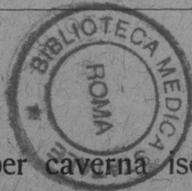


Mon B74 /

73

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

DOTT. M. NEGRI

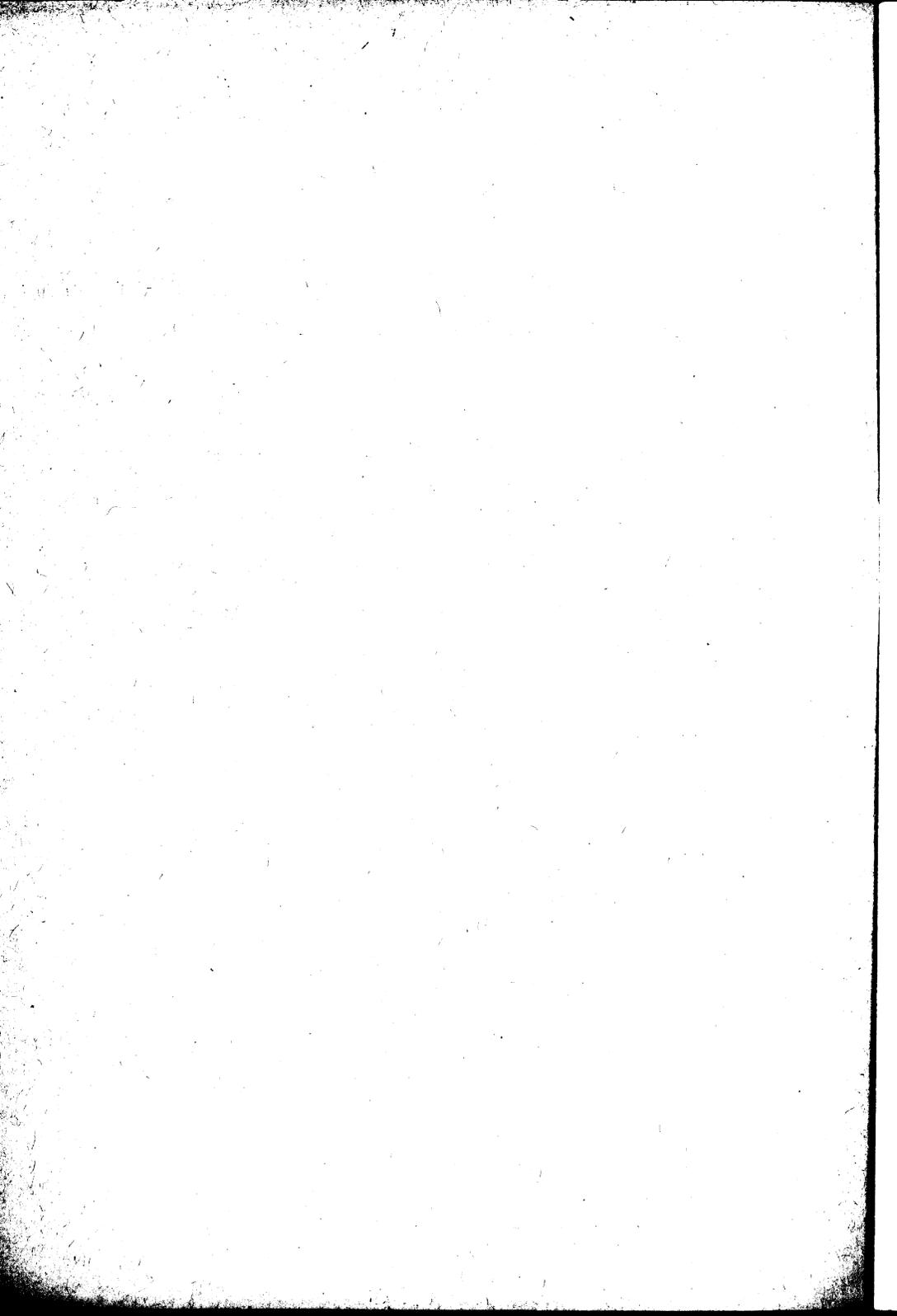


Le indicazioni cliniche di Lobectomia per caverna isolata
lobare biologicamente funzionante

Comunicazione alla seduta scientifica
tenuta nell'Istituto « Carlo Forlanini » l'8 marzo 1946

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

R O M A
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
1 9 4 6



LE INDICAZIONI CLINICHE DI LOBECTOMIA PER CAVERNA ISOLATA LOBARE BIOLOGICAMENTE FUNZIONANTE

Dott. M. NEGRI

Nella prima di queste nostre sedute scientifiche, che il Prof. OMODEI-ZORINI dirige con tatto squisito e grande dottrina, io ebbi il coraggio d'impostare il tema sulle indicazioni cliniche di lobectomia per caverna isolata lobare biologicamente funzionante. Ho detto coraggio perchè valuto tutte le opposizioni — e possono essere moltissime — che a guisa di diaframma, come sempre in ogni campo del progresso umano, si ergono tra l'idea e la sua attuazione pratica; prima fra tutte quella che i medici, tesi alla conservazione di un organo alla sua funzione, ne tollerano mal volentieri l'ablazione. Del resto, mentre quel giorno, partendo da una idea che cullo da anni nei riguardi di una terapia chirurgica per la fatale fistola pleuro-polmonare, io suggerivo che era ora che il nostro Istituto impostasse il problema della lobectomia in campo tubercolare e trovavo conforto ed eco nella sapiente comprensione dei professori OMODEI-ZORINI e RUGGERI, gli Americani erano già passati ai fatti, cosicchè il recensore del «*Journal of Thoracic Surgery*» poteva scrivere in *Clinica nuova* n. 4-5: «viene messo in rilievo come oggi, con perfezionamenti della tecnica operatoria (maggiore possibilità di una accurata dissezione e rimozione di un intero lobo o di un polmone e successiva sutura del bronco) i rischi derivanti dall'intervento siano assai diminuiti. Tecnicamente l'operazione nella tubercolosi polmonare non è così difficile come in molti casi di bronchiectasie o tumori maligni del polmone» ed io aggiungerei anche di cisti e di ascessi.

Ma gli Americani, che in questa recensione si presentano con 130 operati e 28 decessi, non arrivano per primi alla concezione di elisione di caverne. Dopo i tentativi di modificare il tessuto pericavitario con liquidi ad azione caustica (LÉPINE e TRUC, FERNET, LANNELONGUE) fu la volta della puntura cavitaria con aspirazione del materiale raccolto: BAÜMLER, MÜTER, MOSLER, SOMMERFELD, THOMPSON. Risultati negativi.

Segue la pneumotomia; TUFFIER e MARTIN dal 1910 al 1916 avevano raccolto più di 50 casi di pneumotomia per caverne tubercolari: 17 morti nei primi tre mesi, 28 tra il 5° ed il 20° mese. Tentativi vari con tecniche diverse, sempre diretti sul parenchima polmonare, ma non ancora decisi alla lobectomia furono eseguiti dagli Italiani CASELLI, STINELLI e SALOMONI, e poi da QUINCKE, da KURZ, da BESSEL-HAGEN e LANDERER, DELAGENIÈRE e da SAUERBRUCH. Risultati quasi tutti sconsolanti.

Già conosciamo l'esito della prima operazione di amputazione del terzo superiore del polmone. Dalla sua descrizione si reputa essere stata la prima

lobectomia; essa fu praticata dal chirurgo bolognese RUGGI, nel 1883 sopra una donna di 30 anni, portatrice di cavità apicale destra: il vuoto toracico post-operatorio, venne riempito con garza imbevuta di acido fenico. Il decorso operatorio (scrive PAOLUCCI) fu buono, ma in nona giornata la malata morì per avvelenamento da acido fenico. Altri chirurghi tentarono tale operazione con esito infausto, mentre riportarono successi MAC EWEN, TUFFIER 1891; DOYEN 1895, STRETTON 1900, MAC EWEN ancora 1913, VERHOGEN nel 1912: alcuni di questi asportarono un intero lobo.

Chiusi questi sommari cenni sulla storia della terapia chirurgica della cavità tubercolare e sulla riesumazione americana di una operazione inizialmente europea, anzi italiana, non bisogna neppur lontanamente credere che si possa aprire (come fu per l'aspirazione endo-cavitaria di MONALDI, BOTTARI e BABOLINI), l'era della lobectomia. Se infatti in questo Istituto fu trattata una percentuale altissima con tale metodo, purtroppo poche e ristrettissime, almeno per ora, penso siano le indicazioni per la lobectomia: in Inghilterra che è la patria della lobectomia, essa non viene eseguita per lesioni tubercolari e ciò deve essere per noi monito di grande prudenza. Per quanto ci risulta i diversi interventi eseguiti dagli americani, sono stati condotti su varie forme cliniche, evidentemente nella ricerca della indicazione più esatta.

La lobectomia deve essere eseguita per lesione cavitaria isolata, mono e centro-lobare. Questo non esclude che il parenchima polmonare restante possa essere trattato con i mezzi terapeutici a nostra disposizione, in una eventuale reinfezione post-operatoria. Si diversifica poi, per difficoltà, per tecnica, per complicazioni immediate e postume, per risultati a seconda che il lobo da operarsi sia libero da aderenze o sia invece sinfuso con pregressa pleurite essudativa e empiematica. Il Prof. RUGGERI ha svolto con molte chiarezze questo importante capitolo, che è di sua stretta competenza.

Per criterio clinico penso che noi dovremmo dare al chirurgo le caverna chiamate da NEUMANN stazionarie, che tuttavia sono lentamente progressive, di dimensioni varie, ma non così grandi da occupare un intero lobo come le caverna giganti descritte da GRÄFF, LUZZATTO FEGIZ e RIMINI, COSTANTINI perchè in questo caso si opererebbe come sopra una grossa cisti infettata a pareti sottili, e quel che è peggio, friabili, come ogni tessuto di granulazione. Seguendo sempre il concetto clinico, la nostra indicazione dovrebbe cadere anzitutto sulle caverna che sono esito di miliari circoscritte, recidivanti, alla genesi delle quali partecipano su uno sfondo di lesioni prevalentemente produttive, tanto fenomeni essudativi, necrobiotici. mono o pluricentrici, quanto fenomeni meccanici per azione direttamente propagata attraverso aderenze pleuriche ai numerosi focolai che, disseminati, disintegrano diffusamente la trama elastica. Queste caverna sono meno precocemente delle altre (quelle che si formano per cause prevalentemente biologiche negli infiltrati tisiogeni e nelle lobiti, cioè forme eminentemente essudative) seguite da propagazioni broncogene omo e contro laterali. Si tratta cioè di processi tubercolari che più degli altri hanno tendenza a rimanere delimitati, per quanto siano quasi sempre, o prima o poi, accompagnati da altre lesioni ematogene, talvolta di maggiore, talvolta di minore importanza. «Forme produttive, come scrive OMODEI-ZORINI, miliari e sub-acute e croniche, dove le caverna si costituiscono solo in seguito a riprese essudative che si sovrappongono al processo proliferante».

Altre caverna che possono cadere nell'indicazione di lobectomia, sono le caverna della regione basale, in quanto, se clinicamente primitive e isolate, sono destinate a rimanere spesso senza risentire vantaggio dai più diversi in-

terventi collasso-terapici e senza d'altro canto complicarsi in breve tempo con altre lesioni.

L'optimum è rappresentato per ragioni tecniche dalla caverna senza bronco di drenaggio, e per ragioni cliniche dalla cavità bronchiectasica a componente tubercolare sub-attiva. In ogni modo con o senza bronco di drenaggio, con pervietà o no del bronco di drenaggio, caverne che non si siano potute dominare con altri procedimenti terapeutici. Fra queste potranno forse costituire buon materiale per la lobectomia, alcune di quelle resistenti al trattamento di aspirazione endocavitaria, in quanto si tratterà di caverne relativamente detese e stabilizzate.

Ancora per criteri clinici io controindicherei per la lobectomia quelle cavità a significato puramente meccanico « da pulsione e da trazione » secondo i concetti della scuola di FORLANINI e MORELLI che possono ottenere vantaggi da un trattamento di aspirazione endo-cavitaria associata ad altro intervento chirurgico collassante, come frenico-exeresi, pneumotorace extrapleurico parziale, toracoplastica parziale.

Sede. — Circa la sede è da prendersi in considerazione la caverna di grandezza modica, non troppo vicina al peduncolo, centro-lobare, specie se in polmone sinfisato per pregressa pleurite essudativa. Essendo così la parete cavitaria coperta da tessuto sano, noi saremo garantiti da eventuali aperture del parenchima, nel tentativo di liberare il lobo polmonare, sia per via smussa che col tagliente, dalle aderenze costituite.

Le caverne del lobo superiore sono le più frequenti, ma proprio la lobectomia superiore è più difficile per tecnica e pericolosa nel decorso post-operatorio per una minore espansibilità del lobo inferiore: per scarsa ipertrofia vicariante. La lobectomia inferiore è invece tecnicamente più facile, ma qui le caverne sono assai più rare. Circa il lobo medio, sono assai rare le cavità isolate di questo lobo perchè spesso esiste una fusione più o meno intima di lesioni con quello superiore.

Lasciate a sè, queste caverne stazionarie e cronico progressive, uniche o dipendenti dalla fusione di due o più zone di escavazione dello stesso lobo, in ogni modo con sempre attiva componente biologica, non suscettibili di essere ben dominate da altri trattamenti terapeutici, finiscono per provocare focolai metastatici, per via broncogena, ematogena e linfatica, col rompersi alla superficie del polmone o con emottisi recidivanti gravi e spesso acutamente mortali. NEUMANN è molto riservato quando dice: « Naturalmente la guarigione della caverna tubercolare e la scomparsa totale di questa, non è una cosa molto comune ».

Bisogna quindi intervenire, se la cosa è possibile. A prescindere dalle contro indicazioni di bronco-pneumopatia tubercolare estesa e non localizzata a un solo lobo e a prescindere dalle controindicazioni date da malattie discrasiche intercorrenti e complicanti come nefropatie, diabete e cardiopatie, la scelta del caso da operare con lobectomia deve essere fatta con grande accuratezza, valutando l'età, tutti i poteri di resistenza e di difesa dell'organismo, scegliendo come tempo operatorio, i momenti di remissione della malattia tubercolare, non tralasciando tutte le ricerche cliniche possibili, comprese la stratigrafia o la radiografia con mezzi di contrasto da eseguirsi non molto tempo prima dell'atto operatorio a scanso di possibili sorprese, e ricorrendo alla bronco aspirazione onde operare in terreno il più possibile sgombrato da materiale infetto.

352678





