLI nella seduta precedente, io temevo di esser a corto di argomenti nel presentare i casi operati nel reparto Chirurgia Donne.

In corso di discussione, però, ho notato un notevole interessamento dei colleghi, i quali erano desiderosi di prendere conoscenza più profonda di questo intervento. Ciò mi dà adito di potervi parlare, succintamente (ma spero in modo soddisfacente per voi) su tre problemi che hanno la massima importanza. Il primo è quello delle indicazioni che, sebbene sia ancor presto di poter inquadrare, come giustamente ha osservato il Prof. OMODEI-ZORINI, data la mancanza dei risultati a distanza, tuttavia deve esser affrontato nelle sue grandi linee, specie nei confronti con la toracoplastica.

Un'altro capitolo importante è il decorso post-operatorio; viene poi il trattamento delle complicazioni. È bene che quest'ultima parte sia ampiamente svolta, perchè è logico che questa nuova terapia non rimanga esclusivo monopolio del chirurgo, ma divenga di dominio comune da parte del fisiologo. Sarà mia preoccupazione rimandare, come faccio per gli altri interventi chirurgici, i malati ai reparti di origine, dopo l'obbligato periodo di degenza in chirurgia, affinchè ciascuno dei colleghi possa seguire più da vicino l'evoluzione clinica dei malati mandati ad operare; se non l'ho fatto sinora, è perchè ho voluto seguire, per quanto mi è stato possibile, il decorso post-operatorio di un numeroso gruppo di malati per poter così corregermi delle eventuali deficienze, che insorgono naturalmente quando si è alle prese con una materia di recente istituzione.

I primi tentativi di apicolisi risalgono al TUFFIER nel 1891 che vennero poi abbandonati per difficoltà di tecnica. Ripresi nel 1910 dallo stesso Autore si presentarono nuovamente le medesime difficoltà; cosicchè, sorsero in sua vece i vari metodi di « Piombaggio » a base di paraffina o di altra materia solida che ebbero la massima diffusione, specie per l'autorità di SAUERBRUCH, che nel Congresso di Oslo del 1930 aveva presentato più di 1.000 casi.

Spetta al nostro Direttore, prof. OMODEI-ZORINI, d'aver preso posizione contro questa tecnica dei piombaggi che giudicava antifisiologica nei loro postulati e nelle conseguenze clinico, anatomiche e meccaniche. Infatti, nel 1932

il prof. OMODEI-ZORINI consigliò di battere altra strada e di creare degli interventi chirurgici che si avvicinassero il più possibile alla concezione del pnx. terapeutico, auspicando la creazione di un pneumotorace extrapleurico, cui però non giunse nella pratica attuazione. Una sua pubblicazione comparsa in Germania nel 1933 sull'apicolosi semplice senza piombaggio diede lo spunto al GRAF per riprendere la tecnica del pneumotorace extrapleurico già attuata saltuariamente da MAYER e da NISSEN.

Così dal 1936 questo metodo ebbe larga diffusione in Germania per merito del GRAF, dello SCHMIDT e di ALDELBERGER e di altri e in Italia a Torino, Roma e specialmente nella Scuola Tisiologica di Napoli.

In seguito ad una comunicazione fatta all'Accademia Medica di Roma da OMODEI-ZORINI e ABRUZZINI su un'ampia statistica di pnx. extrapleurici alti, il prof. MORELLI consigliò di attuare un extrapleurico basale con svincolo del diaframma specialmente in quelle lesioni dei lobi inferiori dove si aveva uno scarso sollevamento del diaframma dopo frenicoexeresi per sinfisi tenace peripleurica da precedente versamento.

Da questo pnx. extrapleurico basale noi, seguendo il consiglio del MORELLI, in questo Istituto, siamo riusciti progressivamente ad ampliare il cavo fino ad ottenere dei pnx. extrapleurici subtotali e totali che, come voi avete visto, autorizzano di concepire buone speranze per la terapia chirurgica anche delle lesioni diffuse del polmone.

La tecnica è quella comune a tutti i pnx. extrapleurici; soltanto, che invece di resecare un tratto di III e IV costola come si faceva nei pnx. extrapleurici alti viene sezionata la V, o la VI, o la VII a seconda che si voglia creare un pnx. extrapleurico subtotale, totale o basale.

Molta precauzione bisogna usare nello scollamento apicale per la presenza di aderenze tenaci e di vasi neoformati e specialmente lungo la parasternale dove si trovano i vasi provenienti dalla mammaria interna che possono dare copiose emorragie; ciò che ci ha reso guardinghi e ci frena ad estendere lo scollamento anteriore fino al mediastino. È qui che generalmente si ha la massima resistenza della pleura a subire lo scollamento; forse per questo voi notate talora la presenza di lesioni ancora in attività lungo la parasternale.

Quando il paziente non ha avuto una pleurite con versamento sieroso o empiematico, generalmente l'operazione si fa con rapidità perchè le pleure non fanno opposizione al loro distacco dalla fascia endotoracica. Tenace invece è la resistenza quando si operano pazienti, che hanno avuto una flogosi pleurica di vasta entità con compromissione dei tessuti pleripleurici. Allora raramente si riesce a creare un'ampio cavo, perchè si è in presenza di sinfisi tenaci, che resistono anche a uno scollamento eseguito con una certa forza. In questo caso è meglio desistere dal tentare di fare un extrapleurico completo perchè si provocherebbero delle lacerazioni e sicuramente si avrebbe un decorso post-operatorio tumultuoso e una complicazione empiematica.

Nei casi poi in cui vi è stato in precedenza un grave empiema, vano sarebbe il tentare lo scollamento perchè ci troveremmo di fronte ad una pleura resistente come una corazza e che difficilmente si distacca dalla parete.

Dopo aver eseguito lo scollamento totale della pleura noi, per maggiore precauzione, nei casi di pleure normali, iniettiamo nel cavo 4 gr. di sulfamidici in soluzione; in caso invece che nel tessuto pleripleurico si abbiano lesioni tubercolari (non è raro di osservare dei tipici tubercoli) abbiamo trovato opportuno di eseguire un ampio lavaggio del cavo neoformato con Clorosol.

Fatta l'emostasi accurata dei vasi, noi tamponiamo il cavo con delle

garze impregnate di soluzione fisiologica calda, a pressione, per 10 minuti; ciò ha il duplice scopo e di modellare il cavo e di completare l'emostasi anche dei vasi minimi.

La chiusura della ferita richiede la massima attenzione. Bisogna ricostruire tutti i piani onde evitare quelle ernie parietali che venivano prima descritte come non infrequenti.

Decorso post-operatorio. — Il decorso post-operatorio è generalmente regolare. Nei primi giorni si può avere anche temperatura alta, che però decade progressivamente per lisi.

Un fatto che ha attirato particolarmente la nostra attenzione è la discordanza polso-temperatura.

Infatti in tutti i malati operati di pnx. extrapleurico totale o subtotale, anche se la temperatura supera di poco la norma, si ha sempre una accentuata frequenza del polso che si mantiene per vari giorni dai 130 ai 150, normoteso, ritmico ed ampio.

Questa alterazione, ancora non descritta da altri AA. è stata da noi messa in rapporto e con la rapida diminuzione della capacità respiratoria per l'improvvisa diminuzione della superficie alveolare funzionante e per la riduzione di un ampio tessitorio vascolare. Forse siccome il malato non può mettere completamente in atto i compensi ausiliari respiratori di iperventilazione, per il dolore provocato dalla ferita toracica, l'ematosi viene aiutata principalmente dall'aumento di frequenza del ritmo cardiaco: infatti il malato è solo un po' cianotico e lievemente dispnoico (30 atti respiratori al minuto). Questo stato di squilibrio dura generalmente pochi giorni, poi si ha la regolarizzazione del decorso. La dispnea è la prima a scomparire, scompare poi la cianosi verso la VII giornata e la febbre si attenua fino a regredire quasi sempre completamente nella 10ª giornata. Il polso invece mantiene, ancora per molto tempo, la accentuata frequenza.

Trattamento post-operatorio. — Grande importanza riveste il trattamento del malato durante il decorso post-operatorio data l'estrema sensibilità del cavo extrapleurico neofornato.

Ogni reparto chirurgico dovrebbe avere assolutamente a portata di mano un apparecchio radiologico perchè il controllo radioscopico è essenziale per il buon andamento; dato che quasi quotidianamente bisognerebbe osservare lo stato del collasso polmonare e la quantità del versamento sierematico neofornatosi. E' raro osservare la mancanza di versamento, il quale è la norma, anche se l'emostasi sia stata accurata durante l'intervento. Se il versamento, generalmene siero-ematico anche se denso e coi caratteri di sangue puro, è di scarsa entità e non sorpassa il livello del piano della ferita, si può pure attendere di svuotarlo perchè molto spesso si riassorbe spontaneamente specie se il polmone si mantiene ben collassato. Mi soffermo sul fatto del collasso perchè non è stato infrequente il caso di aver notato un rapido riassorbimento del liquido aumentando fortemente le pressioni. Se invece il liquido oltrepassa il livello della ferita, allora in III, IV giornata conviene svuotarlo. Per l'estrazione di esso noi consigliamo di adoperare una semplice siringa ricordata ad un ago con rubinetto a tre vie che ci permette di sostituire, senza tema d'infezione e nel modo più semplice, il liquido con una quantità pressochè uguale di aria. Si evitano così le brusche decompressioni con possibile puntura del polmone che potrebbe avvenire se usassimo l'apparecchio comune da toracentesi.

Generalmente bastano pochi svuotamenti eseguiti ogni 3-4 giorni per ottenere un cavo asciutto.

Quando siamo sicuri che la ferita operatoria è ben cicatrizzata si cominciano ad elevare progressivamente le pressioni sino a portarle a +30 ed oltre. Bisogna riuscire ad avere un collasso il più possibile massivo specie quando siamo stati costretti ad intervenire su pazienti affetti da forme sclerotiche, cronicizzanti, con polmone rigido.

Infatti, non è rara la possibilità, rifornendo anche quotidianamente se necessario, di ampliare notevolmente il cavo preformato chirurgicamente.

Durante queste manovre bisogna stare sempre in allarme perchè non è infrequente il caso di avere delle piccole embolie, per fortuna con fenomeni transitori, che si manifestano subito dopo il rifornimento nello sforzo che il malato compie per mettersi seduto nell'atto di alzarsi dal lettino.

È caratteristico il sintomo subiettivo accusato dal paziente; infatti esso si accorge dell'inizio del fenomeno dalla caratteristica sensazione di gorgoglio lungo la parasternale seguita da amaurosi e perdita di coscienza che può durare anche solo pochi istanti. Di breve durata sono anche le paresi a carico di questo o quell'arto.

Mi è stato ancora impossibile individuare con precisione la causa di questo fenomeno; probabilmente sarà dovuto a un distacco brusco di zone vascolarizzate lassamente aderenti in ambiente iperteso o a un brusco squilibrio circolatorio.

Quando finalmente l'esame clinico ci assicura del silenzio polmonare, allora si possono con precauzione distanziare i rifornimenti e portarli in media a 7-10 giorni.

Le complicanze. — Dato che i disturbi precedentemente descritti sono degli accidenti transitori che non lasciano tracce di sé, non li ho inclusi nel capitolo delle complicanze; adesso invece tratterò di queste in particolare.

Un'evenienza rara, ma fatale, è l'emorragia acuta che compare nell'immediato periodo post-operatorio anche se il cavo pnx., al termine dell'intervento, si presentava apparentemente asciutto.

A noi è insorta, in un sol caso, in una giovanetta di 16 anni che aveva un cavo relativamente ampio.

La causa della morte non l'abbiamo però attribuita all'anemia acuta improvvisa dato che la puntura del cavo in alto ci dava ancora pressioni manometriche; ha forse contribuito lo choc operatorio e una degenerazione miocardica riscontrata al tavolo autoptico. Ecco perchè adesso stiamo guardinghi, specie per consiglio del prof. OMODEI-ZORINI, ad operare dei pazienti che presentano disturbi di circolo e alterazioni del miocardio.

Un'altra complicanza, che per fortuna non è frequente, è l'empiema, che può essere di due tipi: l'empiema settico e l'empiema tubercolare.

a) *L'empiema settico* inizia per lo più nelle prime settimane durante la presenza del versamento siero-ematico e si ha specialmente quando c'è suppurazione della ferita operatoria, la quale è senza dubbio la responsabile maggiore di questa infezione.

Ecco perchè noi appena ci accorgiamo di un inizio di suppurazione della ferita cerchiamo di svuotare il più possibile il versamento del cavo anche quotidianamente accompagnandolo da lavaggio con Clorosol o immettendo sulfamidici. Purtroppo, però, non sempre si riesce, specie se siamo in presenza di organismi defedati, a vincere con questi mezzi il fenomeno suppurativo

e allora è necessario drenare il cavo con l'immissione di una sonda tipo Nelaton. Questa viene introdotta attraverso la ferita suppurata onde permettere un lavaggio, anche biquotidiano, abbondantissimo con Clorosol per asportare i detriti di fibrina e coaguli che altrimenti fanno da pabulum ai germi presenti nel cavo.

Generalmente, se il pnx. è abbastanza ampio, noi riusciamo a dominare l'empiema all'incirca in una ventina di giorni, e l'ampiezza del cavo viene solo parzialmente ridotta. Al contrario, se il cavo è inizialmente piccolo e poco efficiente conviene far riesperdere il più rapidamente possibile il polmone e abbandonare il pnx. extrapleurico, allo scopo di dominare prima l'empiema.

b) *Empiema tubercolare.* — I meccanismi d'infezione sono analoghi a quelli dell'empiema tubercolare pleurico :

1° per localizzazione primitiva alle pareti del cavo di metastasi ematogene ;

2° per estrinsecazione extrapleurica di focolai sottosierosi polmonari o glandolari mediante propagazione per contiguità o per via linfogena ;

3° per svuotamento nel cavo di un focolaio caseoso con apertura persistente o transitoria di una fistola pleuro-polmonare.

L'insorgenza può essere acuta o latente e il tempo di manifestazione precoce o tardiva.

L'insorgenza acuta non è frequente. Ha le stesse manifestazioni cliniche dell'empiema settico e si differenzia da esso perchè non si riesce mai a coltivare un germe piogeno ; invece, si mette in evidenza il bacillo di Koch.

Questa forma di empiema ad inizio settico acquista col tempo i caratteri dell'empiema tubercolare cronico.

L'inizio latente è invece più frequente ed è proprio degli empiemi tubercolari cronicizzanti che possono manifestarsi o come empiemi da trasformazione o come empiemi tardivi cronici così detti « empiemi freddi ».

Per tutti gli empiemi tubercolari la terapia è uguale a quella dei comuni empiemi tubercolari pleurici.

Non mi soffermo a parlare della suppurazione della ferita che è in definitiva la maggiore responsabile di tutte le complicanze e ciò perchè il suo trattamento, è di pertinenza esclusivamente chirurgica.

Indicazioni. — E adesso entriamo nel capitolo più importante del tema trattato quello cioè delle indicazioni. Lo studieremo assieme durante la rassegna radiografica che vi farò dei singoli casi operati.

Vi presenterò i casi secondo i vari tipi di lesioni che più possono avvantaggiarsi di questo nuovo tipo d'intervento incominciando dalle forme produttive a evoluzione cronica e finendo a quelle acute, fortemente tossiemiche ; quali sono le forme essudative.

Tutti i malati operati, al contrario di quello che si notava quando si praticavano solo extrapleurici alti, non presentano lesioni localizzate all'apice che noi ormai dominiamo nel modo più perfetto e più rapido con la toracoplastica apico-ascellare, ma lesioni generalmente diffuse a tutto un polmone o oltrepassanti in senso apico-caudale la 6ª costa sulla paravertebrale.

Dei risultati voi potrete renderverne immediatamente conto esaminando direttamente i malati che vi presenterò durante l'esposizione clinico radiologica di ciascuno di essi.

Il primo gruppo è costituito da malati che presentavano i quadri di una tubercolosi cronica a tipo produttivo per lo più di origine ematogena; alcuni con semplici manifestazioni nodulari diffuse, altri in fase fibroulcerativa e talora in uno stadio di vere tisi croniche pluricavitarie a tendenza fibro toracica.

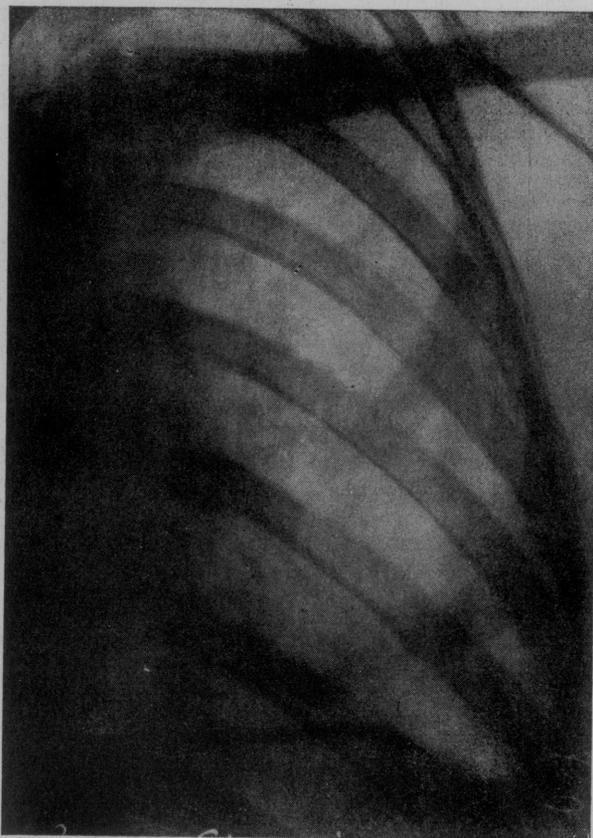


Fig 1 - Caso 1° (prima dell'intervento)

CASISTICA *

1° G. Giuseppina, di anni 20. — È venuta da noi col seguente quadro clinico radiologico: Tbc. produttiva ematogena cronica col quadro della miliare cronica di metà del polmone sinistro in stato febbrile.

Operata il 17 giugno 1945 in stato febbrile (39°).

Decorso post-operatorio: regolare, modico versamento (svuotato una sola volta). Nonostante la creazione di un ampio pnt. e la mancanza di complicazioni, il polmone ha tendenza alla sinfisi, sebbene che il cavo venga rifornito molto frequentemente. Condizioni generali ottime, apiressia, aumento di peso, espettorato Koch negativo (v. fig. 1 e 2).

(*) Siamo stati costretti per ragioni di spazio a ridurre la casistica (N. del R.).

2° F. Caterina, di anni 24. — Nel dicembre 1942 le è stato praticato un pnt. Sin. che portò per 7 mesi: fu abbandonato per comparsa di versamento parapneumotoracico. Presenta una forma di Tbc. polmonare cronica cirrotica del polmone Sin. pluricavitaria.

Operata il 15 novembre 1944. Lo scollamento è stato difficoltoso per tenaci aderenze.

Decorso post-operatorio ottimo, scarsa febbre; due toracentesi di 100 cc. ciascuna sono state sufficienti per eliminare completamente il versamento. Condizioni generali ottime, apiressia, aumento di peso, espettorato Koch negativo. (v. figg. 3-4)

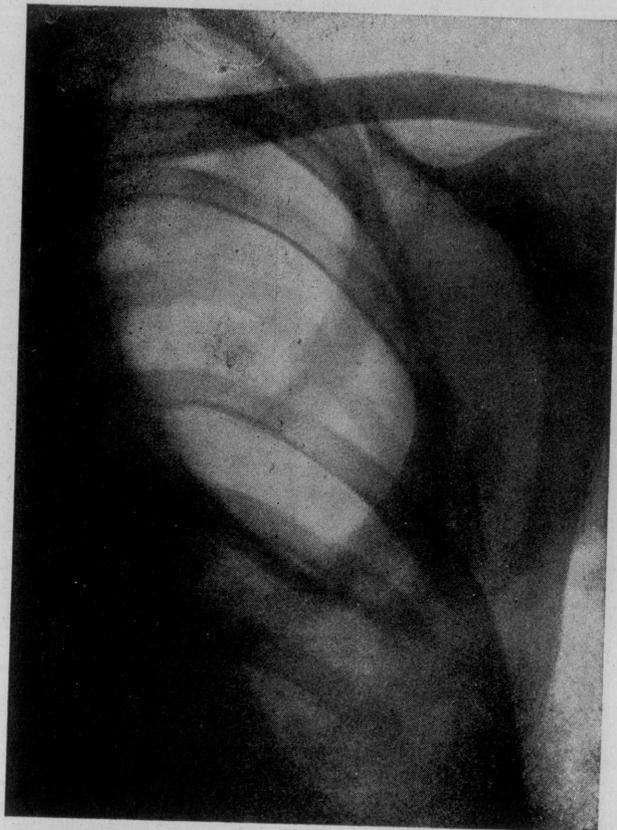


Fig. 2 - Caso 1° (dopo l'intervento)

Dall'esame di queste forme a tipo produttivo è apparso chiaro come il pnx. extrapleurico istituito tenda generalmente pian piano a ridursi, proprio per una tendenza sinfisaria degli estremi polmonari che sono a contatto con la parete toracica (sinfisi apicali, sinfisi paravertebrali, parasternali).

Ma d'altra parte è logico attenderci un difficile collasso polmonare nei casi di fibrosclerosi estesa a tutto un polmone.

A tale difficoltà di collasso dobbiamo riferire lo spostamento mediastinico che frequentemente abbiamo osservato; l'ampiezza del cavo pneumoto-

racico infatti è ottenuta più a spese del mediastino che per un'effettiva riduzione di volume del viscere polmonare sottoposto a collassoterapia.

* * *

In un secondo gruppo ho raccolto i casi che la nostra esperienza ha giudicato come quelli che possano beneficiare maggiormente di questo intervento. Essi ci mostrano vari tipi di tubercolosi essudativa acuta, o subacuta, sia

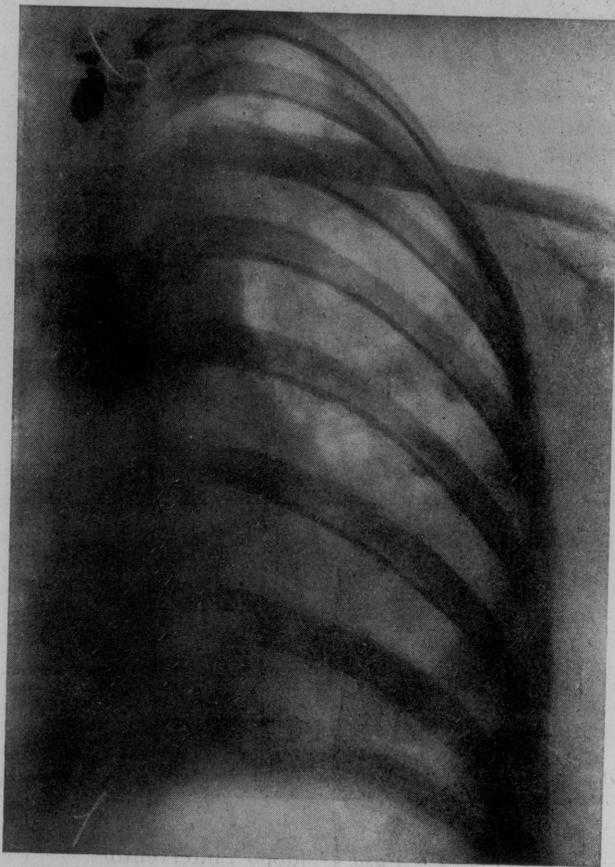


Fig. 3. — Caso 2° (prima dell'intervento)

Dall'esame di queste forme a tipo produttivo è apparso chiaro come il quadro lobitico sia broncopneumonico, distrettuale o diffusa, ulcerata o no. Tali lesioni sovente erano abbandonate al loro destino allorchè non era possibile attuare la cura pneumotoracica, perchè un intervento chirurgico — tipo toracoplastica — riusciva dannoso per le costanti diffusioni del processo morboso che provocava e per l'aggravamento del malato.

3° V. Olga, di anni 26. — È stata sempre bene sino al febbraio 1944 quando improvvisamente ebbe febbre alta, tosse, espettorato, astenia, anoressia, sudori, ecc.

È venuta da noi con un quadro clinico radiologico di *una grave forma di tbc. essudativa altamente tossica, della metà sup. del polmone Destro*. Operata il 29 settembre 1944 in stato altamente febbrile (40°).

Il decorso post-operatorio è stato ottimo perchè la febbre è subito scesa e la temperatura si è normalizzata dopo pochi giorni. Modicissimo versamento.

A 45 giorni di distanza ricomparsa di versamento parapnt. sieroso con tutti i caratteri dell'essudato che perdura per circa 4 mesi e scompare aumentando progressivamente le pressioni. Attualmente condizioni buone, espettorato Koch. neg.; apiressia, aumento

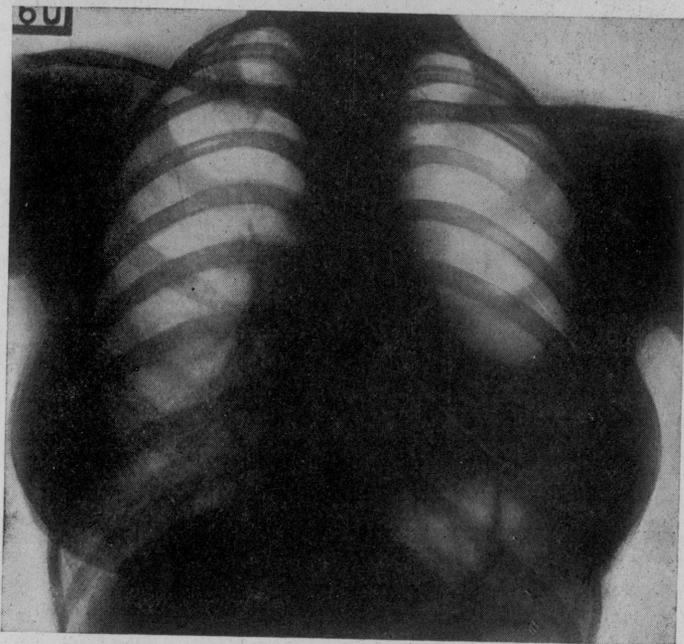


Fig. 4 - Caso 2° (dopo l'intervento)

di peso (Kg. 3). Clinicamente si avverte qualche fine rantolo subcrepitante sulla parasternale. (v. figg. 5-6)

4° A. Elsa, di anni 23. — A 15 anni pleurite essudativa sinistra non trattata. A 21 anni, nel febbraio 1943 è stata operata di frenicoexeresi sinistra per infiltrato sottocla-veare sinistro.

Nel giugno 1944 è stata qui ricoverata per emottisi e presentava una forma di Tbc. polmonare sinistra a inizio essudativo col quadro di infiltrato bl Sin. a evoluzione tisiogena.

Operata il 9 settembre 1944 in stato leggermente febbrile. Decorso post-operatorio scarsamente febbrile, minimo versamento che si è spontaneamente riassorbito.

Riformimenti: si iniziano dopo 10 gioni dapprima riavvicinati, vengono poi proseguiti ogni 8-10 gioni. Condizioni generali ottime, espettorato Koch. neg. anche alla prova culturale, apiressia, ecc. (v. figg. 7-8)

5° M. Andrea, di anni 28. — Il paziente è stato riscontrato affetto da Tbc. durante la sua prigionia in Germania. Viene ricoverato al « Cesare Battisti » per Tbc. polmonare col quadro di una bronco-polmonite diffusa a tutto il polmone sinistro in fase tisiogena. Laringite specifica.

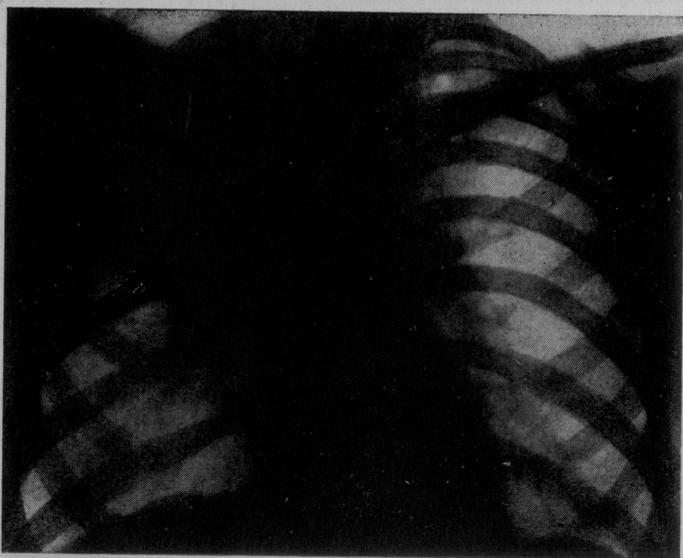


Fig. 5 - *Caso 3°* (prima dell'intervento)

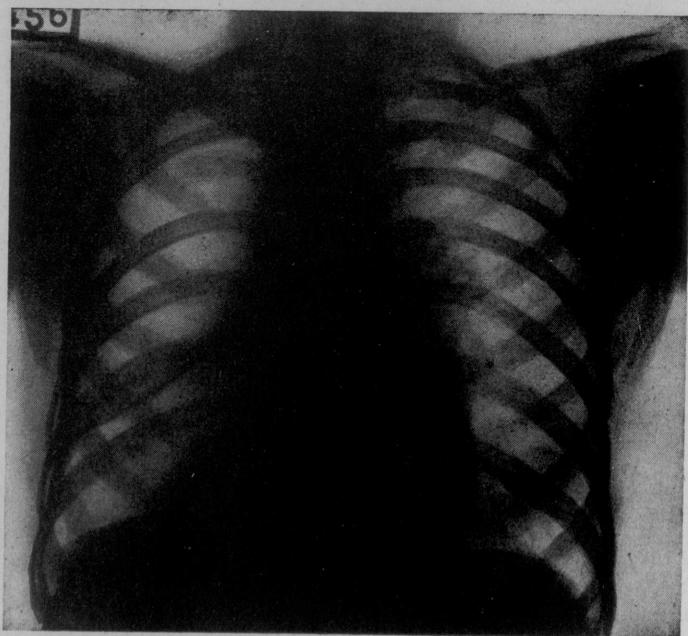


Fig. 6 - *Caso 3°* (dopo l'intervento)

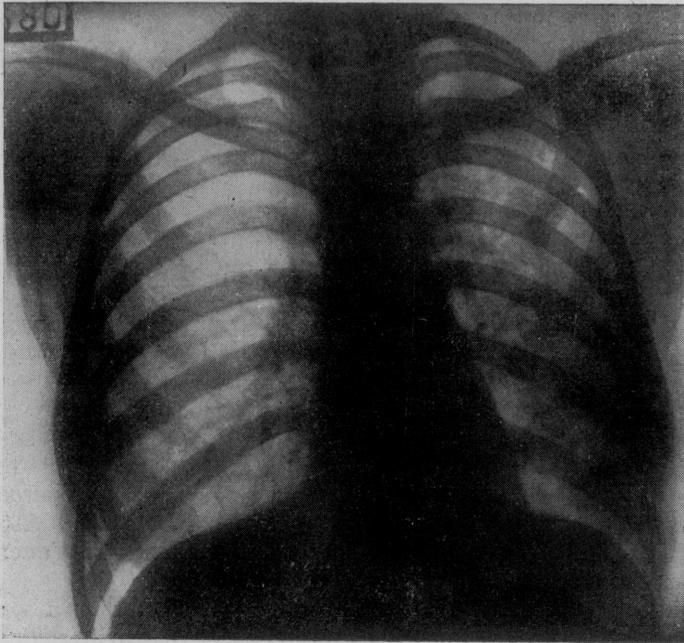


Fig. 7 - *Caso 4°* (prima dell'intervento)

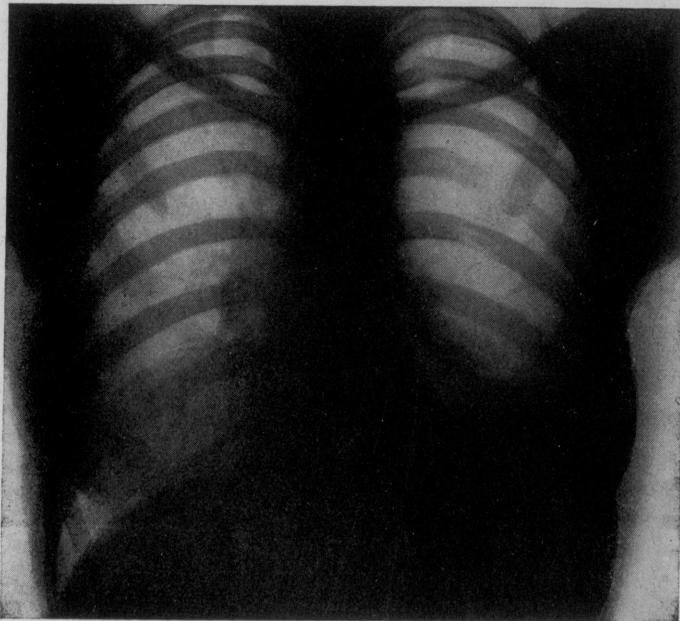


Fig. 8 - *Caso 4°* (dopo l'intervento)

Operato il 10 novembre 1945 in stato febbrile.

Decorso post-operatorio regolare, con poca febbre, modico versamento siero-ematico scomparso dopo due toracentesi.

I rifornimenti vengono effettuati ogni 4 giorni con pressioni finali di +30.

Condizioni generali ottime, apiressia, non tosse, espettorato Koch neg. miglioramento dello stato laringeo. (v. figg. 9-10)

Come avete osservato, le forme essudative sono state tutte dominate brillantemente dal pnx. extrapleurico.

Vi posso dire che anche dal lato tecnico, queste sono le migliori per praticare lo scollamento extrapleurico.

In essi infatti vi è una scarsa compartecipazione della pleura al processo viscerale sicchè non si formano tenaci aderenze che talora possono perfino far sovrassedere alla continuazione dell'intervento.

Ben altrimenti appare la sierosa nelle forme ematogene produttive: essa è intimamente compromessa; è ispessita, dura, talora sulla sua superficie, durante l'intervento, si riscontrano dei noduli caseosi, e certamente istologicamente si osserverà in essa una disseminazione di elementi tubercolari.

Questo differente stato anatomico della sierosa, ben evidente all'esame radiologico, è messo meglio in evidenza dopo l'esaurirsi di un'eventuale complicazione empiematica.

Per quanto è stato detto ci possiamo spiegare la frequenza dell'empiema specifico, acuto o cronico, nelle forme produttive la sua rarità nelle forme essudative; in queste, invece, se si verifica un empiema acuto spesso è prodotto da germi banali. E mentre quest'ultimo facilmente dominabile lascia un cavo grande e una pleura pressochè invariata, tanto che facilmente può il collasso polmonare essere graduato; l'empiema tubercolare delle forme produttive determina oltre che una riduzione del cavo, un ispessimento così notevole della pleura, che il cavo stesso appare rigido, e il polmone, anelastico, rimane avvolto da uno spesso mantello fibroso che non permette nè l'ulteriore collasso, nè la facile riespansione.

Concludendo: Le forme produttive hanno maggiori complicanze post-operatorie. L'empiema delle forme produttive è per lo più specifico. L'empiema nelle forme essudative generalmente è dovuto alla flora batterica dei comuni piogeni. Ne viene di conseguenza che mentre nelle forme essudative l'empiema è dominato facilmente, nelle forme produttive esso dura molto a lungo.

In caso di sinfisi parziale in cui si pratica un pnx. chirurgico, mettendo in comunicazione le cavità intra ed extrapleurica, è frequente l'empiema, dovuto probabilmente a innessamento di tessuto patologico peripleurico nel cavo pleurico sottostante sterile.

Il pnx. extrapleurico ai fini della guarigione, nella maggior parte dei casi delle forme croniche ematogene cirrotiche, non sembra molto efficace, sia per l'impossibilità di un collasso totale del polmone, data la rigidità fibrosa di esso (evidenziabile ciò dallo spostamento mediastinico indice di una resistenza polmonare) sia per la tendenza del polmone stesso alla sinfisi o apicale o basilare.

Nelle forme essudative recenti il polmone si collassa con notevole facilità:

a) perchè l'essudato non avendo ancora avuto il tempo di organizzarsi è rimasto fluido e sotto la compressione fluisce con facilità attraverso le vie bronchiali; come si può rilevare anche dall'aumento dell'espettorato che si verifica nei primi giorni dopo l'intervento.

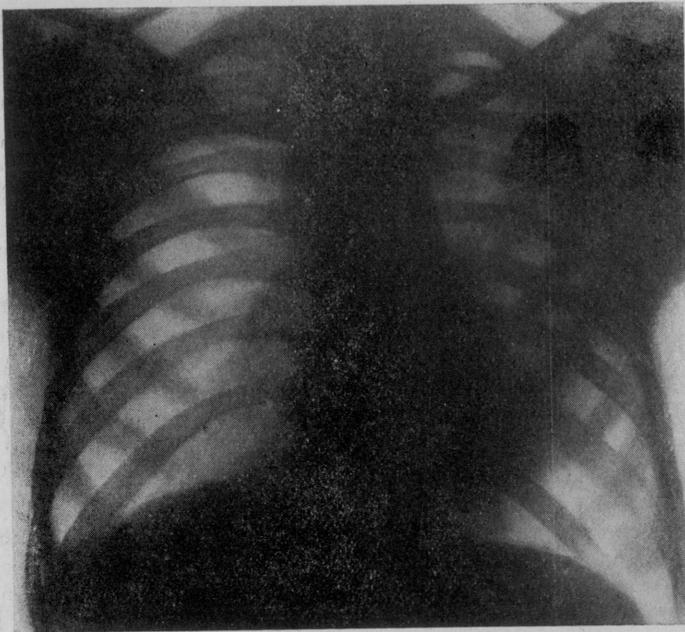


Fig. 9 - *Caso 5°* (prima dell'intervento)

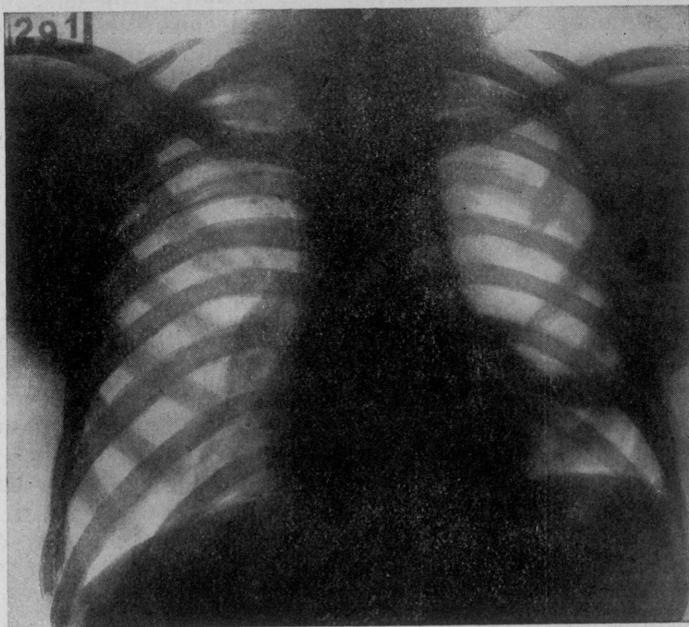


Fig. 10 - *Caso 5°* (dopo l'intervento)

b) perchè avendo la trama elastica conservata quasi completamente la propria integrità, la retrazione polmonare si compie più facilmente di quello che non avvenga nel caso di forme più antiche con notevoli, diffusi fenomeni di connettivazione.

E quindi io concludo che la forma più indicata per essere trattata con pnx. extrapleurico chirurgico è la tubercolosi essudativa non localizzata all'apice (perchè anche questa beneficerebbe del Velario apico-ascellare) ma che oltrepassi il V arco costale posteriore.

Le forme invece ematogene a tipo miliarico-cronico-cirrotiche vengono influenzate meglio da una torocoplastica in più tempi.

Sono infine e particolarmente controindicati quei casi di tisi cronica unilaterale la cui pleura sia stata sede di un processo infiammatorio grave quale una pleurite sierofibrinosa, specie se non trattata, o un empiema, e ciò perchè oltre ad avere un collasso non completo si ha quasi sicuramente una complicanza post-operatoria.

Risposta del prof. Di Paola.

ABRUZZINI, osservando la lunga casistica da me presentata nella seduta precedente, (forme essudative diffuse, tbc. di origine ematogena in fase fibroulcerativa, quadri di broncopolmonite confluyente, tisi croniche pluricavitari invadenti tutto un polmone, fibrotoraci in stadio avanzato) ha giustamente dedotto che noi avessimo compiuto un passo troppo arduo, perchè si trattava invero di pazienti compromessi sia nel polmone che nello stato generale. Ciò tuttavia è stato attuato valendosi della nostra esperienza e per cercare di estendere le indicazioni del pnx. extrapleurico.

L'ABRUZZINI ci rimprovera di non aver scollato nella maggior parte dei casi l'apice polmonare. Non è stato difetto di tecnica, ma ragionamento che ci ha guidato a far ciò. Al principio noi staccavamo l'apice, il che è possibile, anche sezionandola V-VI costa, ma avevamo notato che mentre nelle forme essudative, cioè nei processi evolutivi relativamente rapidi e recenti, quando la pleura è poco compromessa dal processo morboso il distacco dell'apice è consigliabile perchè generalmente in queste forme il decorso post-operatorio è più tranquillo e meno ricco di complicanze, nelle forme produttive a evoluzione lenta, specie apicale, lo scollamento dell'apice è più indaginoso, per le aderenze tenaci e per le emorragie copiose. In queste ultime forme abbiamo constatato che il decorso post-operatorio è più grave, perchè l'essudazione liquida è più abbondante e tende a riformarsi; abbiamo perciò, dopo lunga meditazione, giudicato opportuno evitare le prime fasi di una complicazione grave lasciando aderente l'apice lungo il mediastino; così abbiamo avuto in seguito un decorso post-operatorio meno tumultuoso e un risultato più soddisfacente, perchè le complicanze settiche si sono attenuate di molto. ABRUZZINI consiglia per i lavaggi il Rivanolo, che egli trova ottimo; anche noi l'abbiamo provato, ma ora preferiamo il Clorosol perchè questo ha un'azione meno irritante e perchè ci ha dato dei risultati più soddisfacenti. Egli è poi contrario ai lavaggi quotidiani nelle forme settiche. Noi eravamo della stessa opinione al principio; in seguito siamo stati soddisfatti dei lavaggi frequenti col Clorosol perchè abbiamo vinto anche alcune forme settiche gravi. Sono io pure d'accordo con lui nello svuotare raramente l'empiema specifico, che non dà disturbi allo stato generale e locale del paziente.

Il Prof. RUGGERI desidera sapere quale sia il meccanismo delle embolie.

Effettivamente il meccanismo non è semplice a spiegare, tenendo presente che i vasi dei foglietti pleurici parietali e viscerali e della parete toracica sono tutti tributari del sistema venoso generale e in particolar modo dell'azigos.

Ma allora come ci potremo spiegare ad esempio l'eventuale embolia cerebrale nella frattura delle ossa lunghe? Il capitolo delle embolie è ancora oscuro; si pensi alle embolie retrograde e specialmente alle embolie paradosse. È difficile talora stabilire come sorgano alcune embolie e non è sicuramente accertato in qual modo certi emboli passano dal piccolo al grande circolo. Secondo i patologi generali il meccanismo può essere vario: o per persistenza del foro ovale, o per presenza di punti diretti di comunicazione endopolmonare tra arterie e vene, o infine perchè gli emboli, se piccolissimi, possono attraversare i capillari polmonari.

Concordo con il Prof. MAZZETTI per i risultati degli extrapleurici che, nelle forme essudative, sono molto soddisfacenti e circa l'eventuale azione determinata dall'intervento sulla fisiomeccanica degli alveoli e dei bronchioli respiratori. Bisognerebbe nell'istituzione del pnx. intrapleurico raggiungere gli stessi immediati effetti meccanici dell'extrapleurico collassando il più possibilmente il polmone con rifornimenti molto frequenti e a pressioni elevate.

Son d'accordo col Prof. MESITI per ciò che riguarda l'eventuale azione dannosa del materiale extrapleurico insemizzato nel cavo intrapleurico, perchè la sierosa pleurica effettivamente reagisce con maggiore intensità a ogni stimolo irritativo.

Sono infatti del parere di limitare al massimo gli interventi di pnx. intra ed extrapleurico, proprio perchè essi comportano quasi sempre delle notevoli complicanze empiematiche.

Convegno con NEGRI sulle indicazioni del pnx. extrapleurico. Le lesioni alte, cioè dell'apice e del sott'apice, beneficiano maggiormente di un intervento di toracoplastica apico-ascellare che a noi ha dato sin ora risultati soddisfacenti. È bene riservare il pnx. extrapleurico alle lesioni più diffuse e recenti.

352670

