

ISTITUTO « CARLO FORLANINI »
CLINICA DELLA TUBERCOLOSI E DELLE MALATTIE RESPIRATORIE
DELLA R. UNIVERSITA' DI ROMA
Direttore: prof. EUGENIO MORELLI

Dott. S. CANOVA

Il decorso post-operatorio della toracoplastica antero-laterale elastica

Estratto dalla Rivista " Lotta contro la tubercolosi " - Anno X, n. 6, giugno 1939-XVII



STABILIMENTO TIPOGRAFICO « EUROPA » - ROMA

ISTITUTO « CARLO FORLANINI »
CLINICA DELLA TUBERCOLOSI E DELLE MALATTIE RESPIRATORIE
DELLA R. UNIVERSITA' DI ROMA
Direttore: prof. EUGENIO MORELLI

Dott. S. CANOVA

Il decorso post-operatorio della toracoplastica antero-laterale elastica

Estratto dalla Rivista " **Lotta contro la tubercolosi** " - Anno X, n. 6, giugno 1939-XVII



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Nel campo della collassoterapia chirurgica della tbc. polmonare, per decorso post-operatorio intendiamo il periodo immediatamente susseguente all'intervento, durante il quale, tutta una serie di variazioni e di manifestazioni biologiche, proporzionali all'entità dell'intervento stesso, rivelano lo stato di particolare labilità dell'organismo trattato e la necessità di sorveglianza, di controllo e di cura.

In tale periodo, a differenza di ogni altro intervento chirurgico che è fine a se stesso, compaiono infatti nell'operato di toracoplastica, sintomi subbiettivi ed obbiettivi che debbono essere interpretati come effetto della interferenza di tre fattori nuovi sullo sfondo del quadro clinico preesistente e di cui uno inerente all'intervento stesso, il secondo all'azione fisiomeccanica immediata ed il terzo all'azione fisiomeccanica terapeutica sul sottostante parenchima.

Il decorso post-operatorio, così inteso, è stato ampiamente studiato ed illustrato per ciò che riguarda gli interventi a tipo demolitivo (MONALDI, ALESSANDRI, MANFREDO ASCOLI, PAOLUCCI, REDAELLI, SAUERBRUCH, FRIEDRICH, BERNOU, ecc.), mentre quello della toracoplastica a.l.e. è solamente ed a grandi linee esposto negli scritti di MONALDI.

Scopo del presente lavoro è di prendere in esame dettagliatamente il decorso post-operatorio di tutti gli operati di toracoplastica a.l.e. dal 1932 ad oggi negli Istituti «B. Mussolini» e «C. Forlanini». Tale periodo, attraverso le cartelle cliniche ed i documenti radiografici, è stato valutato in ogni suo aspetto clinico sia subbiettivo che obbiettivo e, per ciò che è stato possibile rilevare, anche dal punto di vista funzionale, specie nei riguardi degli apparati respiratorio e cardio-circolatorio.

Per maggior chiarezza i casi esaminati, i quali ammontano a 363, sono stati suddivisi in forme acute, sub-acute, stabilizzate ed inoltre, a seconda del tipo di intervento, e a seconda del decorso post-operatorio.

La prima suddivisione è fatta in base alla valutazione dei sintomi sub-biettivi ed obbiettivi che rivelano la fase più o meno attiva ed evolutiva della malattia (temperatura, tossiemia, quadro clinico radiologico). Crediamo superfluo esporre dettagliatamente tutta la casistica ed invece, dopo aver sintetizzato in una tabella i risultati, metteremo in evidenza le caratteristiche fondamentali di un decorso post-operatorio normale; infine passeremo in rassegna le varie evenienze complicative dei decorsi anormali.

La seguente tabella dà una visione statistica generale dei risultati suddivisi secondo la forma clinica, il decorso post-operatorio ed il tipo d'intervento:

FORME	DECORSO	TIPI DI INTERVENTI
ACUTE: N. 27	Normale n. 15	T. A. L. totale n. 3
		» superiore » 8
		» inferiore » —
		» combinata » —
		» atipica » 4
	Anormale n. 12	T. A. L. totale n. 8
		» superiore » 2
		» inferiore » 2
		» combinata » —
		» atipica » —
SUB-ACUTE: N. 206	Normale n. 150	T. A. L. totale n. 68
		» superiore » 54
		» inferiore » 12
		» combinata » 3
		» atipica » 7
	Anormale n. 56	T. A. L. totale n. 27
		» superiore » 3
		» inferiore » 7
		» combinata » 5
		» atipica » 14
STABILIZZATE: N. 130	Normale n. 103	T. A. L. totale n. 24
		» superiore » 55
		» inferiore » 7
		» combinata » 8
		» atipica » 9
	Anormale n. 27	T. A. L. totale n. 8
		» superiore » 4
		» inferiore » 5
		» combinata » 6
		» atipica » 4

IL DECORSO POST-OPERATORIO NORMALE

Il decorso post-operatorio dei soggetti che hanno avuto andamento normale e che, come risulta dalla precedente tabella, sono la grande maggioranza, è perfettamente paragonabile al comportamento che segue l'istituzione di un pneumotorace.

Ne differisce solo, per il fattore inerente al trauma operatorio. Diremo subito che il trauma subito, sia l'intervento di tipo inferiore che superiore, è talmente trascurabile nel subbiettivismo del paziente che nella maggioranza dei casi non esercita altra ripercussione all'infuori di un modico dolore in corrispondenza della regione operata. Tale sintomo non dura oltre il secondo giorno e consente con tutta facilità la tosse e l'espettorazione, nonchè i movimenti inerenti alle necessità ed ai bisogni fisiologici dell'operato. Questi vengono limitati durante la prima settimana solo a scopo precauzionale nella stessa guisa in cui verrebbero limitati nel caso di qualsiasi intervento chirurgico (embolie, deiscenza della ferita, emorragie, ecc.).

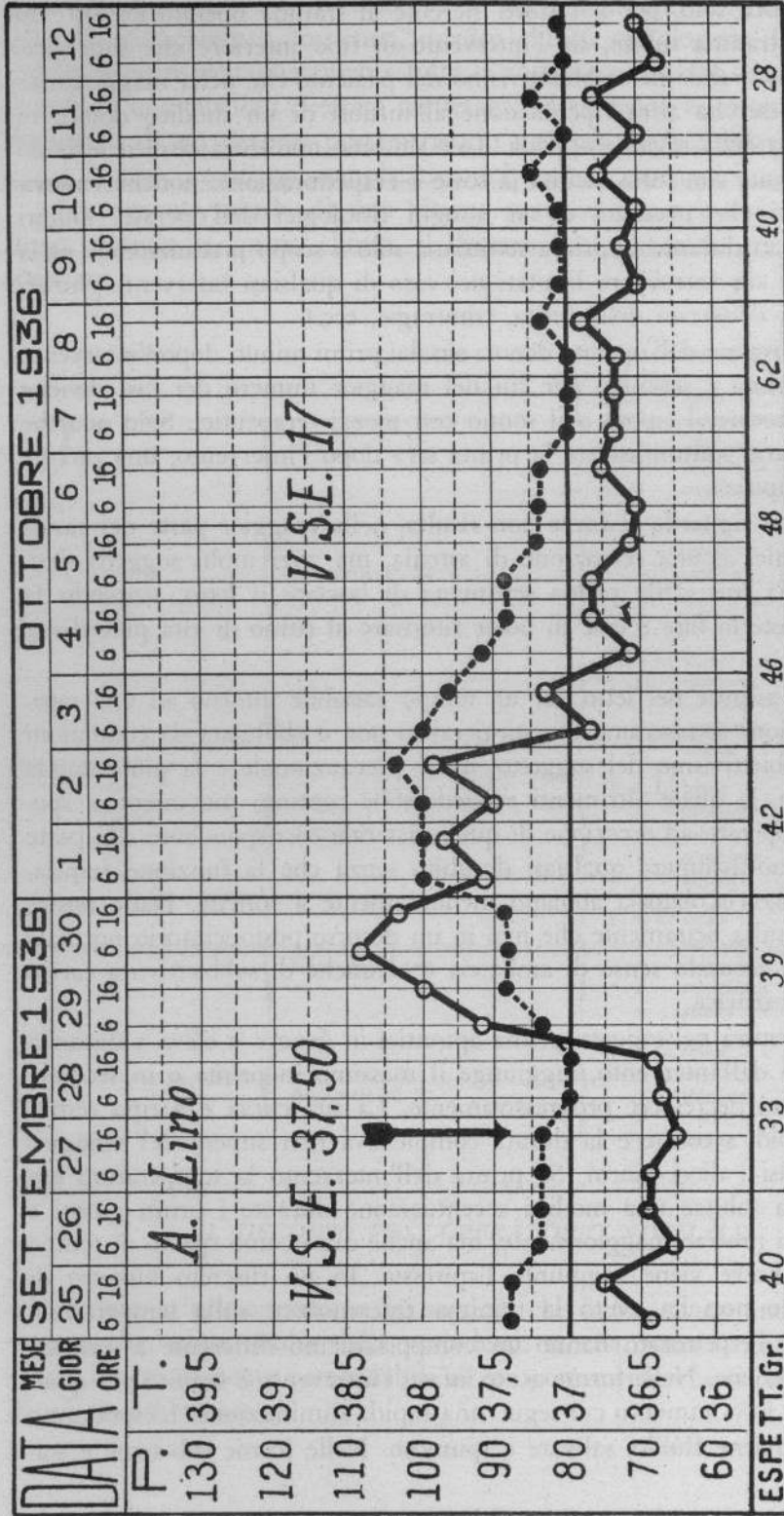
Il subbiettivismo dell'operato denota sin dai primi minuti dopo l'intervento la massima calma e serenità, per cui nel maggior numero dei casi diviene superfluo provocare il riposo o il sonno con mezzi terapeutici. Solo qualche volta è necessario somministrare la prima sera dopo l'intervento, una piccola quantità di oppiacei.

Per ciò che riguarda le forze non risulta, nella maggior parte dei casi a decorso normale, alcuna sensazione di astenia, ma anzi molti soggetti desiderano già alla fine della prima settimana di lasciare il letto, sentendo la sicurezza di poterlo fare e cioè di poter ritornare al ritmo di vita precedente all'intervento.

L'operato assume nel letto per un tempo variabile intorno ad una settimana la posizione semiseduta. Questa peraltro non è obbligata da condizioni inerenti il subbiettivismo del soggetto, ma è precauzionale e la più comoda per l'assistenza, la quale altrimenti richiederebbe continui movimenti e spostamenti. Gli operati, ad eccezione di quello laterale corrispondente alla parte operata, possono assumere qualsiasi decubito senza che la funzione respiratoria e la cardio-circolatoria abbiano menomamente a soffrire. Dalle nostre osservazioni risulta nettamente che mai in un decorso postoperatorio normale l'operato abbia accusato senso di ambacchia o alcunchè di subbiettivo a carico della regione cardiaca.

La temperatura nei soggetti prima apirettici in genere si eleva a distanza di qualche ora dall'intervento, raggiunge il massimo in prima o in seconda giornata per poi decrescere progressivamente. La sua curva è a tipo remittente con cuspidi serotine e la durata complessiva non supera nel maggior numero dei casi i dieci giorni. Se prima dell'intervento la temperatura era febbrile, questa subisce una modica accentuazione durante i primi giorni e la sua durata si protrae maggiormente, ma anche qui in uno spazio di tempo relativamente breve viene raggiunta l'apiressia. In un discreto numero di casi l'intervento non ha avuto la minima ripercussione sulla temperatura.

La tosse e l'espettorato hanno un comportamento differente a seconda del tipo della lesione. Nelle forme acute infatti l'intervento è seguito per qualche giorno dal loro aumento cui segue una rapida diminuzione. L'espettorato rapidamente diviene fluido, salivare e spumoso. Nelle forme sub-acute e sta-



—○— = temperatura
-●- = polso

Fig. 1.
A. Lino, anni 18. — Tbc. ulcero-casosa del polmone destro. La freccia indica la data dell'intervento (tempo inferiore di toracoplastica antero-laterale elastica).

bilizzate generalmente si ha sin dal primo giorno una lenta e progressiva diminuzione.

I segni di tossiemia preesistenti all'intervento e principalmente quelli inerenti alla sanguificazione e alla sudorazione subiscono nei primi giorni un lieve aumento, che si verifica specialmente nelle forme acute; essi però regrediscono completamente nel volgere di qualche giorno.

La velocità di sedimentazione delle emazie si innalza, e talvolta notevolmente, durante il primo periodo del decorso post-operatorio per poi abbassarsi rapidamente, ravvicinandosi ai valori normali.

La digestione e l'alvo, se prima erano normali, subiscono nei primi due o tre giorni una modifica influenza talvolta del tutto trascurabile: la digestione è più lenta, l'alvo può divenire stitico.

Per ciò che riguarda la funzionalità gastrica, turbe più sensibili possono aversi dopo interventi sull'emittoce sinistro, ma di queste che possono assurgere a vere e proprie sindromi in associazione talvolta a disfunzioni respiratorie tratteremo a proposito del decorso anormale. Nel caso di disfunzioni gastro-enteriche generiche preesistenti all'intervento, dopo un periodo fugace di esacerbazione, si nota una progressiva ripresa dell'appetito e delle altre funzioni inerenti allo stomaco e all'intestino. Dopo la prima settimana il bisogno di nutrirsi si vede aumentare giorno per giorno.

Particolare menzione deve essere fatta, nelle donne, del comportamento della funzione mestruale la quale può modificare il decorso post-operatorio oppure a sua volta esserne influenzata. Il periodo mestruale può essere anticipato ed in qualche caso anche di parecchi giorni, oppure iniziare regolarmente ma prolungarsi oltre il normale, oppure ancora essere irregolare soltanto nella quantità sino talvolta ad assumere proporzioni di una vera e propria metrorragia. Solo tale evenienza assume il significato di vera e propria complicanza. Le ripercussioni sul periodo post-operatorio non sono generalmente proporzionali all'entità delle turbe mestruali ma appaiono legate specialmente al momento biologico catameniale. Esse consistono fondamentalmente in riesacerbazioni della febbre o accentuazioni dei segni di tossiemia (astenia, anoressia, sudorazioni, turbe nervose, ecc.) di durata pari a quella del periodo mestruale.

Nella quasi totalità dei casi, la funzione renale non subisce la minima variazione. Dal punto di vista obbiettivo l'ispezione dell'operato non rivela nulla di anormale se si eccettua il decubito suaccennato. Il paziente, cessata l'azione ipnotica del preparato somministrato prima dell'intervento a scopo di narcosi basale (dilaudid-scopolamina), riprende perfettamente la sua vita psichica e neurovegetativa. Il suo colorito è normale. L'ispezione della regione operata, la quale è possibile solo qualche giorno dopo l'intervento quando viene cambiata la fasciatura, rivela un appianamento del tratto di parete costale resecato: talvolta la parete è dotata di lieve movimento paradossale, sincrono con gli atti respiratori, il che succede specialmente dopo l'esecuzione

del tempo superiore. Tale aspetto nei giorni susseguenti non si modifica sensibilmente, come non si modifica il rilievo palpatorio della consistenza molle elastica della regione trattata. In corrispondenza di questa, solo nei primissimi giorni si risveglia con la palpazione una modica dolenzia.

A carico del torace la percussione rileva, per un periodo variabile generalmente dagli 8 ai 15 giorni, una marcata ipofonesi sulle regioni della metà superiore dell'emitorace nel caso d'intervento superiore, della metà inferiore dopo il tempo inferiore. Tale reperto in seguito rapidamente regredisce. La percussione sull'altro emitorace non denota variazioni del reperto preesistente.

L'ascoltazione dà un reperto variabile a seconda dell'entità e della forma delle lesioni. In ogni caso si ha sensibile riduzione del respiro a livello delle zone polmonari retratte, ma essa è più cospicua nelle lesioni estese e tanto più se esse sono in fase di acuzie.

In genere nei primissimi giorni con la diminuzione del respiro si accompagna una notevole riduzione dei fatti aggiunti preesistenti. In seguito si possono ascoltare, tutta una serie di rumori stenotici bronchiali e di rantoli crepitanti o sub-crepitanti diffusi alle regioni corrispondenti al polmone retratto; talvolta si aggiungono rantoli bollari grossolani. I rantoli crepitanti, insorti nel periodo immediatamente susseguente all'intervento, sono da riferirsi a stati parzialmente atelettasici. Essi possono scomparire rapidamente, ma talvolta persistono a lungo. Se preesisteva un reperto ascoltatorio cavitario dopo la diminuzione immediata di esso si ha la ricomparsa per qualche giorno, ma attenuata e modificata sia per il numero che per l'ampiezza e la sonorità dei rantoli. L'ipopnea è generalmente accompagnata da respiro broncovescicolare. Solo nel caso di forme acute ed estese si ha respiro soffiante, il quale reperto si accentua se preesisteva in corrispondenza di lesioni cavitarie ma solo nei giorni immediatamente susseguenti all'intervento.

L'esame radiologico praticato a distanza di pochi giorni rivela generalmente una velatura delle regioni polmonari retratte. Essa è in gran parte dovuta a fatti pleurici e parietali. Talvolta, sempre radiologicamente, è possibile rilevare dopo il tempo superiore-presenza di una bolla di gas extra-pleurico al disopra dell'apice polmonare. Tale evenienza dovuta a parziale o totale scollamento dell'apice stesso scompare generalmente nel periodo di pochi giorni (figg. 2-3).

L'esame obbiettivo degli altri organi ed apparati, non rivela nulla di notevole.

L'apparato cardio-vascolare sin dai primi minuti dopo l'intervento conserva integra la sua funzionalità sia per ciò che riguarda l'azione cardiaca sia per i caratteri del polso il quale aumenta la sua frequenza solo parallelamente alla temperatura corporea. Anche qui, a solo scopo precauzionale, viene somministrato qualche cardiotonico per i primi due o tre giorni.

Il paziente lascia il letto dopo un tempo variabile dagli 8 ai 12 giorni,

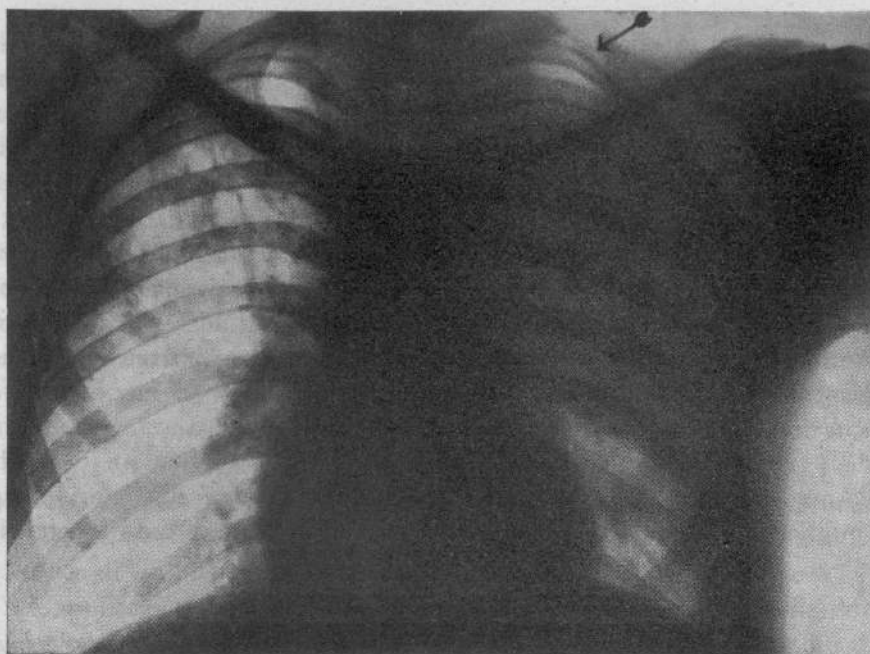


FIG. 2.

R. Giulio, anni 26. — Tbc. ulcerofibrosa del polmone sinistro. Radiografia eseguita otto giorni dopo il tempo superiore di toracoplastica antero-laterale elastica. E' evidente la bolla di gas extra-pleurica.

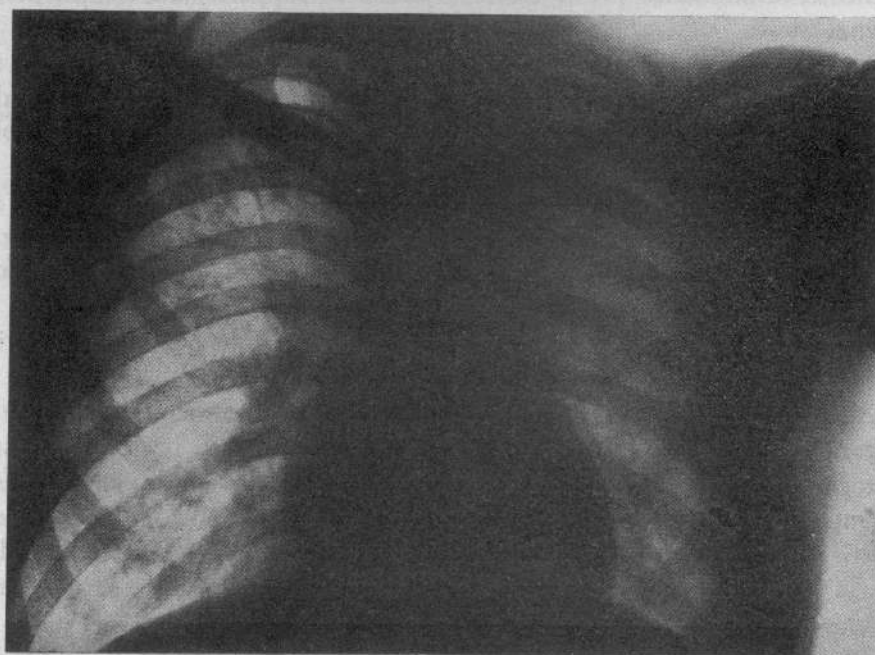


FIG. 3.

Lo stesso caso a distanza di 15 giorni. La bolla di gas è quasi completamente scomparsa.

essendo già la ferita operatoria completamente cicatrizzata. Nell'atto di lasciare il letto esso non solo ha da qualche giorno già ripreso perfettamente l'euritmia delle sue funzioni, ma si delinea nei casi a buon esito la ripercussione benefica dell'intervento sulle condizioni generali e specialmente sulla sanguificazione e sulla nutrizione, della quale ultima è esponente il rapido aumento del peso corporeo.

Oltre al comportamento della velocità di sedimentazione delle emazie di cui già si è fatto cenno, sono importanti i risultati di alcune ricerche ematologiche eseguite prima e nei giorni susseguenti all'intervento operatorio. Le formule leucocitarie di Arneth e di Schilling dopo un transitorio peggioramento ritornano gradualmente alla norma. I linfociti ed il rapporto linfomonocitario, dopo una caduta nei primissimi giorni, aumentano negli ulteriori periodi. Recentemente sono state studiate anche le varie frazioni proteiche del plasma (MONALDI, GUGLIELMETTI, BABOLINI, CHIODI) i cui valori e rapporti migliorano rapidamente e progressivamente nei casi ad esito favorevole.

IL DECORSO POST-OPERATORIO ANORMALE

L'esame dell'esiguo numero dei casi che hanno presentato decorso post-operatorio che si allontana dalla norma ci rivela una serie di evenienze complicative le quali possono imprimere al periodo che segue l'intervento un andamento caratteristico per intensità e durata in rapporto alla natura delle evenienze stesse.

Queste possono avere origine durante l'atto operativo ed in tal caso si tratta in genere di complicanze inerenti direttamente ad esso, vale a dire di esse non è responsabile il tipo di intervento di cui noi ci occupiamo ma soltanto la modalità operatoria.

La maggior parte delle complicanze osservate sono insorte durante il periodo post-operatorio e di esse alcune immediatamente dopo, altre a distanza variabile sino a circa 20 giorni, altre a distanza maggiore sino al 30° giorno, limite massimo del tempo da noi considerato ai fini del nostro tema.

Alcune complicanze per sintomatologia e decorso debbono considerarsi di natura esclusivamente funzionale, altre di natura organica.

Quelle funzionali hanno in genere inizio immediatamente dopo l'atto operatorio e sono quelle che alterano meno sensibilmente il decorso post-operatorio, anche perchè di esse è più facile aver ragione con opportuni sussidi terapeutici. Tra le più importanti sono quelle che hanno fondamento nei rapporti fra torace e addome e che sono state dettagliatamente studiate da MONALDI, il quale ha distinto oltre a quella fondamentalmente gastrica, una sindrome respiratoria ed una sindrome mista gastro-respiratoria.

La sindrome gastrica può decorrere con tre aspetti principali di cui il primo caratterizzato da disturbi della sensibilità accessuali, più frequentemente post-prandiali, quali nausea, senso di ripienezza, conati di vomito; il se-

condo caratterizzato prevalentemente da disturbi dell'alimentazione, mentre quelli della sensibilità possono essere quasi assenti; il terzo, il più grave, caratterizzato da disordini analoghi a quelli della stenosi pilorica acuta: dolori crampiformi, vomito alimentare incoercibile anche a lunga distanza dai pasti, sensazione di stiramento o di vuoto, anoressia, ecc. La sindrome respiratoria si manifesta secondo due tipi fondamentali di cui l'uno caratterizzato da tosse accessuale, ostinata, secca, l'altro da dispnea che può raggiungere gradi elevati (tachipnea, crisi asmatiformi). La sindrome mista gastro-respiratoria è data oltrechè da disturbi gastrici, dall'insorgenza parallela di accessi violenti di tosse. Più spesso l'accesso di tosse sembra scatenare la crisi gastrica, altre volte si tratta di particolare stato dispneico senza apparente substrato di deficienza della ematosi o della superficie respirante o della viabilità respiratoria.

Tali perturbamenti gastrici e gastro-respiratori, se di grado lieve risolvono spontaneamente in un periodo di tempo relativamente breve. Le sindromi piuttosto gravi invece richiedono immediato trattamento con pneumoperitoneo di cui può essere sufficiente una sola introduzione (300-350 cc. di O₂).

L'applicazione del pneumoperitoneo in questi casi è la risultante della concezione patogenetica di MONALDI, secondo la quale, come è noto, il *primum movens* è rappresentato da un particolare squilibrio del sistema nervoso autonomo che si rende manifesto attraverso i modificati rapporti meccanici tra torace e addome.

In quanto alle complicanze a sfondo organico, esse possono essere o non di natura specifica.

Le specifiche riguardano il polmone omo- o controlaterale, le pleure e la parete toracica.

Le complicanze organiche di altra natura sono riferibili a malattie preesistenti o intercorrenti o a malattie latenti che l'intervento ha messo in evidenza.

Secondo questi criteri esponiamo le osservazioni tratte dalla nostra casistica nella seguente tavola riassuntiva:

DECORSO POST-OPERATORIO ANORMALE

1. Per complicanze generiche inerenti all'atto operativo	Suppurazione della ferita	7 casi
	Perforazione della pleura parietale	2 casi
	Ematoma post-operatorio	1 caso
	Reazione dermica da alcool picrico	1 caso
	Embolia della polmonare	1 caso
2. Per malattie non tbc. preesistenti od insorgenti nel decorso p.o.	Bronco-polmonite controlaterale	1 caso
	Reumatismo a.a.	2 casi
	Tromboflebite	1 caso
	Diabete insipido transitorio	1 caso
	Miocardite	2 casi
	Metrorragia	1 caso
	Psicosi transitoria	1 caso

3. Per turbe funzionali susseguite all'atto operatorio	Sindrome gastrica	41 casi
	Sindrome respiratoria	12 casi
	Sindrome gastro-respiratoria	5 casi
	Sindrome cardio-circolatoria	1 caso
4. Per manifestazioni inerenti alla malattia tubercolare	Emottisi (di cui 2 emottici cronici)	4 casi
	Bronco-polmonite cistica omolaterale	8 casi
	Addensamento bronco-pneumonico omolaterale a rapida risoluzione	2 casi
	Diffusione bronco-pneumonica controlaterale	1 caso

* * *

L'esame dei risultati, in gran parte riassunti, ci consente di fare i seguenti rilievi.

Per ciò che riguarda il decorso post-operatorio normale, abbiamo visto come le ripercussioni esercitate dall'intervento, sia come trauma che come azione fisiomeccanica immediata, sono pressochè trascurabili, nelle forme acute e sub-acute, mentre possono dirsi completamente assenti nelle forme stabilizzate. Infatti in caso di lesioni di tipo più o meno evolutivo si ha una accentuazione dei vari segni di tossiemia che non va oltre al terzo giorno e che è seguita da rapida disintossicazione dell'organismo per cui nei decorsi favorevoli già all'inizio della seconda settimana si notano i sintomi di un rinnovamento generale organico.

Nelle forme acute e sub-acute, tale rinnovamento viene raggiunto prima ed in maniera più sensibile che nelle forme stabilizzate, il che è certamente da attribuire all'azione terapeutica dell'intervento la quale invece, nelle forme stabilizzate, si instaura più lentamente. In quest'ultimo caso, data la relativamente scarsa tossiemia preesistente, i risultati immediati appaiono meno brillanti. In ogni caso il periodo di degenza a letto non supera in genere i 15 giorni, mentre il decorso post-operatorio, inteso nel senso già definito all'inizio del lavoro, ha una durata media di una settimana, vale a dire dopo la prima settimana l'operato non presenta segni clinici subiettivi ed obbiettivi che denotino presenza di turbe dell'equilibrio organico imputabili ai fattori del trauma operatorio e dell'azione fisiomeccanica immediata. In tale epoca invece sono già evidenti i segni della ripresa delle condizioni generali e locali. Più interessanti sembrano i rilievi sui casi a decorso post-operatorio anormale. Essi ci permettono di appurare le responsabilità reali della toracoplastica antero-laterale elastica nei suoi vari tipi. Considerando in blocco la casistica vediamo che su 363 operati, 95 hanno avuto decorso anormale, avendosi una percentuale del 25 % circa. Di questi il 3 % sono deceduti nel periodo post-operatorio. Se invece consideriamo il numero delle operazioni eseguite, le quali ammontano a 506, la percentuale del decorso anormale si riduce al 19 %.

Le complicità considerate così in maniera generica si riducono ulteriormente se noi analizziamo la loro entità, e soprattutto i loro rapporti con l'intervento. Infatti dalla nostra casistica risulta che dei 95 casi 59 riguardano

turbe funzionali, 9 malattie non specifiche preesistenti o insorte nel decorso e 12 complicanze generiche verificatesi durante e dopo l'intervento. I rimanenti 13 casi riguardano complicanze organiche polmonari di natura specifica.

Le turbe funzionali riguardanti gli apparati respiratorio, cardiocircolatorio e digerente, che nella totalità dei casi debbono essere considerate come disfunzioni dei rapporti toraco-addominali, hanno rapidamente e completamente beneficiato dell'istituzione di un pneumo-peritoneo del quale talvolta è bastata una sola introduzione.

In quanto ai nove casi di malattie non specifiche preesistenti o insorte nel decorso, esse come è logico debbono essere considerate come sovrapposizioni morbose per le quali qualsiasi altro intervento chirurgico avrebbe potuto agire nel senso di aggravamento, e in quella di determinazione, come per es. nel caso del tifo o del diabete insipido o della bronco-polmonite, ecc.

Così qualsiasi intervento operatorio avrebbe potuto essere complicato da suppurazioni della ferita come è avvenuto in 7 operati della nostra casistica, ed alla stessa stregua debbono essere considerati i casi di ematoma post-operatorio e di reazione dermica da alcool picrico.

Per ciò che riguarda i casi di perforazione pleurica durante l'intervento, diremo che tale incidente non ha avuto la minima ripercussione sul decorso post-operatorio, mentre la sua origine è dovuta ad un'evenienza quanto mai rara di parziale pervietà del cavo pleurico.

Dunque, soltanto in 13 casi si può parlare di vere e proprie evenienze complicative da addebitare all'intervento. Della entità di queste e particolarmente della loro evoluzione intendiamo fare un'esposizione particolareggiata in altra nota. Qui ci basti affermare che la loro percentuale è veramente bassa e tale da non potere incidere in modo sensibile sulla portata pratica dell'intervento.

BIBLIOGRAFIA

- ASCOLI: *Sulla tecnica della toracoplastica antero-laterale*. «Forze Sanitarie», n. 18, 1934.
- ASCOLI, TORELLI, SISTI, STEGMAYER, CATI e BESTA: *Sulla toracoplastica antero-laterale nel trattamento della tubercolosi polmonare*. «Atti Conv. Scient.», Roma, marzo 1933.
- AXELSON: *Den Antero-laterale thorackplastiken*. «Separat ur Svenska Lakartidningen», n. 30, 1934.
- BERTHET E.: *Une méthode chirurgicale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire - La thoracoplastie antéro-latérale de Monaldi*. «Presse Méd.», n. 80, 1935.
- : *Pneumothorax et thoracoplastie homolatérale*. «Revue de la Tbc.», n. 7, 1936.
- BORTOLOTTI R.: *La toracoplastica antero-laterale parziale nel trattamento della tubercolosi polmonare con particolare riguardo alla cura degli empiemi parapneumotoracici*. «Congr. Naz. Ital. lotta contro la tbc.», Roma, 1935.
- BUONOMO LA ROSSA: *La toracoplastica antero-laterale alla Monaldi nella tubercolosi polmonare*. «Rassegna Internaz. di Clinica e Terapia», n. 12, giugno 1936.
- BERNOU, CANONNE e MARECAU: *Aspiration et pyothorax*. «Les Cahiers de la Tbc.», 1938.
- CANOVA: *La toracoplastica a.l.e. nelle forme acute della tbc. polmonare*. «Annali dell'Istituto C. Forlanini», n. 3, 1938.
- CELOTTI: *Considerazioni su 5 casi di toracoplastica antero-laterale alla Monaldi*. «Lotta contro la Tbc.», n. 5, 1935.
- CHIARELLO A. G.: *Contributo clinico alla toracoplastica antero-laterale*. «La Riforma Medica», numero 20, 1937.

- DIERAS R.: *La thoracoplastie antéro-latérale par voie sous-pectorale*. Degrange, Paris, 1937.
- DI PAOLA N.: *La toracoplastia antero-laterale en el tratamiento quirurgico de la tuberculosis pulmonar*. «La Prensa Medica Argentina», settembre 1936.
- FINOCCHIETTO: *Toracoplastica - Tecnica de las operaciones de Monaldi*. «Revista de Tisiologia Pratica», n. 4, tomo 11, 1937.
- GAETA: *La toracoplastica antero-laterale*. «Lotta contro la Tbc.», n. 4, 1936.
- GUCCI G.: *Nozioni elementari di retrattolterapia chirurgica della tubercolosi polmonare*. Ed. Pozzi, Roma, 1936.
- *Contributo clinico alla toracoplastica di Monaldi*. «Bollettino e Memorie della Soc. Tosco-Umbra di Chirurgia», 19 giugno 1937.
- GUGLIELMETTI P.: *La toracoplastica antero-laterale elastica nelle lesioni cavitare apico-sottapicali*. «Annali dell'Istituto C. Forlanini», n. 9, 1937.
- HANS EDEL: *Anterolateralni plastika, nova lecebni metoda plieni tuberkulozy*. «Zvlastni otisk z casopisu lékaru ceskychcis», 40, 1935.
- HILMANN A. G.: *Operazione di toracoplastica antero-laterale alla Monaldi*. «Problemi Tuberkulosa», Livadia, n. 6, 1936.
- HOHENNER K.: *Ueber die anterolaterale elastische thoracoplastik*. «Sonderdruck aus der Münchener Medizinischen Wochenschrift», n. 25, 1937.
- KATYAR P. D.: *Anterolateral thoracoplasty in the treatment of pulmonary tuberculosis*. «Journal of the Indian Medical Association», n. 3, 1936.
- LEINER W.: *Ueber ein neues Verfahren einer antero-lateralen thorakoplastik*. «Beitr. z. Klin. d. Tbk.», 84, 1934.
- MAURER: *La thoracectomie élastique de détente et d'attente*. «Revue de la Tbc.», n. 8, 1935.
- MONALDI V.: *Tentativi di nuovi metodi di toracoplastica totale nel trattamento della tubercolosi polmonare*. «Lotta contro la Tbc.», gennaio 1933.
- *Sulla toracoplastica antero-laterale nel trattamento della tubercolosi polmonare*. «Atti Conv. Scient. F.T.N.F. per la lotta contro la tbc.», Roma, marzo 1933.
- *Il primo anno di toracoplastica antero-laterale*. «Riv. di Patol. dell'apparato respiratorio», dicembre 1933.
- *La toracoplastica antero-laterale nel trattamento della tubercolosi polmonare*. «Boll. e Atti della R. Accad. Med. di Roma», maggio-giugno 1934.
- *Due anni di toracoplastica antero-laterale nel trattamento della tubercolosi polmonare - Risultati clinici dei primi 80 casi*. «Atti Soc. Lombarda di Chirurgia», novembre 1934.
- *La toracoplastica antero-laterale parziale nel trattamento della tubercolosi polmonare*. «Minerva Medica», vol. 11, 1935.
- *La cura dell'empima parapneumotoracico*. «Congr. Naz. per la lotta contro la tbc.», Roma, 1935.
- *Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la thoracoplastie antéro-latérale*. «Congrès de l'Assoc. des Phthisiologues de la Rep. Tchecoslovaque», Aussig, giugno 1935.
- *Résumé de trois ans d'études sur la cure de la tuberculose pulmonaire par la thoracoplastie antéro-latérale - Observations regardant 200 cas*. «Arch. Méd. Chir. de l'appareil resp.», maggio 1926.
- *Indicazioni cliniche della toracoplastica antero-laterale*. «Riv. di Patol. e Clin. della Tbc.», maggio 1936.
- *La fisiopatologia dell'apparato respiratorio nella tbc. polmonare*. II edizione. Ed. Courrier-Armani, Roma, 1937.
- *Alcuni rilievi sullo stato sociale di un primo gruppo di soggetti trattati con toracoplastica antero-laterale elastica*. «Difesa Sociale», n. 3-5, 1937.
- MORELLI E.: *Sistematizzazione dei vari metodi di terapia chirurgica della tubercolosi polmonare*. «Atti Conv. Scient. Sez. Laz.», marzo 1933.
- OKO J.: *Wortose Kliniczna torakoplastyki przenio-bocznej Monaldi*. «Medycyna», n. 8, 1937.
- POTOTSCHNIG: *Stato attuale della chirurgia della tubercolosi polmonare*. «Relaz. al Conv. veneto della tubercolosi», Vicenza, 1936.
- PERUSSIA: *La toracoplastica antero-laterale parziale nella tubercolosi polmonare*. «Rinnovamento Medico», novembre 1935.
- SCHAIM: *Toracoplastia antero-laterale a lui Monaldi*. «Bucaresti Médical», n. 1, 1936.
- SKIBINSKI: *Torakoplastika przednio boczna Monaldi*. «Polska Gazeta Lekarska», n. 46, 1934.
- SIMOVIC: *Leczenie parapneumotorakalnog empiema*. «Lekarski Sindicat», n. 10-11.
- SISTI M. A.: *Toracoplastica antero-laterale elastica e interventi collasoterapici contro-laterali nel trattamento della tubercolosi polmonare bilaterale*. «Lotta contro la Tbc.», n. 8, 1936.
- THEVARTHUNDIL JOSEPH: *Anterolateral parapneumotorakalnog empiema*. «Tubercle», gennaio 1936.

RIASSUNTO

E' stato reso in esame, attraverso le documentazioni cliniche, il decorso post-operatorio di 363 interventi di toracoplastica a. l. e. Tale periodo generalmente ha avuto una durata media di una settimana e soltanto in 13 casi si ebbero evenienze complicative addebitabili all'intervento. Questa minima percentuale permette di affermare che l'odierna chirurgia della tbc. polmonare è praticamente scevra di pericoli.

RESUME

D'après les données cliniques l'A. a examiné le décours post-opératoire de 363 thoracoplastiques a. l. e. dont la durée moyenne a été environ d'une semaine. 13 cas seulement ont eu des complications imputables à l'intervention. Ce pourcentage minime permet d'affirmer que la chirurgie actuelle de la tbc. pulmonaire est pratiquement sans danger.

SUMMARY

On the basis of the clinical findings the A. has examined the post-operative course of 363 a. l. e. thoracoplasties. The average time required was 1 week; only 13 cases showed complications which could be brought back to the surgical procedure. Considering this very low incidence, the A. is led to believe that the actual tbc. surgery is practically safe.

ZUSAMMENFASSUNG

Auf Grund der klinischen Daten, hat V. den postoperativen Verlauf von 363 a. l. e. Thorakoplastik-Eingriffe durchprüft. Die Durchschnittsdauer war eine Woche; nur in 13 Fällen waren Komplikationen vorhanden, die dem Eingriff zurückzuführen waren. Aus diesen geringen Prozentsatz geht hervor, dass die aktuelle Chirurgie der Lungentuberkulose praktisch gefahrlos ist.

58991



- 1990). The authors also found that the frequency of use of the Internet was positively related to the frequency of use of the telephone, and that the frequency of use of the Internet was negatively related to the frequency of use of the newspaper. These findings suggest that the Internet is becoming a more important source of information, and that it is being used more frequently than other sources of information. This is consistent with the findings of other studies that have found that the Internet is becoming a more important source of information (e.g., Roberts et al. 1998, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025).
20. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2003. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 6 (1): 1-10.
21. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2004. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 7 (1): 1-10.
22. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2005. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 8 (1): 1-10.
23. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2006. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 9 (1): 1-10.
24. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2007. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 10 (1): 1-10.
25. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2008. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 11 (1): 1-10.
26. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2009. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 12 (1): 1-10.
27. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2010. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 13 (1): 1-10.
28. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2011. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 14 (1): 1-10.
29. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2012. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 15 (1): 1-10.
30. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2013. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 16 (1): 1-10.
31. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2014. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 17 (1): 1-10.
32. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2015. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 18 (1): 1-10.
33. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2016. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 19 (1): 1-10.
34. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2017. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 20 (1): 1-10.
35. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2018. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 21 (1): 1-10.
36. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2019. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 22 (1): 1-10.
37. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2020. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 23 (1): 1-10.
38. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2021. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 24 (1): 1-10.
39. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2022. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 25 (1): 1-10.
40. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2023. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 26 (1): 1-10.
41. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2024. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 27 (1): 1-10.
42. Roberts, J. A., and J. A. Roberts. 2025. "The Internet and the Future of the Newspaper." *Journal of Mass Media Studies* 28 (1): 1-10.

