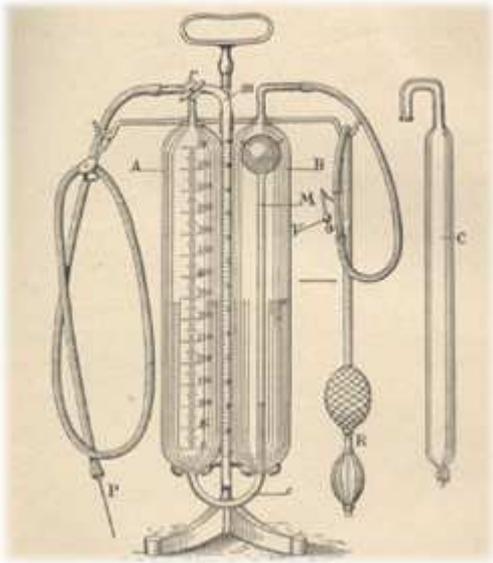


Il pneumotorace artificiale di Carlo Forlanini

Nella popolazione che ha oggi superato i cinquant'anni non è raro ritrovare soggetti che in passato furono trattati con la collassoterapia per lesioni tubercolari polmonari, prima che i progrediti mezzi antimicobatterici avessero ormai reso inutile o superfluo il suo impiego a partire dagli anni Sessanta del Novecento. La maggior parte degli attuali portatori di esiti fibrosclerotici relativi ai diversi interventi collassoterapici appartiene oggi a quelli curati con pneumotorace intrapleurico, ma ancora consistente è l'aliquota di coloro che furono sottoposti alla toracoplastica o al pneumotorace extrapleurico. All'infuori di una sopravvissuta casistica di rilevanti esiti fibrotoracici secondari a gravi complicazioni pleuriche ed empiematiche, di regola la presenza di circoscritti processi, espressione di una conseguita stabile guarigione, comporta soltanto



limitate sofferenze respiratorie da insufficienza di tipo restrittivo, mentre eventuali bronchiectasie parafibrotiche sono ben drenate data la loro prevalente collocazione nelle zone superiori polmonari. Il 1882 non è solo l'anno della scoperta dell'agente della tubercolosi da parte di Roberto Koch, ma è anche quello della pubblicazione nella "Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche" di una serie di articoli in cui Carlo Forlanini (1847-1918), clinico medico dell'Università di Pavia (fratello di Enrico, pioniere nella costruzione del dirigibile), esponeva il fondamento teorico e pratico di un originale metodo di cura della tubercolosi cavitaria (la tisi polmonare) : il pneumotorace artificiale. Soltanto dopo il Congresso di Roma del 1912 il pnx (pneumotorace) terapeutico veniva riconosciuto quale massimo mezzo di guarigione della tubercolosi polmonare. Soprattutto per merito del clinico francese Dumarest e di Eugenio Morelli la pratica del pneumotorace intrapleurico si affermò con sempre maggior successo via via che si perfezionavano i criteri di indicazione e di condotta terapeutica, fino ai massimi risultati ottenuti con la tecnica del pnx ipotensivo e con l'associazione degli antimicobatterici. Carlo Forlanini era partito da un concetto fisiopatologico eminentemente meccanico della tisi, provocata dal costante trauma respiratorio sul tessuto elastico polmonare, responsabile della mancata riparazione cicatriziale di perdite di sostanza in un parenchima sollecitato dalle trazioni inspiratorie della gabbia toracica.



**APPARECCHIO
FORLANINI
PER
PNEUMOTORACE
ARTIFICIALE**

La produzione artificiale di un collasso del polmone, sede di lesione, poteva dunque consentire l'abolizione del trauma respiratorio, così come era stato osservato nel caso di versamenti pleurici capaci di comprimere il polmone od operando un taglio trasversale delle parete toracica (Carson, 1820). Il metodo di Forlanini consentiva, per mezzo di un ago attraversante uno spazio intercostale, l'introduzione di gas (azoto,aria) nel cavo pleurico libero, con ripetuti rifornimenti, in quantità tale (cc 300-500) da immobilizzare per un tempo prolungato, anche di anni, il polmone lesionato, per poi gradualmente procedere alla sua riespansione ("abbandono del pnx") quando fosse stata ottenuta la completa riparazione cicatriziale del processo morboso.

Purtroppo la cura con il pneumotorace non poteva essere applicata nei soggetti con esiti di pleurite essudativa che comportavano tenace adesione dei foglietti pleurici e che quindi determinavano l'infruttuoso tentativo, già nell'intervento di "prima introduzione", di assicurare una camera gassosa endopleurica.

Prof. Giuliano Lenci
Dal sito: www.pneumonet.it