

Mix B74/

50

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

PROF. P. ABRUZZINI

Dimostrazione della casistica operatoria
di pnt. extrapleurico

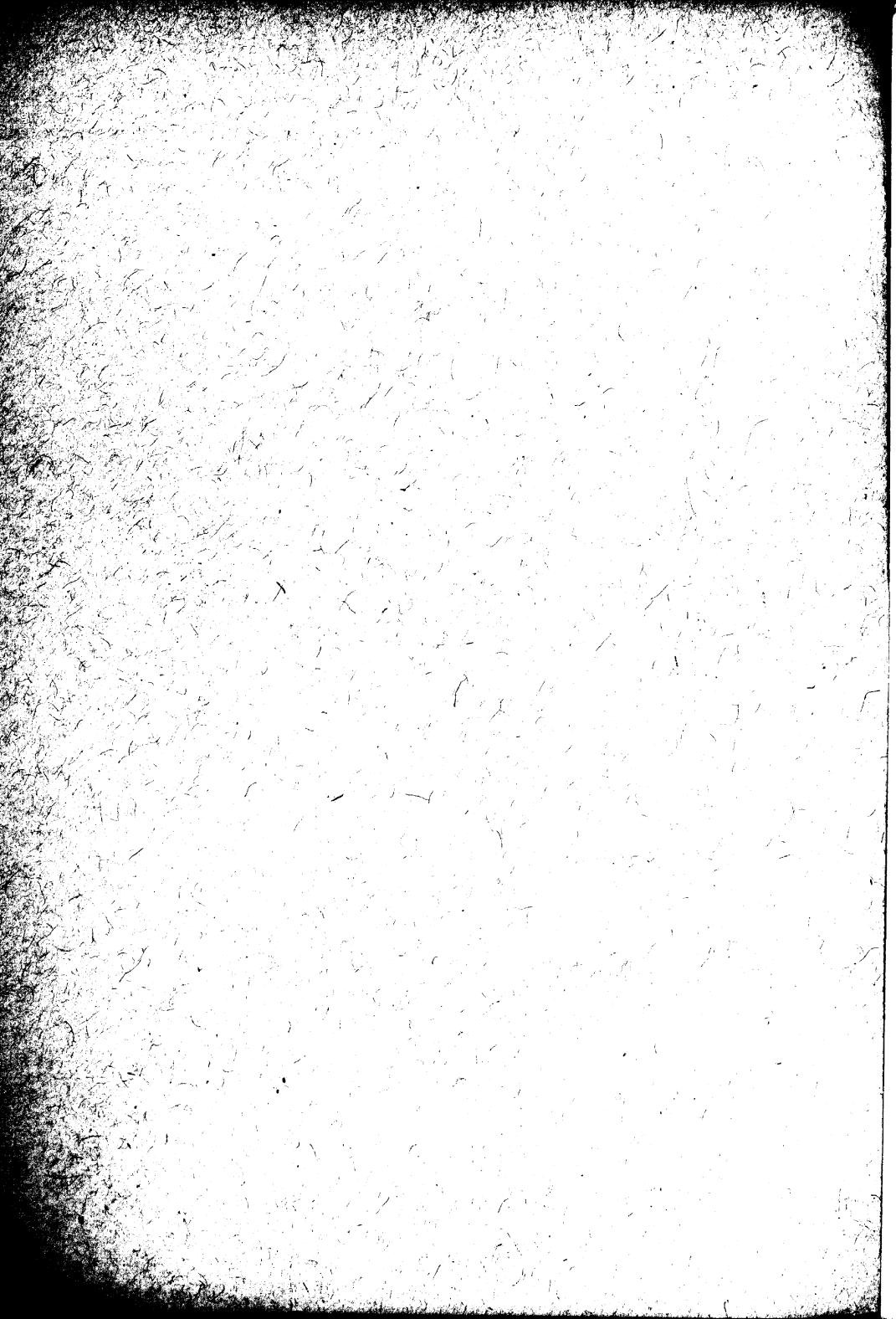


Comunicazione alla seduta scientifica
tenuta nell'Istituto « Carlo Forlanini » il 1 febbraio 1946

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

R O M A
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA

1946



DIMOSTRAZIONE DELLA CASISTICA OPERATORIA PERSONALE DI PNT. EXTRAPLEURICO

Prof. P. ABRUZZINI

Ho chiesto al Prof. OMODEI-ZORINI di poter presentare alcuni casi della mia raccolta perchè solo dall'esame di essi ci si può rendere conto della veridicità delle mie affermazioni; ringrazio di avermi concesso nuovamente la parola ed espongo brevemente i miei argomenti.

Non ritorno sulla tecnica e condotta post-operatoria poichè i loro capisaldi sono stati già da me esposti nella precedente riunione.

A proposito delle indicazioni dirò che non sono d'accordo con RUGGERI il quale afferma che si debbano piuttosto cercare le controindicazioni; in tema di chirurgia della tbc. polmonare si debbono sempre accuratamente selezionare le indicazioni: le controindicazioni sono quelle generiche per ogni intervento chirurgico e non si riferiscono al tipo di lesione polmonare bensì alle condizioni degli altri organi ed apparati.

Le complicazioni sono molto più numerose di quelle enumerate dai colleghi, ma per lo più sono di scarsa importanza e non compromettono l'esito dell'intervento.

E passo all'esposizione dei casi: vi presento innanzi tutto 12 casi in cui l'intervento fu stabilito per lesioni apico-sottoapicali ed il risultato fu ottimo con la creazione di un cavo occupante il 3° superiore del torace e con la liberazione accurata dell'apice su tutti i suoi versamenti e specie quello mediastinico.

Due di questi casi furono in fine di cura bloccati con miscela oleosa allo scopo di mantenere a lungo un collasso moderato: tuttora questi due ammalati conservano il loro oleotorace (uno da 6 ed uno da 5 anni) e debbono ritenersi guariti.

Vi presento poi 3 casi in cui l'intervento fu fatto in due tempi allo scopo di creare un cavo pnx. totale; ho veduto che questi scollamenti totali sono tollerati assai bene se eseguiti in due tempi.

Altri 5 casi in cui l'intervento fu bilaterale quasi simultaneo poichè eseguito dalle due parti a distanza di alcuni mesi e mantenuto contemporaneamente.

Tutti risultati ottimi.

Altri 3 casi in cui il pnx. extrapleurico fu associato a pnx. intrapleurico controlaterale completano in tutti tre i casi con operazione di Jacobaeus.

Ed infine un gruppo di insuccessi per indicazione errata; tutti operati nei primi tempi e tutte lesioni che oggi non oseremmo sottoporre ad operazione di pnx. extrapleurico.

Dei 15 casi di insuccessi 7 sono rappresentati da pnx. extrapleurico in ammalati portatori di pnx. intrapleurico basale dallo stesso lato ; mi sono formato la convinzione che la esistenza di un pnx. intrapleurico costituisce una controindicazione assoluta alla creazione del pnx. extrapleurico sia che si vogliano mantenere i due cavi indipendenti sia che si facciano comunicare durante l'operazione.

La ragione dell'insuccesso è principalmente quella che l'apice scollato per via extrapleurica rapidamente si riaccolla alla parete e si perde qualunque beneficio che possa aver dato l'operazione ; ritengo che ciò avvenga perchè il regime delle pressioni nei due tipi di pnx. è assai diverso e non si può mantenere un pnx. misto colle pressioni che si raggiungono col pnx. extrapleurico perchè si determinerebbe un grave spostamento del mediastino.

Ritengo che l'esposizione di questi casi vi abbia maggiormente convinti della importanza di questa operazione che rappresenta senza dubbio un progresso nel campo della terapia chirurgica della tubercolosi polmonare.

252567

