



SANATORIO S. LUIGI IN TORINO  
Direttore: Prof. G. FERRANDO

SANATORIO L'ABETINA IN SONDALO  
Direttore: Prof. P. ZORZOLI

Prof. ALFREDO RABINO  
*Primario Sanatorio S. Luigi*

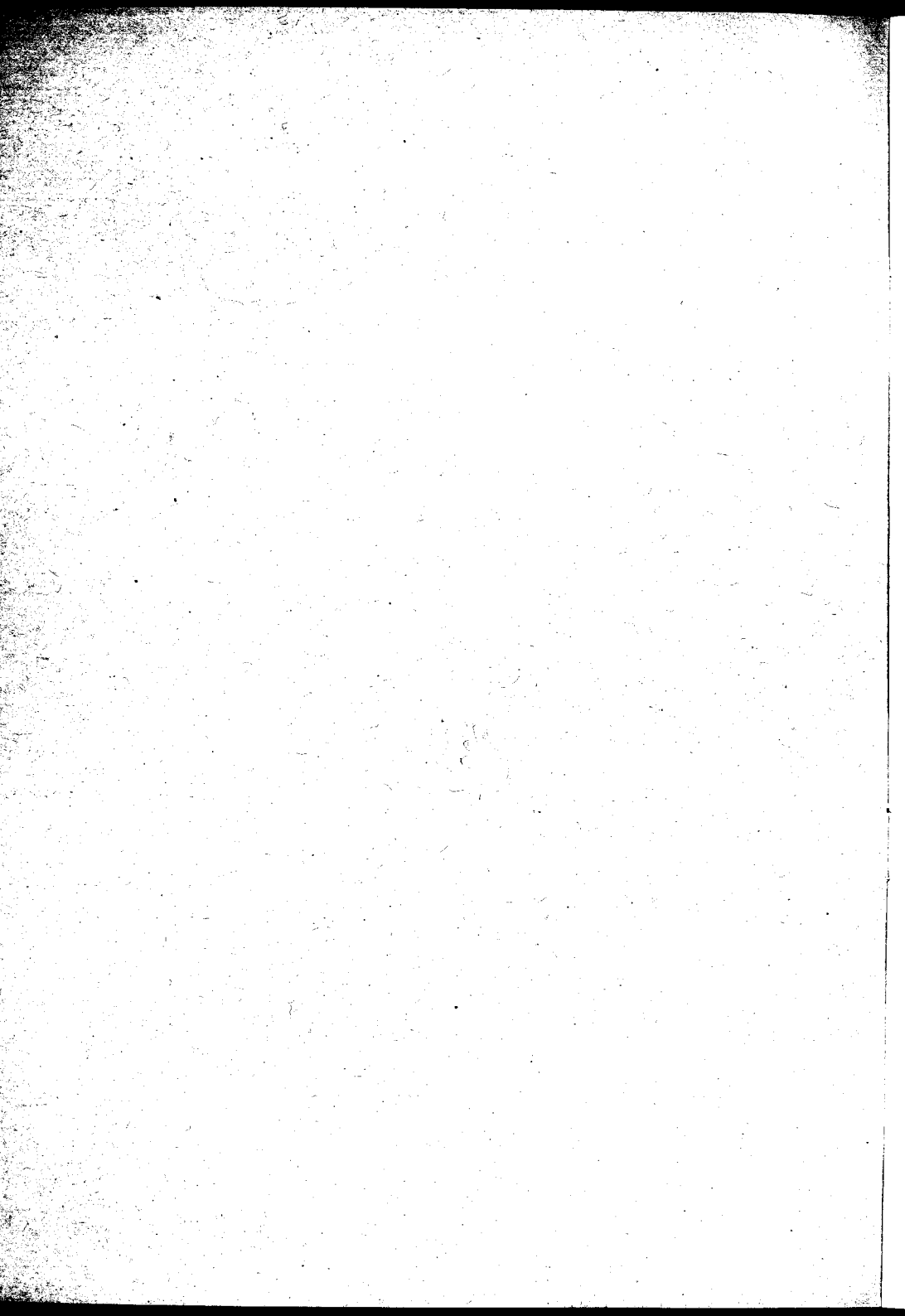
Prof. PIERO ZORZOLI  
*Direttore Sanatorio L'Abetina*

# TISIOLOGIA E CHIRURGIA TORACICA

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



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



SANATORIO S. LUIGI IN TORINO  
Direttore: Prof. G. FERRANDO

SANATORIO L'ABETINA IN SONDALO  
Direttore: Prof. P. ZORZOLI

---

Prof. ALFREDO RABINO  
*Primario Sanatorio S. Luigi*

Prof. PIERO ZORZOLI  
*Direttore Sanatorio L'Abetina*

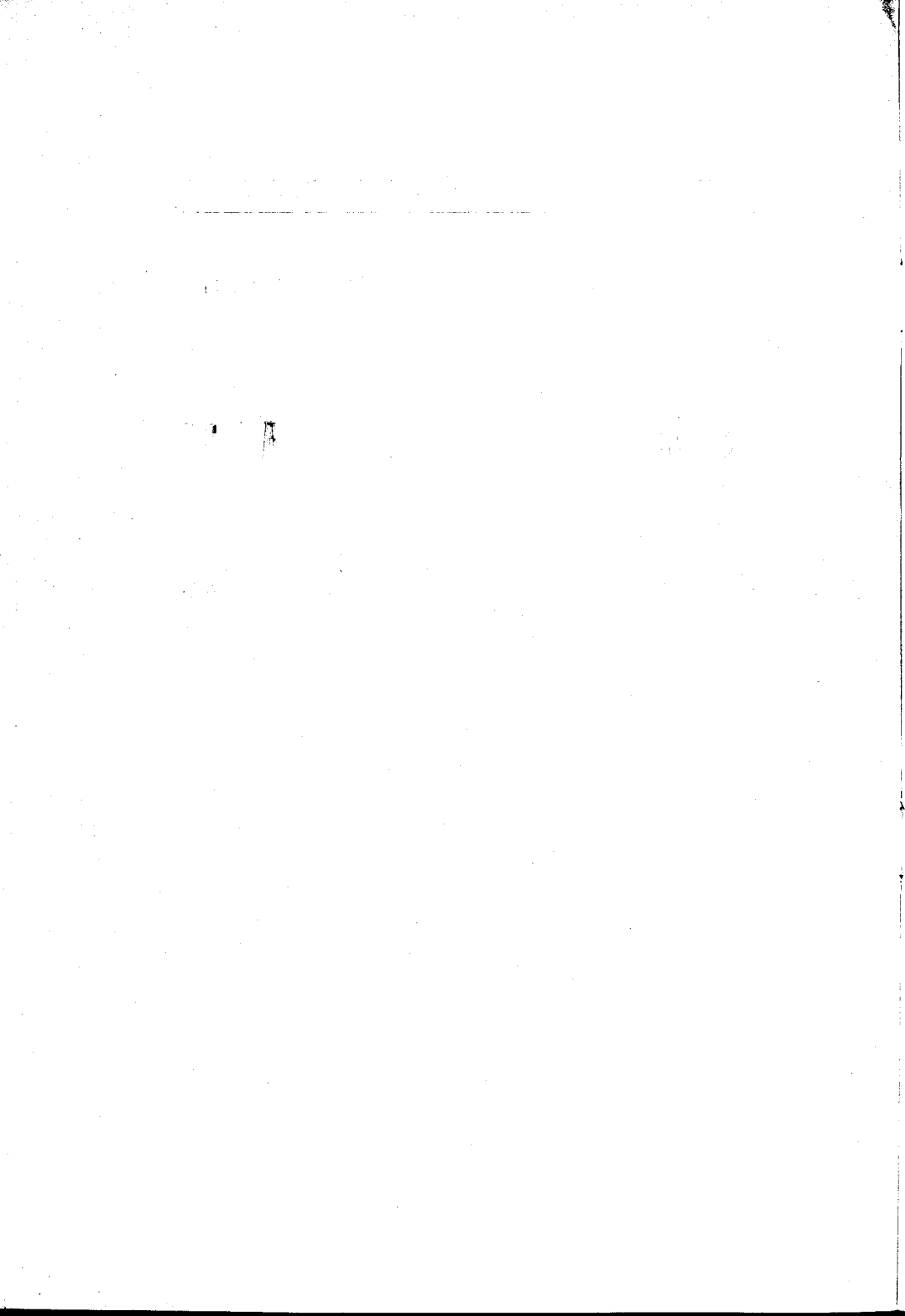
# TISIOLOGIA E CHIRURGIA TORACICA

---

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

---

STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



---

Lo sviluppo sempre più ampio del concetto forlaniniano ha gradatamente e progressivamente allargato il campo d'azione del tisiologo di fronte agli svariati problemi terapeutici che nascono dallo studio della tubercolosi polmonare, considerata sotto il punto di vista della collassoterapia: ogni malato offre degli spunti curativi individuali, che vanno analizzati ed applicati a seconda delle contingenze e degli stati di fatto che la malattia ha determinato nel suo organismo. Si è passato così dal pneumotorace intrapleurico puro, colle proprie diverse intrinseche modalità di condotta, al suo perfezionamento mediante la resezione delle aderenze, alla sua associazione con gli altri presidi collassoterapici; è nata la frenicoexeresi, si è venuta sviluppando la toracoplastica, dapprima demolitiva e standardizzata, ora elettiva e risparmiatrice; sta prendendo piede il pneumotorace extrapleurico, è allo studio l'aspirazione endocavitaria di MONALDI. E svariati altri problemi curativi inerenti alle malattie del polmone e della pleura sono all'ordine del giorno.

Le nostre attribuzioni perciò, per le esigenze contingenti, si sono andate via via maggiorando: se il nostro strumento peculiare in passato era l'agocannula, ora ci è indispensabile anche il bisturi.

Siamo giunti ad un punto in cui la nostra specialità ha tali e tanti riflessi chirurgici, che il tisiologo deve necessariamente decidersi ad armare la sua mano se vuol mettersi in condizioni di portare a molti dei propri malati, non altrimenti o non meglio recuperabili, tutta la somma di benefici che solo l'arte chirurgica può recare.

Molti sono i chirurghi che si occupano di chirurgia polmonare; ma si può dire che oggi ancora si contano sulle dita di una mano i tisiologi che in Italia praticano anche chirurgia polmonare. Si tratta di uno scetticismo aprioristico che chiude gli occhi di fronte alle necessità della moderna tisiologia, scetticismo contro il quale è necessario reagire.

Possedere la tecnica operatoria al punto di poter trattare i propri ammalati dovrebbe oggi essere l'aspirazione di tutti i medici che praticano la tisiologia, come fu il tormento di coloro che per primi si cimentarono nell'azione diretta. Basti pensare che il BRAUER, l'antesignano della toracoplastica, pur

avendo avuto per collaboratore un insigne chirurgo come il FRIEDRICH, sentì il bisogno, egli clinico medico, di farsi operatore dei suoi malati.

Per molto tempo l'unico fisiologo che da noi si occupò di chirurgia polmonare fu il REDAELLI: e realmente a lui spetta il merito grandissimo di aver sostenuto e propagandato la mentalità chirurgica oltre ad aver esercitato la pratica in maniera egregia.

Ma non va dimenticato che fu un medico, il Cova, ad introdurre in Italia l'operazione di Jacobaeus.

Ed il nostro stesso Maestro, MORELLI, immedesimandosi dell'assillo del chirurgo, ha ideato e portato a perfezione degli scollatori per il peristio costale ed un costotomo che facilitano enormemente l'operazione di toracoplastica.

Noi siamo certi che la chirurgia toracica avrà un luminoso avvenire: ma siamo altrettanto convinti che il suo sviluppo sarà rapido e ricco di fertili risultati soltanto se vi sarà la cooperazione piena ed entusiastica di tutti coloro che si occupano di fisiologia.

In nessun campo come nella fisiologia ci troviamo ai limiti fra la medicina e la chirurgia. Siamo arrivati ad un punto in cui l'azione combinata fra la mente di colui che dirige e la mano di colui che esegue è insufficiente allo scopo. O il fisiologo si fa chirurgo, o il chirurgo si vedrà costretto a farsi fisiologo. Poiché il medico dovrebbe assumersi col chirurgo la responsabilità dell'indicazione operatoria, della resistenza generale del malato, dell'anestesia, dei minuti particolari di tecnica atti a portare il massimo di risultato locale, del decorso post-operatorio, ecc.; ma tale strettissima simbiosi è difficilissima a raggiungere, e solo può essere concepita in due colleghi che siano sorretti dalla stessa passione ed allenati lungamente a lavorare assieme: tanto vale che il fisiologo rompa gli indugi e si cimenti egli stesso nell'azione diretta.

Del resto tutta la storia delle specializzazioni fa scuola. Per quanto qualche voce isolata si levi ogni tanto a protesta contro la tendenza odierna a limitare e perfezionare entro limiti ristretti il campo delle diverse estrinsecazioni del pensiero e del lavoro, bisogna pur riconoscere che l'enciclopedia oggi non è più possibile, per effetto del continuo estendersi dello scibile. Esempi numerosissimi si trovano in ogni branca dell'umana attività: ma per restare nei confini della nostra arte, ricorderemo che dal tronco della chirurgia generale si separarono man mano i singoli rami che si svilupparono poi in maniera magnifica.

Assunsero dapprima autonomia le specialità che colla chirurgia avevano maggior attinenza: l'ostetricia e la ginecologia, l'oculistica, l'otorinolaringologia, l'urologia, indi l'ortopedia; tutte branche che si resero indipendenti ed i loro cultori sono medici e chirurghi ad un tempo. In pieno travaglio di evoluzione e di assestamento è una chirurgia del cervello e del sistema nervoso: il progresso è legato ai nomi di CUSHING, FORSTER e LERICHE, il primo era chirurgo e divenne neurologo, gli altri, che in origine si occupavano esclusivamente di neurologia, impugnarono poi il bisturi e contribuirono come

neuro-chirurghi al progresso del nostro sapere. Così la chirurgia infantile si è andata insediando giustamente nelle cliniche pediatriche.

Alla stessa stregua il tisiologo deve mettersi in condizioni di poter operare sulle aderenze, sul frenico, sul torace.

Permanere nei limiti della tisiologia medica o puramente pneumotoracica sarebbe segnare il passo, il che significa, adottando una felice frase mussoliniana, retrocedere: e ciò non deve essere.

Molti tisiologi si disinteressano di certi interventi e ne trascurano la pratica perchè non ne hanno esperienza diretta e credono di non poterla fare: temono responsabilità, perchè chi fa può sbagliare. Ma chi non fa quasi sempre sbaglia, tradisce il suo dovere e la ragione della sua professione (GIORDANO).

Oggidì non si può concepire la collasso-terapia pneumotoracica senza pleurolisi: in ogni Sanatorio si deve poter eseguire questo intervento. Appunto per questo motivo il tisiologo deve avocarlo a sè e non affidarlo alla mano del chirurgo. Chi praticherà una pleuroscopia non potrà fare a meno di comprenderne l'utilità e praticarne delle altre. Chi opera una pleurolisi si formerà una mentalità chirurgica e sarà invogliato ad eseguire altri atti di chirurgia della tubercolosi polmonare. La pleurotomia con aspirazione permanente alla Monaldi sarà il suo punto di partenza.

Il tisiologo che si sarà impadronito dell'arte chirurgica si sarà messo in condizioni di attuare gli interventi della propria specialità con maggior utile per il malato di quanto possa fare il chirurgo generico, perchè egli possiede la sensibilità del collasso-terapista consumato, sa con esattezza ciò che vuol ottenere e fin dove deve arrivare, ha più campo per affinare la propria tecnica.

Il tirocinio nell'arte chirurgica è lungo, faticoso, esige fiducia nei propri mezzi e coraggio, impone studio e sacrificio. Ma queste non sono ragioni per trascurarlo: esso è necessario per lo sviluppo della nostra branca e per il bene dei nostri malati, e perciò noi specialisti in malattie polmonari dobbiamo affrontarlo e vincerlo. Chi mai comincia, mai raggiungerà la mèta.

Alla sterile aspettativa ed alla fede nella terapia medicamentosa e climatica è doveroso rimpiazzare la fiducia in tutto ciò che la scienza tisiologica può dare, anche se il compito è rischioso, e la diretta responsabilità del tisiologo è chiamata in giuoco (REDAELLI). Così solo il tisiologo compie tutto il suo dovere, ed assolve alla sua funzione umana e sociale.

Il ritmo accelerato dell'epoca attuale esige spesso un sollecito ricupero dell'individuo: eppure molti malati di petto ancora oggi girano tutti i climi da un sanatorio all'altro, sono nutriti bene, sono rimpinzati di medicinali e di calcio, si fanno grassi e grossi, ed impiegano degli anni a consumare lentamente i propri polmoni, sempre fedeli alla terapia aspettante di un tempo. Eppure non tutti portano nel loro polmone la condanna senza appello; e certamente con adatta e tempestiva cernita molti di essi potrebbero trovare la salute da un opportuno intervento.

Perchè questo? Bisogna dire che la scienza tisiologica non è ancora sufficientemente amalgamata, ed è ancora troppo disgiunto in essa ciò che vi è

di medico da ciò che vi è di chirurgico: sterile disgiunzione, perchè il malato è vicino a troppi che sanno, e lontano da chi sa fare, e spesso intanto, per il quietismo fatalista dell'attesa, il soffio della sua vita si spegne nel miraggio fallace.

E' necessario che la nostra mentalità si aggiorni. Non saremo noi, che muovemmo i primi passi della nostra vita professionale nelle corsie della medicina generale, a misconoscere tutta l'importanza della terapia medicamentosa nella tubercolosi polmonare; non saremo noi, che da anni viviamo la vita del Sanatorio, a menomare l'altissima importanza che il riposo ed il regime hanno nei confronti del malato di petto; e tanto meno, segregati da anni per intima entusiastica convinzione, nella solitudine alpina, toglieremo un sol punto al valore del fattore climatico (coadiuvante sempre, talora di per sè solo elemento decisivo di guarigione). E soprattutto siamo pneumotoracisti.

Ma quando un pneumotorace non sia attuabile per totale sinfisi, o se esso, dopo costituito non sia perfezionabile col gioco delle pressioni o con la Jacobaeus, il tisiologo deve sempre analizzare il caso, e vagliare se più convenga una prudente attesa a regime sanatoriale di pianura o climatico ed a mano armata, o se non si debba invece rompere ogni indugio ed agire subito in via chirurgica. Il che, ben inteso, non esclude, anzi richiama la contemporanea cura di pianura, di clima e di regime. Quando vi sono le indicazioni per un intervento sul frenico, inutile giostrarsi su considerazioni aprioristiche od artatamente teoretiche, perdendo del tempo prezioso; se si temono gli ipotetici danni od inconvenienti di una paralisi definitiva, si può saggiare il beneficio ottenibile attuando una paralisi transitoria con alcoolizzazione o frassi.

Non dobbiamo rimandare troppo le operazioni che sono necessarie per il ristabilimento della salute. E se si dovrà ricorrere alla toracoplastica, si faccia in modo che essa giunga nel momento più opportuno. In quanto poi al tipo ed alle modalità dell'intervento, nessuno meglio del tisiologo, che conosce ed ha studiato minutamente il suo ammalato, sa quale sarà il più adatto: ora si tratta di forme recenti, attive, cui la tempestiva attuazione di un semplice velario di compenso apporta l'arresto della evolutività, e per tal modo, attraverso la mutata situazione locale e la ripresa generale, la possibilità di una guarigione definitiva; ora si tratta invece di forme cavitarie circoscritte senza caratteristiche evolutive, insediate in individui in perfetto equilibrio immunitario, le quali attendono da una plastica locale il suggello di una guarigione che in potenza già sussiste.

Purtroppo la diffusa tendenza all'astensionismo ha dato cattivi frutti, e certi tipi d'interventi, che per opera di qualche isolato assertore andavano prendendo piede, hanno perso terreno; citeremo l'apicolisi con piombaggio, che in Italia, per le mani di REDAELLI, diede brillantissimi risultati, l'apicolisi semplice di OMODEI-ZORINI, che in determinati casi trova una netta applicazione ed arreca vantaggi definitivi (dell'uno e dell'altro tipo di intervento personalmente conosciamo guarigioni a lunga distanza).

Ora è la volta del pneumotorace extrapleurico: è nato, è cresciuto, si è diffuso ovunque, ma presso di noi è rimasto quasi lettera morta. Eppure è chirurgico soltanto nel tempo di istituzione; la condotta della cura è prettamente di pertinenza del pneumotoracista.

Recentissimo il metodo di MONALDI dell'aspirazione endocavitaria, in un certo qual senso rivoluzionario nel campo della tisiologia, e già promettentissimo di risultati, benchè ancora nella fase di travaglio. Vorremo lasciare anche questo intervento in mano al chirurgo?

Dallo scetticismo e dall'agnosticismo del medico nasce la diffidenza del paziente; ne consegue che i malati spesso sono restii a farsi operare, e nelle inutili more finiscono per giungere troppo tardi al tavolo operatorio. L'insuccesso chirurgico è quasi sempre legato ad un ritardo nel tempismo.

L'operazione eseguita nel tubercoloso polmonare è ancora ritenuta erroneamente da molti un atto grave, *ultima ratio* per malati inguaribili, in cattive condizioni generali, pei quali sono stati esperiti tutti i sussidi terapeutici in tutti i climi, in tutti i Sanatori. Ma neppure la toracoplastica ormai deve essere considerata una operazione di estrema gravità: le indicazioni sono precisate, la tecnica è perfezionata, l'obbiettivo operatorio circoscritto alla regione polmonare malata. Nè si parli di deturpazioni permanenti, perchè la odierna tecnica non trascura l'elemento estetico: la toracoplastica anterolaterale elastica, attuata con il metodo sottoascellare dettato dalla scuola del MORELLI, nasconde perfino la linea d'incisione; e gli interventi alti, eseguiti per via posteriore, secondo SAUERBRUCH, non lasciano altra deformazione visibile se non la cicatrice operatoria.

Bisognerebbe poter fare in modo che, ove non ostino considerazioni di altro genere, i malati non debbano neppure essere trasferiti di Sanatorio, non debbano lasciare il curante solito: il trattamento chirurgico sia, quando occorra, parte integrante di quello sanatoriale, sì che non si perda tempo nelle lungaggini burocratiche del trasferimento; i malati accettano sempre di buon grado l'intervento proposto ed attuato dal proprio medico, se questi sa fare. Dall'unione della chirurgia e della medicina può derivare una tisiologia perfetta. Noi non per velleità di spirito nè per scetticismo, ma semplicemente per modestia non ci accontentiamo dei progressi della nostra scienza e vorremmo in noi stessi e nei colleghi specialisti una perfezione sempre maggiore.

Queste nostre brevi note vogliono essere una attestazione di fede nello sviluppo della nostra specialità che potrà giungere a maggior perfezione se all'amore per lo studio e per la ricerca si accoppierà la completezza nell'azione: questa richiede ardire e prudenza, entusiasmo e sacrificio, scienza ed amore, e soprattutto assennato equilibrio.

Ma non sono queste le virtù del medico?





