Mia B73/ 29
43.

Prof. PASQUALE ABRUZZINI

SULLA APICOLISI CON PNEUMOTORACE EXTRAPLEURICO CHIRURGICO.

Estratto dal BOLLETTINO E ATTI
DELLA R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA
Anno LXVIII (1942-XXI) - Fasc. 11

BIBLIOTECA MEDICA STATALE ROMA

DITTA TIPOGRAFIA CUGGIANI
ROMA - VIA DELLA PACE, 35
1943-XXI

Istituto Sanatoriale « Principe di Piemonte » — I. N. F. P. S.
Clinica Tisiologica della R. Università di Napoli
Direttore: Prof. Attilio Omodei Zorini

Prof. PASQUALE ABRUZZINI, Chirurgo Primario

Sulla apicolisi con pneumotorace extrapleurico chirurgico.

Relazione alla Seduta del 27 novembre 1942-XXI della Reale Accademia Medica di Roma

Fra gli interventi chirurgici ideati per il trattamento delle lesioni tubercolari dell'apice e sottapice polmonare, che costituiscono d'altronde la maggior parte delle forme tubercolari trattabili chirurgicamente, tiene senza dubbio oggi il primo posto l'apicolisi con pneumotorace extrapleurico o pneumotorace extrapleurico chirurgico.

L'intervento è nato dalla idea che OMODEI ZORINI ebbe nel 1932 di trattare alcune lesioni circoscritte apicali con l'apicolisi semplice; è stata sviluppata ed applicata fondamentalmente dai tedeschi SCHMIDT e GRAF ed in questi ultimi anni è stata presa in considerazione nell'Istituto « Principi di Piemonte » in Napoli, diretto dallo stesso OMODEI ZORINI.

Dal gennaio 1940 ad oggi io ho operato 160 pazienti ed i risultati sono degni di considerazione.

Dato il tempo ristretto esporrò rapidamente la tecnica che è nata da quella descritta dallo SCHMIDT, con qualche modifica.

Il p. viene operato sulla sedia di Readelli che è pregevole per gli interventi sul torace posteriore.

L'anestesia adoperata è la locale con novocaina al 0,50 %, a cui si fanno precedere due iniezioni di dilaudid-scopolamina.

Incisione quasi orizzontale dalla terza apofisi spinosa all'estremo interno della spina della scapola; incisa cute e sottocute si dissociano le fibre del trapezio, del romboide e del dentato posterior-superiore Ciò fatto si libera la terza costola per via sottoperiostea e si reseca per un tratto di circa 7 cm.

Si passa alla resezione del nervo intercostale per un tratto equivalente, quindi si legano i vasi intercostali e si sezionano. Si ricerca il piano di scollamento extrapleurico e, rinvenutolo, si inizia lo scollamento col dito e si prosegue con tamponi montati su tutti i versanti polmonari in modo da creare un cavo quanto più è possibile ampio. È buona regola essere quanto più è possibile generosi nella creazione del cavo poichè vi è sempre nel periodo post-operatorio una tendenza sinfisaria che porta alla riduzione di capacità di esso.

Alla fine dello scollamento si introduce nel cavo una soluzione di Rivanolo al 0,50 % che si mantiene in sito per alcuni minuti con bende sterili introdotte con un tamponatore rapido uterino.

Estratte le bende e verificata l'emostasi e la regolarità del cavo si passa alla ricostruzione della parete nei singoli strati.

La condotta post-operatoria da me sistematizzata varia notevolmente da quella descritta dagli autori tedeschi; infatti mentre essi procedono a rifornimenti ravvicinati tanto più quanto più vi è tendenza sinfisaria, io ho constatato che proprio in questi casi bisogna distanziare i rifornimenti perchè l'organismo si comporta di fronte all'aria introdotta a forti pressioni come di fronte ad un corpo estraneo, cercando cioè di espellerla. Faccio perciò rifornimenti ogni 4-5 gg dapprima e poi li porto rapidamente ogni 7-8 gg ed infine ogni 12-15 gg.

Il sangue raccolto nel cavo (quasi sempre in quantità modicissime dacchè uso il lavaggio del cavo con soluzione di Rivanolo che ha una azione leggermente caustica), lo estraggo in occasione dei rifornimenti che nelle prime volte pratico pungendo con ago grosso all'apice dell'ascella.

Questo intervento non è esente da complicazioni che però, con una tecnica accurata e con una rigorosa disciplina del servizio operatorio, sono ridotte alle minime espressioni. Le due complicazioni più temibili sono: l'emorragia post-operatoria del cavo che però incide in percentuale bassissima e la suppurazione; questa seconda complicazione è scomparsa dal quadro delle mie operazioni dacchè pratico agli operandi la vaccinazione antipiogena polivalente preventiva e dacchè uso lavare il cavo con soluzione di Rivanolo.

Altre complicazioni possono essere: la riduzione progressiva del cavo che si combatte con il piombaggio od oleotorace extrapleurico, i versamenti tardivi (di scarsa importanza), la formazione di cordoni fibrinosi nel cavo (che si riassorbono spontaneamente) ecc. ecc.

I risultati sono veramente meravigliosi: si ha la scomparsa rapida e completa della tosse e dell'espettorato, si ha ripresa delle condizioni generali; dopo pochi mesi l'espettorato diviene Koch negativo alla prova diretta, dopo 6-7 mesi all'arricchimento, dopo 8-10 mesi alla prova culturale.

Naturalmente questi periodi sono suscettibili di variazioni a secondo della forma clinica e delle condizioni dell'infermo. La cura nei casi ad andamento benigno potrà essere continuata per un periodo di almeno un anno e mezzo, dopo di che il polmone potrà lasciarsi riespandere, sorvegliandolo periodicamente.

I risultati ottimi con raggiungimento della guarigione, ora che abbiamo bene stabilito quali sono le indicazioni ideali e che abbiamo bene inquadrato la condotta post-operatoria, possono raggiungere sicuramente l'80 % dei casi trattati.

Non posso mostrarvi tutta la casistica data la brevità del tempo concessomi; vi proietterò perciò soltanto un piccolo gruppo di radiografie relative ad ammalati da me operati con esito ottimo.

RIASSUNTO. — L'A. espone brevemente la tecnica e la condotta post-operatoria dell'apicolisi con pneumotorace extrapleurico e proietta le radiografie di un gruppo di casi trattati.

349408