

GIORNALE

DELLA

R. ACCADEMIA DI MEDICINA

DI TORINO

PUBBLICATO

PER CURA DELLA PRESIDENZA

1915

Anno LXXVIII - Serie IV - Vol. 21°

(147° della Raccolta).

Parte Seconda

MEMORIE ORIGINALI

TORINO

UNIONE TIPOGRAFICO-EDITRICE TORINESE

(GIÀ DITTA POMBA)

MILANO — NAPOLI — PALERMO — ROMA

1915

Cura delle ferite di guerra settiche senza drenaggio. Per il Prof. L. ISNARDI, Chirurgo Primario dell'Ospedale Maggiore di Torino e Direttore tecnico dell'Ospedale Militare di Riserva di Vercelli. — *Comunicazione fatta alla R. Accademia di Medicina di Torino, nella Seduta del 29 ottobre 1915.*

I francesi dicono che la moderna chirurgia di guerra segna il trionfo del drenaggio di Chassaignac. Un recente articolo di Richard Derby, comparso nel *The Boston Medical and Surg. Journal*, maggio 1915, e riassunto dal *Policlinico* del 13 giugno, termina con queste parole: « i metodi impiegati in questo ospedale consistono nel combattere l'infezione drenando ampiamente ed usando irrigazioni antisettiche ».

Non rileverò l'accento alle irrigazioni antisettiche, le quali oggidì non si discutono più essendo universalmente abbandonate; mi fermerò sulla questione del drenaggio: io sono d'avviso che il suo uso debba essere sempre più limitato.

Nella prima medicazione che si fa ai feriti e che ha scopo preventivo, se anche trattisi di gravi ferite di artiglieria, si deve andare cauti nelle pratiche di sbrigliamenti, lavature, manipolazioni, zaffamenti e drenaggi che sul principio dell'odierna guerra il De Lorme raccomandava; è miglior consiglio, secondo il mio modesto modo di pensare, tendere piuttosto verso l'astensionismo.

Ma anche nella cura ulteriore, che si svolge negli ospedali di riserva, in generale non si dovrebbe derogare dallo stesso principio. Ossia non solo in via profilattica, ma anche come metodo di cura quando la temuta sepsi è già dichiarata e le ferite gemono pus, si sia o non si sia drenato in precedenza, io penso che l'astensionismo debba imperare ed il drenaggio debba passare in seconda linea, come metodo d'eccezione.

Scopo di questa mia nota è riferire alcune osservazioni cliniche recentissime che dimostrano la bontà di questo principio.

Nell'ospedale militare di riserva di Vercelli che io dall'inizio della guerra dirigo, giunsero nelle prime settimane 290 feriti: di essi 5 erano feriti al polmone, di cui 4 son già guariti ed 1 in via

di guarigione; 253 ferite leggiere cicatrizzarono e pochi soldati restano tuttora nell'ospedale per fratture, rigidità articolari, lesioni nervose, ecc.: 32 erano gravi e settiche, ed è su queste 32 che ho fatto i miei studi.

Queste ferite si possono dividere in due categorie:

1° Ferite a fori cutanei piccoli, ma a lungo tragitto, di fucile o da pallette di shrapnel, frequenti nell'attuale guerra di montagna, che attraversano obliquamente la spalla, l'ascella, o dal dorso vanno alla natica, o longitudinalmente quasi tutta la coscia, il polpaccio, ecc. Una attraversava obliquamente il ginocchio, 3 l'articolazione del piede e 2 di queste erano eresipelatose.

La sepsi in queste lesioni pare dovuta a tarda medicazione o a medicazione che si spostava, alla posizione di un orificio sulle vicinanze dell'ano, a pezzi d'indumento che più tardi spontaneamente uscivano, ed in questi casi era caratteristica la suppurazione maggiore e più prolungata del foro d'entrata; oppure eravi stata una grave emorragia e, causa la strettezza degli orifici, residuava un voluminoso ematoma che poi suppurò.

La suppurazione in questo genere di ferite non è abbondantissima, le articolazioni attraversate sono tumide, molto dolenti, la pelle è arrossata e spesso solcata da strie di linfangite cutanea: specialmente in vicinanza del foro d'uscita si trova qualche diverticolo laterale ripieno d'essudato.

2° Una categoria di ferite suppuranti, che furono in numero di dodici, è data dalle cosiddette ferite a scoppio, a foro d'uscita ampio, imbutiforme, della coscia e della gamba (non tenni conto delle lesioni a scoppio della mano, piede e delle piccole sezioni del braccio le quali per quanto vaste siano, essendo la parte poco carnosa, non sono quasi mai pericolose).

In queste ferite per lo più lo scheletro è interessato: 5 volte eravi frattura del femore con schegge, 1 volta del perone, 1 delle ossa dell'avambraccio presso il gomito.

È facile capire come in questi casi le ferite si infettino, pensando ai luoghi difficili in cui si svolge la nostra guerra. Certi feriti sono calati con funi dalle rocce. Molti feriti gravi sono costretti a fare a piedi lunghi tratti di via malagevolissima. Un soldato caduto a 50 metri dalle trincee nemiche con frattura del femore presso la radice della coscia e ferita al lato interno larga come una mano,

legatasi da solo strettamente la gamba malata alla sana col suo cinturino, erasi scivolato per il pendio di un colle e per 5 ore si trascinò carponi fino a che raggiunse il proprio accampamento.

L'infiammazione di queste ferite è impressionante. Dagli orifici esce sangue nero, pus e talvolta gas; gli spazi intermuscolari sono invasi dal pus, larghe ecchimosi colorano tutto l'arto, fortemente tumido; febbre alta e nelle prime notti delirio. Una sola condizione è favorevole, l'ampiezza della breccia cutanea.

Debbo dire fra parentesi che, malgrado tutto, in generale i nostri soldati feriti quando arrivano all'ospedale colla storia clinica che li accompagna, le medicazioni perfette, gli arti fratturati immobilizzati, spesso col gesso su cui è scritta chiara la diagnosi e le date, attestano una calma, un ordine, una soda preparazione scientifica nei nostri medici di campo che è veramente ammirevole, e di molto superiore a quello che io ho potuto osservare in Francia e nella *dotta* Germania.

Ecco come mi comportai in questi 32 casi.

Pulizia della parte, riduzione immediata delle fratture con apparecchio a forte trazione con pesi e applicazione di bendaggio gessato, immobilizzazione delle articolazioni lese, finestre nei bendaggi di gesso armato molto ampie per modo che i loro bordi mai si insudicino, nessun minuto esame con sonde, ma solo esame radioscopico, non ricerca nè estrazione di schegge, se non presentatesi alla vista, nessuna manipolazione.

L'arto fasciato è *costantemente* posto su un piano elevato, inclinato. L'immobilizzazione e l'elevazione del braccio e della gamba sono i migliori antiflogistici che possediamo.

Applico a *piatto* garza abbondante, a batuffoli, asciutta, ben soffice e cotone idrofilo, che ricambio 1-2 volte al giorno se occorre.

Mi astengo in modo assoluto da qualsiasi zaffamento di sfondati; non pongo mai drenaggi.

Ricambiando la garza, se c'è ristagno, ne ricerco la causa. La garza troppo asciutta può favorire la formazione di una crosta occludente ed allora si applica sulla garza una striscia di tela impermeabile, oppure sui bordi della ferita lanolina o leucoplaste.

Oppure sarà un giro di benda troppo stretta che applica contro la ferita la garza così serrata da renderla occludente. Oppure l'orificio della ferita resta in alto, e si cercherà di dare all'arto

una posizione laterale e tale che la ferita resti, ad esempio, nel vuoto tra due cuscini, in guisa insomma che in ogni caso sia facilitata la fuoruscita degli essudati: in una parola antisepsi fisica alla Preobagenski.

È lecito ogni volta che si medica premere dolcemente sul tragitto fistoloso senza provocare però nè dolori nè la minima traccia di emorragia: asciugasi la ferita, si pulisce la pelle vicina con alcool, etere, ecc., e si cosparge di polvere di acido borico, talco, ecc., per mantenerla valida contro la macerazione facile in queste abbondanti suppurazioni. Non sarebbe un gran male irrigare i lunghi tragitti della prima categoria di ferite con acqua ossigenata che faciliterebbe l'eliminazione dei corpi estranei; io per semplicità ed economia non vi ricorsi mai. Tocco le larghe superficie cruenta con scarsa acqua ossigenata o con nitrato d'argento per prepararle eventualmente agli innesti, e null'altro.

Ma soprattutto non zaffo, nè dreno.

Così ho curato queste 32 ferite, abbastanza gravi.

Di esse una era stata zaffata in precedenza, era una ferita stretta, settica, attraversante obliquamente il piede, che aveva dato e diede anche all'ospedale gravi emorragie da sepsi, e si complicò con un flemmone. Tolto lo zaffo, elevato l'arto, colla cura aspettante, in sei settimane guarì.

Soltanto poche volte fui costretto a derogare da questo principio.

In un caso di ferita della spalla, con apertura in alto dell'articolazione e lesione del plesso brachiale, ho dovuto fare una controapertura nell'ascella, esportai un sequestro e drenai la ferita per 15 giorni.

In un individuo debole con grave flemmone diffuso del polpaccio e poplite, dovetti incidere: il processo si diffuse anche alla coscia, che apersi ampiamente e trovai tutta la diafisi femorale scollata dal pus; anche qui drenai ed il risultato fu buono.

In tutti gli altri casi seguendo il principio dell'astensionismo non ebbi complicazioni che mi abbiano indotto a fare incisioni e drenaggi.

La febbre si manteneva per 8-15 giorni, salendo talvolta a 40,5, associata anche a disturbi generali, insonnia, dolori, inappetenza; la suppurazione era sempre copiosa, spesso abbondantis-

sima. Ma colla cura paziente, aspettante, le cose rientrano da sè nell'ordine.

Di quando in quando facevano capolino nella ferita schegge ossee o brani di vestimenta che venivano allontanati.

Ebbi 4 casi di risipola, che cedettero agli impacchi di sublimato ed unguento Credé; in un caso in cui alla ferita grave della natica era associata una ferita del polmone, ho praticato 4 iniezioni endovenose di electrargol, oltre alle abbondanti iniezioni di olio canforato di cui faccio largo uso, e l'individuo ora è febbrato ed in buona via di guarigione.

Verso la fine del processo, quando le ferite stanno per chiudersi, compaiono talvolta piccoli ascessi: tre ne dovetti incidere, e da questi piccoli tagli tardivi che cadono sui tessuti già riparati escono schegge ossee, e prestissimo guarisce la piccola ferita.

Al momento attuale i 32 feriti vanno bene, conservano tutti i loro arti, qualcuno ha ancora $37^{\circ},5-38^{\circ}$ la sera.

Io concepisco la ferita di guerra come una lesione leggiera alla superficie, grave nella profondità dei tessuti.

Nelle parti profonde si accumulano sangue e tessuti in via di necrosi (e la semplice palpazione fa sempre rilevare i segni di questi guasti, punti rammolliti, tumefazioni, cordoni duri e dolentissimi). La provvida natura corre ai ripari.

L'arte nostra pare che in questo lavoro riparatorio non abbia finora indovinato il modo di aiutarla efficacemente.

In passato l'abbiamo anzi danneggiata colle lavature antisettiche. Ora noi possiamo disturbarla coi drenaggi e coi tagli.

I drenaggi di garza, di gomma, di vetro sono corpi estranei che irritano i tessuti, prestano ai microbi una rocca forte, un nascondiglio, un angolo morto dove le batterie dell'organismo non arrivano a colpirli e donde essi fanno le loro sortite.

I tagli espongono all'aria i tessuti in via di distruzione e che soltanto nel grembo materno della pelle intatta potrebbero rivivere.

Noi crediamo di favorire coi drenaggi ed i tagli la eliminazione degli essudati; ora la natura sa trovare nei solchi tracciati dal proiettile sempre aperta una buona via. Ed anche quando, come capita nei flemmoni della coscia, noi vediamo che l'arto elevato presenta verso la sua radice un fondo ceco non è buon consiglio affrettarsi a drenare e ad incidere, poichè bastano spesso le gra-

nulazioni che si avanzano a colmare dal profondo alla superficie queste breccie senza far correre all'organismo i pericoli che portano con sè i tagli in mezzo a parti carnose e prossime all'orificio anale. Se i tagli ed i drenaggi pare che facilitino l'eliminazione del pus, è questa spesso un'illusione; sono essi che creano una maggiore distruzione di tessuti e talvolta non fanno che produrre indirettamente l'abbondante pus che poi esportano.

Riepilogando io sono convinto che in chirurgia anche nei fatti settici noi dobbiamo avere maggior fiducia nella naturale fagocitosi che nei nostri interventi.

Sarà nostro còmpito porre gli arti nelle migliori condizioni di nutrizione coll'immobilizzazione e l'elevazione: così si scarica l'albero venoso che nelle flogosi è il più compromesso.

In tutto il resto l'astensionismo e l'antisepsi fisica alla Preobagenski debbono imperare, il drenaggio e gli sbrigliamenti siano metodi di eccezione. Le alte temperature per sè sole non debbono impressionarci troppo e indurci troppo presto a mutare sistema.