

Prof. ROBERTO ALESSANDRI  
*Maggiore Generale Medico della Riserva*

# LA CURA DELLE FERITE DI GUERRA

CONFERENZA TENUTA AGLI UFFICIALI MEDICI  
DEL PRESIDIO DI ROMA IL 1° MAGGIO 1936-XIV

---

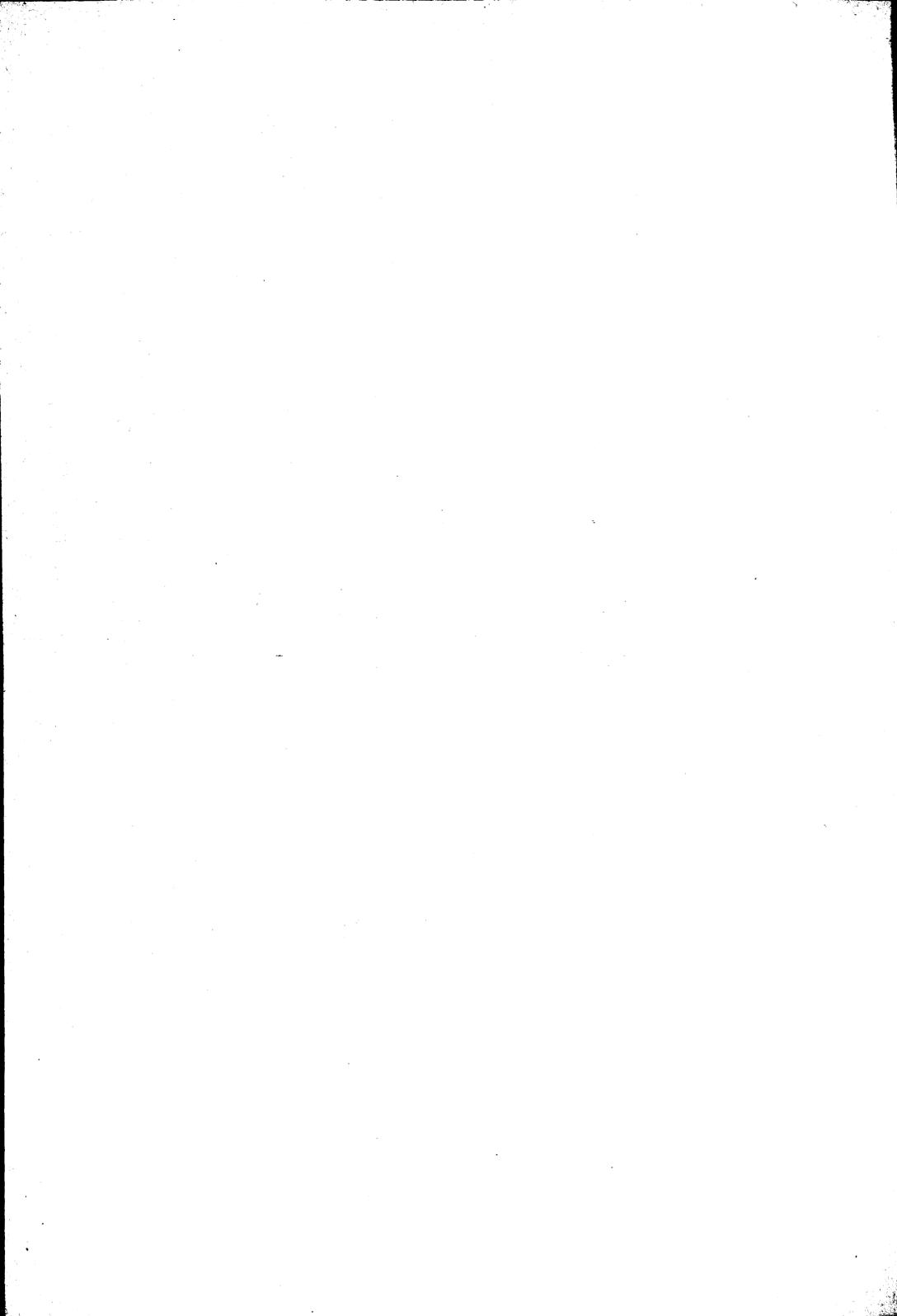
(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 10, del 30 Maggio 1936 - XIV)

---

Ar  
B  
56  
—  
79



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA",  
ROMA - VIA DELL'ANIMA, 46



Prof. ROBERTO ALESSANDRI  
*Maggiore Generale Medico della Riserva*

# LA CURA DELLE FERITE DI GUERRA

CONFERENZA TENUTA AGLI UFFICIALI MEDICI  
DEL PRESIDIO DI ROMA IL 1° MAGGIO 1936-XIV

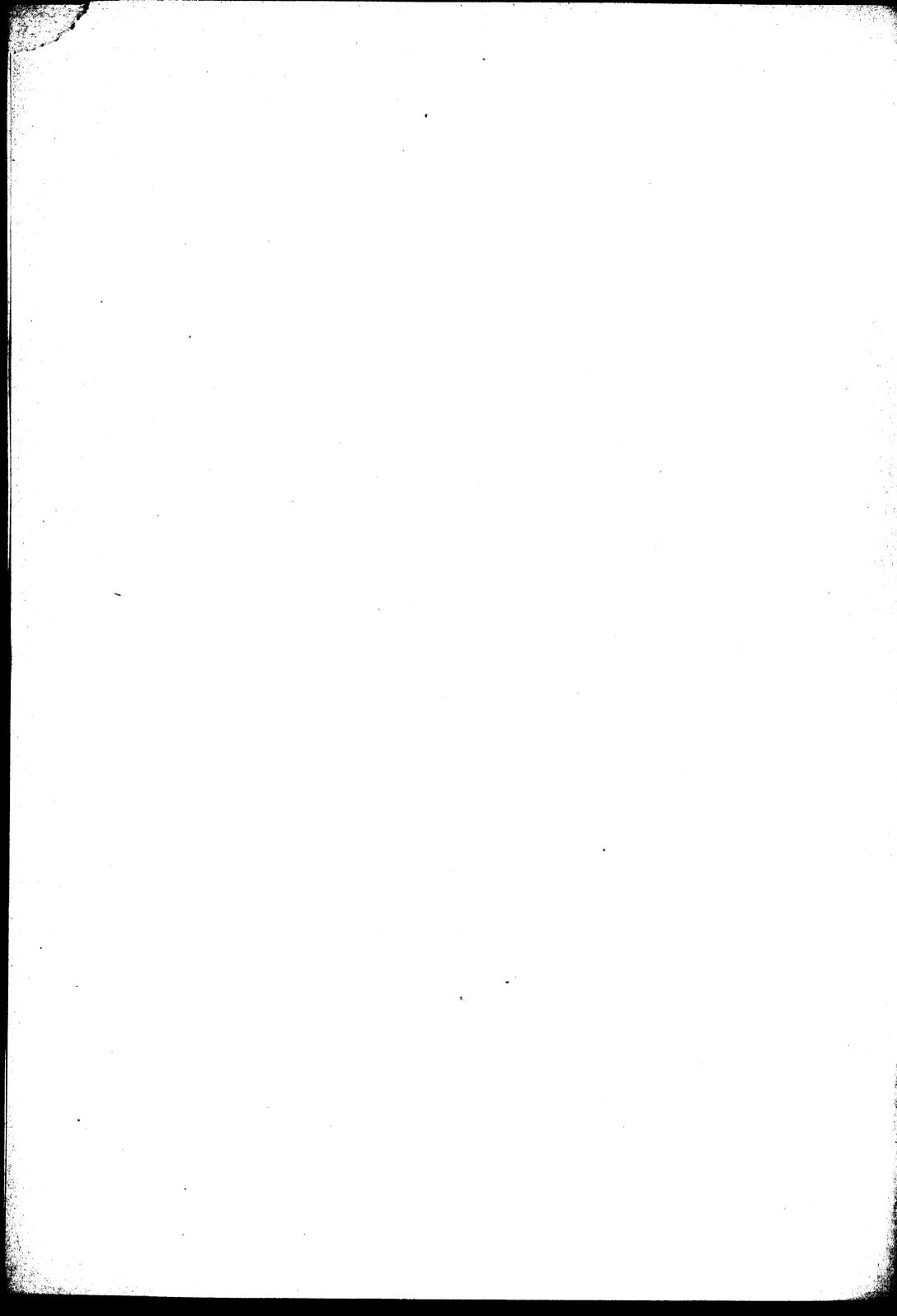
---

*(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 10, del 30 Maggio 1936 - XIV)*

---



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA",  
ROMA - VIA DELL'ANIMA, 46



Debbo ringraziare il Tenente Generale medico FRANCHI, Direttore Generale della Sanità Militare, per l'invito rivoltomi di tenere agli ufficiali medici del Presidio di Roma una conferenza sul trattamento delle ferite di guerra.

Dopo aver ascoltato, e con grande interesse ed istruzione mia, le conferenze che parecchi di voi avete tenuto sulla organizzazione dei servizi sanitari in guerra, mi sento quasi in obbligo di portare anch'io un contributo per quanto modesto alla preparazione dei medici per la guerra. Noi non la desideriamo; ciò nonostante l'abbiamo avuta e l'abbiamo in Africa Orientale, certo più cruenta di quello che sarebbe stata, se, secondo la logica e il nostro diritto, le si fosse lasciato il carattere di guerra coloniale, e se, contro ogni principio di giustizia e di collaborazione civile, non si fossero forniti gli abissini tanto largamente di armi, di consigli, di aiuti di ogni genere.

Ma soprattutto dobbiamo pensare che contro ogni nostra buona volontà potremmo essere coinvolti in una guerra europea, che non cerchiamo e non vogliamo, ma che, se vi saremo trascinati, affronteremo come una necessità dolorosa, ma fermentante e disciplinatamente, e dovremo quindi tendere le forze e lo spirito a sostenerla nel modo migliore. E come nel monito del DUCE la preparazione dovrà consistere essenzialmente nell'autonomia economica e industriale e nella ferrea educazione militare, dal nostro canto dovremo cercare ad ogni costo che la sorte dei feriti sia la più favorevole possibile, sforzandoci di mettere a punto l'organizzazione sanitaria e precisando i concetti curativi.

Il vostro Direttore generale penso si sia rivolto a me, perchè già per l'esperienza della guerra passata posso essere in grado di esporvi quello che si è fatto allora e i miglioramenti che si sono man mano ottenuti nel progresso della guerra e nelle applicazioni pratiche.

Tutti ricordano a questo riguardo come siamo entrati in guerra; con idee fondamentalmente errate, col falso concetto cioè che le ferite di

guerra non fossero infette e quindi si dovessero toccare il meno possibile, disinfettare gli orifici e basta, e valga ad esempio il celebre pacchetto di medicazione che avrebbe dovuto essere il « tocca sana di tutte le ferite ».

« Ma la triste esperienza (e domando scusa di ripetere qui alcuni periodi della mia pubblicazione del 1918 sul « Giornale di Medicina Militare ») dei primi tempi della guerra, che anche noi abbiamo dovuto fare, traendo poco profitto dall'esperienza degli altri, dimostrò la frequenza grandissima delle gravi infezioni a decorso spesso mortale, delle setticemie, delle gangrene gassose, del tetano, dei flemmoni, delle osteomieliti: l'impiego continuamente crescente delle artiglierie col consecutivo aumento in proporzione delle ferite da scheggie e da palette, l'uso sempre più esteso di bombe a mano e di bombarde (e oggi possiamo aggiungere di spezzoni e di bombe d'aeroplani), la frequenza pur notevole di ferite lacere e irregolari cogli stessi proiettili camicciati, da fucile e da mitragliatrice, che considerati come meno offensivi e quasi umanitari, si dimostrarono invece molto spesso capaci di produrre lesioni gravissime o per fatti di scoppio, data la breve distanza del tiro, o perchè raggiungevano il bersaglio obliqui o di rimbalzo, molte volte artatamente resi più micidiali per lo strappo della camicia o pel rovesciamento del proiettile o addirittura per l'uso di pallottole esplosive; tutte queste dolorose e continue ripetizioni di constatazioni sull'andamento e sulle complicazioni delle ferite di guerra mutò ben presto radicalmente le idee dei chirurghi e dimostrò fuori di ogni discussione che la chirurgia di guerra era eminentemente una chirurgia di ferite infette e che il campo era completamente dominato dalla necessità di agire il più energicamente e il più sollecitamente possibile per combattere appunto l'infezione o per prevenirla.

Ricerche batteriologiche ed esperienza clinica concordarono infatti nel dimostrare che gli agenti infettivi non mancano mai o quasi nelle ferite da arma da fuoco; ma dimostrarono anche come

possono essere variabilissimi e per natura e per quantità e per virulenza a seconda delle ferite, e come in ogni caso vi sia un certo periodo di tempo, durante il quale i germi pur essendo presenti non hanno ancora esplicato la loro azione lesiva, e la ferita, come si disse, è infetta in potenza, ma non ancora in atto.

Questo periodo di tempo si è dimostrato variabile, oltrechè colle condizioni accennate sopra, inerenti ai germi, anche e specialmente con quelle peculiari della ferita, soprattutto col pestamento e mortificazione dei tessuti, colla diminuita o alterata nutrizione delle parti, sia circolatoria (ferite vasali, trombosi, emorragie, lacci emostatici lasciati a lungo, ecc.), sia trofica (lesioni nervose varie), coll'aggiungersi di gravi stati generali (collasso).

Per esemplificare, considerando i tipi estremi, una ferita trasfossa da proiettile di fucile, senza gravi lesioni vasali, con orifici piccoli, pur non potendosi ritenere come del tutto sterile, presenta condizioni favorevoli per un decorso non infetto, senza altro trattamento che la disinfezione degli orifici, la protezione da inquinamenti esterni, la immobilizzazione, perchè gli scarsi germi possono venir sopraffatti dai poteri naturali di difesa dell'organismo, e in genere lo sono.

Mentre una vasta ferita lacera da scheggia con ritenzione del proiettile, e spesso di corpi estranei sempre infetti, con pestamento e scollamento di tessuti, con lesioni ossee, e tanto più se con lesioni anche vasali e nervose, è destinata inevitabilmente a gravi complicazioni infettive, spesso a insorgenza precoce e decorso rapido, e difficilmente riparabili una volta iniziatesi.

La conseguenza logica di queste constatazioni di fatto fu dunque la necessità in queste ferite di un intervento precoce, volto a prevenire ed impedire lo sviluppo delle infezioni; non più dunque il precetto dapprima stabilito di astenersi da ogni operazione in primo tempo, meno le indicazioni di urgenza, e sbrigliare solo le ferite all'insorgere di complicazioni infettive, ma l'intervento immediato per cercare d'impedire o di attenuare l'infezione altrimenti inevitabile, mantenendo l'aspettativa vigile solo per quelle lesioni a orifici piccoli, da proiettili camicciati, senza gravi lesioni dei tessuti, in cui si poteva sperare un andamento asettico o almeno un decorso favorevole per difesa naturale.

Conseguenza di questi postulati fu la massima di trasportare al più presto possibile i feriti in formazioni sanitarie, dove potessero avere questo intervento precoce e razionale, conservandosi l'indicazione di sbrigliamenti ritardati nelle infezioni già in atto in quei feriti che

per condizioni di necessità belliche non si potevano trasportare che in ritardo.

E' evidente come questo intervento precoce è andato man mano perfezionandosi e aumentando di importanza. Non si tratta più di timidi o limitati sbrigliamenti, ma di operazioni vere e proprie, più o meno delicate secondo le regioni anatomiche e i tessuti colpiti, ma che pur prescindendo dai casi speciali di lesioni cavitari, in cui esistono indicazioni particolari, consistono essenzialmente nella ispezione la più completa possibile di tutto il tramite della ferita, nell'asportazione di tutti i corpi estranei, siano proiettili, siano specialmente brandelli di vestiti, sudiciume superficiale, capelli, peli, terriccio, ecc., che contengono la massima quantità di germi patogeni ad alta virulenza, nell'escissione infine dei tessuti pesti, mortificati e possibilmente anche di quelli a dubbia vitalità, nell'allontanamento dei coaguli, nell'emostasi accurata, col risultato, in una parola, di trasformare una lesione a margini contusi, con tramite irregolare, a tessuti spapolati o poco vitali, contenente numerosissimi germi portativi dal proiettile e dalle sostanze estranee con esso trascinata, in una ferita a superficie netta, a tessuti normali, vitali, bene irrorati, detersa di ogni inquinamento estraneo.

Questo rappresenta il caso ideale; non sempre ciò sarà possibile per varie ragioni, inerenti alla regione anatomica colpita, ai tessuti lesi, alla profondità della ferita o ad altri fattori.

In ogni caso l'intervento precoce, lo sbrigliamento largo, la detersione meccanica, l'asportazione di corpi estranei per quanto è possibile migliorerà enormemente le probabilità di decorso favorevole della ferita, e quando anche non raggiunga l'intento di evitare del tutto le infezioni, le ridurrà certamente di numero, ne attenuerà la gravità, impedirà almeno in genere lo sviluppo delle gravi tossemie da anaerobi ».

Questo scrivevo nei primi del 1918, e ho voluto ripeterlo qui perchè rappresenta il risultato dell'esperienza chirurgica verso la fine della guerra.

La riunione per prima sarà certamente l'eccezione, un ideale cioè difficile a raggiungere, ma che non dobbiamo soltanto per questo respingere senz'altro, poichè coll'educazione chirurgica più diffusa e coll'organizzazione più precisa delle unità sanitarie si può raggiungere.

Perciò non mi sento di accettare senza riserve le affermazioni di DONATI e specialmente di PUTTI, che ha certamente ragione quando dice che la questione essenziale è quella del trasporto, ma non quando nega quasi ogni importanza al primo soccorso completo nel senso che ho sopra indicato; e mi associo alla bella re-

lazione che ha fatto a Milano il Colonnello Medico CAMORIANO che giustamente afferma che quello che siamo riusciti ad ottenere negli ultimi tempi della guerra 1915-18 migliorando coi mutati concetti di trattamento i risultati, deve essere utilizzato e messo in pratica nelle guerre future. E stabilisce le condizioni necessarie per questi trattamenti, che rappresentano certamente il meglio che si può ottenere.

Il più autorevole contraddittore è il PUTTI; e per la sua competenza la sua opinione ha certamente grande valore. Ma egli si occupa solo delle fratture, anzi quasi soltanto delle fratture degli arti, che costituiscono certamente una parte assai importante delle lesioni di guerra, ma non le comprendono tutte.

Mi voglio limitare a ricordare gli addominali, i craniici, alcuni toracici in cui si è in generale tutto d'accordo che il trattamento preferibile è quello dell'intervento il più possibile precoce e completo.

Durante la guerra nell'Ambulanza chirurgica d'Armata da me diretta noi lo mettemmo dapprima in opera negli addominali, e poi man mano lo estendemmo alle ferite craniche e cranio-cerebrali, a quelle articolari, e poi quando fu possibile alle fratture in genere e alle ferite delle parti molli.

Non intendo diffondermi in particolari per non prolungare troppo la mia esposizione; ma per ricordare solo quello che si ottenne e si può ottenere nelle ferite del cranio, affermo che l'intervento razionale colla detersione accurata della ferita, coll'asportazione dei frammenti ossei del tutto distaccati, rispettando quelli ancora aderenti, colla rimozione dei corpi estranei, capelli, terriccio, coaguli, sostanza cerebrale spappolata, senza cercare di approfondirsi nel tramite o tentare di asportare il proiettile se non facilmente reperato, la chiusura della ferita per prima dopo recitazione dei margini, le medicature occlusive, dettero a noi e a tutti i chirurghi oculati ed esperti dei risultati ottimi, molto diversi da quelli che si avevano precedentemente; per lo meno evitarono una gran parte delle gravi infezioni e delle complicazioni, specialmente le ernie cerebrali, e limitarono spesso i postumi alle distruzioni irreparabili.

E quello che ho detto per questi feriti, si può ripetere per tutti gli altri.

La questione essenziale, e su questo siamo tutti d'accordo, è quella dell'organizzazione e della disposizione delle Unità Sanitarie e quelle specialmente del trasporto dei feriti.

E quando PUTTI dice: « In genere, il maggior pericolo che corre il fratturato (e possiamo bene estendere l'affermazione a tutti i feriti) si è

quello di dover passare attraverso la rete delle tante formazioni sanitarie scaglionate fra il fronte e le retrovie, sbalzato dalle mani di un medico a quelle di un altro che non sa ciò che è stato fatto dal primo, medicato, rimediao, specillato, rispecillato, immobilizzato e riimmobilizzato » ha perfettamente ragione, ed io ricordo di aver durante la guerra con RAFFAELE BASTIANELLI prima e poi con un'altra mia pubblicazione nel « Policlinico », che mi valse anche la minaccia di un consiglio di disciplina, combattuto insistentemente quella irrazionale disposizione delle formazioni sanitarie come causa di deleterie conseguenze per tutti i feriti; d'accordo che specialmente nei fratturati queste sono disastrose.

Ma dobbiamo anche dire che già durante la guerra si cominciò a provvedere, e già nel 1917 e nel 1918, e voglio citare a titolo di onore il Gen. Med. CALEGARI, che ne dispose nella zona la razionale sistemazione, si ebbero ospedali arretrati e in posizione sicura e protetta, specializzati per fratturati e articolari.

Se queste formazioni sanitarie sono ben disposte, e dotate di personale adatto e di mezzi sufficienti, i risultati certamente saranno di molto migliorati.

Come molti feriti delle parti molli, e anche toracici e altri cavitari con ferite trasfesse da piccoli proiettili possono essere curati aspettivamente, anche parecchi fratturati, con ferite ad orifici piccoli, anche se con lesioni ossee gravi e multiple, possono rientrare in questa categoria; io ne ho avuti parecchi esempi durante l'ultima guerra e l'esperienza è stata larga e da parte di molti chirurghi e di varie nazioni; qui mi associo *toto corde* alle parole di VITTORIO PUTTI, che questi feriti fratturati debbono essere subito e bene immobilizzati, con riduzione il più possibile esatta, e l'anestesia locale oggi ci aiuta assai per compierla bene, e mandati il più lontano possibile, anche, e perchè no, in territorio fuori della zona di guerra, in cliniche o in reparti ospedalieri specializzati vicini, valendosi di tutti i mezzi di trasporto, autoambulanze, treni, aeroplani.

Ma i feriti con le fratture esposte gravi, scheggate, spesso con lesioni nervose e vasali, non possono tollerare un lungo trasporto senza pericolo.

Vi sono ferite in cui vi è emorragia grave in atto, che talora nel primo posto di soccorso non può essere frenata che momentaneamente con un laccio elastico; conosciamo purtroppo le conseguenze gravi di questi lacci tenuti troppo a lungo e le terribili gangrene gassose, e le infezioni in genere da anaerobi, che si sviluppano così facilmente e fatalmente in queste ferite-

fratture largamente esposte, con recessi ove pululano i germi, e specialmente gli anaerobi, con tessuti devitalizzati o a scarsa nutrizione. Questi feriti non possono trasportarsi che a distanza relativamente breve, ma sempre in formazioni sanitarie, ove possano essere convenientemente trattati, e sorvegliati, e solo con sbrigliamenti immediati, emostasi e toilette accurata, col trattamento sieroterapico che ha pure, purchè fatto precocemente, notevole valore, possono essere salvati o talora almeno mantenuti in vita sia pure con operazioni demolitive, purchè non troppo ritardate.

Queste amputazioni andranno certo diminuendo, come andarono allora diminuendo dal principio della guerra. E potranno sicuramente anche molti casi essere salvati col mantenimento dell'arto e in tutto o in parte anche della funzione, con questo intervento precoce.

Anche questi devono essere sempre immobilizzati anche pel trasporto, sia pure temporaneamente ma nel modo migliore possibile, e così inviati in un ospedale particolarmente attrezzato per fratturati e articolari, a 15, 20, anche 30-40 km., senza fermarsi in altre formazioni sanitarie, e dove possono essere ricoverati per il tempo necessario, e curati razionalmente e completamente.

Per la immobilizzazione durante il trasporto oggi si è in genere d'accordo sull'utilità massima di adoperare la così detta stecca o ferula o staffa di Thomas, che è stata variamente modificata, ma che sostanzialmente è ancora sempre ottima nella sua forma originale, e che può essere applicata in caso di necessità anche sull'arto rivestito ancora degli indumenti.

Ricordo ancora le difficoltà e i danni del trasporto dei fratturati gravi, specialmente del femore, che nei primi tempi della guerra venivano inviati agli ospedali vicini in condizioni pietose; i mezzi a disposizione che si avevano per l'immobilizzazione delle fratture erano in gran parte inadatti, e molti chirurghi non sapevano neanche valersene; alcuni non conoscevano neppure lo steccone di Mac Ewen, che da noi a Roma era di uso comune, e che rappresentava in fondo un mezzo abbastanza buono di immobilizzazione provvisoria.

In una gita che feci al fronte inglese in Francia potei vedere in pratica l'uso e il vantaggio che si aveva colla ferula di Thomas, e ricordo che ne riportai con me alcuni esemplari, che furono fra i primi messi in opera fra noi; l'applicazione che ne facemmo nella nostra Ambulanza e i risultati ottenuti convinsero sin da allora le Autorità sanitarie militari a diffonderne l'uso, e oggi sono dotate di questo utilissimo mezzo tutte le formazioni sanitarie di primo soccorso. Dall'esperienza che ne facemmo

nell'Ospedale di Rossano acquistai la convinzione che essa giova perfettamente in molti casi anche per la cura definitiva, poichè si tratta sempre di fratture esposte, in cui occorre una sorveglianza assidua e in genere medicature, che non sono sempre possibili o almeno facili cogli apparecchi immobilizzanti gessati, anche se fenestrati.

Ma se per la cura dei fratturati, quando siano ricoverati in un ospedale apposito in cui possono rimanere a lungo, possiamo adoperare vantaggiosamente, oltre agli apparecchi gessati e ai doppi piani inclinati, anche i vari metodi di trazione, specie col filo di Kirschner e simili, la ferula di Thomas resta sempre la preferibile per il primo trasporto dei fratturati specie dell'arto inferiore.

Anche per l'arto superiore vi sono ferule e dispositivi sul tipo di quelle di Thomas per l'arto inferiore, che possono essere utilmente impiegate, per quanto è evidente che per un primo trasporto le fratture dell'arto superiore, anche quelle dell'omero, sono assai più agevoli ad essere immobilizzate in modo sufficiente, sia con doccie o stecche di retine di ferro, sia semplicemente con fasciatura stretta al torace; e così i feriti possono percorrere anche molti chilometri senza danno, ed essere ricoverati in ospedali stabili, specializzati, dove possono essere tranquillamente e opportunamente curati coi metodi e gli apparecchi più adatti.

PUTTI ha modificato alcuni modelli francesi e proposto un apparecchio semplice di trafilato di ferro, che si applica facilmente e riesce utilissimo nelle fratture dell'arto superiore, tanto per braccio che per l'avambraccio.

Le ferule di CRAMER usate largamente specialmente dai tedeschi, possono servire pure assai bene per l'arto superiore e anche talora per quello inferiore.

La ferula di Thomas è stata oggetto di numerose modificazioni; ricordo che insieme a quella originale, dal fronte inglese ne riportai anche una modificata da WALLACE; altre modificazioni sono state apportate da LARDENNOIS, da SINCLAIR, e fra noi da PUTTI, e per l'arto superiore da MURRAY ed altri. Alcune di queste modificazioni sono vantaggiose, ma in fondo la staffa originale di Thomas serve benissimo, ed è più semplice. Occorre però che i chirurghi militari siano esercitati alla sua applicazione che del resto è molto facile.

Sono anche d'accordo con PUTTI che non si debbono usare, almeno in primo tempo, osteosintesi metalliche; io le bandii del tutto dall'Ospedale di Rossano, e convergo pienamente che non debbono applicarsi se non in casi del tutto eccezionali e comunque sempre e solo in

ospedali specializzati, in genere nelle retrovie o all'interno.

Ma perchè si deve ritenere fantastico ideale quello della sutura per prima, come dice PUTTI?

In una frattura esposta in tempo di pace quale è oggi il comportamento corretto del chirurgo? L'intervento immediato, la toilette più completa ed esatta possibile della ferita, l'asportazione dei corpi estranei, la recitazione dei tessuti non vitali, e la sutura per prima totale o parziale, seguita da immobilizzazione con apparecchi a trazione, in genere sullo scheletro, o in apparecchi gessati.

E perchè non può essere questo anche il trattamento delle fratture di guerra?

E' certamente come ho già detto il trattamento ideale; il che vuol dire non sempre possibile, sia per tardivo arrivo dei feriti, sia per eccessivo ingombro di feriti da curare.

Ma se al trasporto il più sollecito possibile dei feriti si può provvedere, se l'ospedale è specializzato e i chirurghi sono trenati già dal tempo delle azioni non gravi con afflusso scarso di feriti, se sanno provvedere alla riduzione e alla immobilizzazione delle fratture, non vi è nessuna ragione di non metterlo in opera.

E anche se non si crede o non si può suturare, la toilette accurata della ferita e la immobilizzazione esatta dell'arto fratturato possono sempre eliminare quelle gravi infezioni generali e locali, che sono state le conseguenze così frequenti e quasi costanti di molte fratture e ferite di guerra.

Dice PUTTI: « Si dimentica troppo spesso che il riposo è il migliore degli antiflogistici e che è dalla medicazione rara e dalla immobilizzazione rigorosa che così la frattura come la ferita traggono il più grande vantaggio, la frattura perchè non vi è possibilità di callo in regime di mobilità, la ferita perchè non vi è possibilità di sterilizzazione sinchè col riposo non si elimini il movimento, fattore primordiale di virulentazione dei germi e di assorbimento dei loro prodotti ».

Siamo anche qui in linea generica d'accordo, ma questo è possibile, come ho già detto, e si deve quindi tentare, nelle ferite e nelle fratture da piccoli proiettili camicciati, con orifici piccoli e lesioni non estese di tessuti, e scarso inquinamento del tramite.

Ma nelle larghe ferite e nelle fratture ampiamente esposte con tessuti laceri e pesti, nelle articolazioni con versamenti e corpi estranei l'immobilizzazione non basta.

Questo è il postulato essenziale per il primo soccorso del ferito e il mezzo che rende possibile il trasporto anche a distanza senza danno, ma l'azione chirurgica è di prima necessità, e

può dare risultati di enorme importanza per la guarigione e il ricupero rapido dei feriti, per il trattamento razionale e il ripristino funzionale, talora ottimo, spesso buono, discreto in altri casi, di tanti fratturati, migliorando non solo le cifre di mortalità immediata o dei primi periodi, ma anche quelle di perdite tardive e specialmente di inabilità consecutiva, e quindi con utilità grande per la Nazione, per il diminuito peso delle pensioni e la riutilizzazione dei feriti, e l'enorme vantaggio degli individui.

Ho già ricordato l'esperienza fatta da noi nell'Ospedale di Rossano. Il trattamento ideale della riunione per prima, iniziato e con successo a Gorizia e a Valerisce, è stato là eccezionale per le ragioni già accennate, ma l'intervento precoce pur quando si dovette tamponare o suturare solo parzialmente è servito il più delle volte ad evitare o limitare le gravi infezioni generali e locali, e col trattamento appropriato di immobilizzazione, che oggi nelle sue modalità e possibilità è ancora assai migliorato da quel tempo e, oltre che cogli apparecchi gessati fenestrati o a ponte, si può ottenere coi piani inclinati, colla trazione diretta, ecc., portò a risultati che nei primi tempi della guerra non si sognavano neppure.

Da un articolo recentissimo (marzo-aprile 1936) pubblicato sul giornale « Der Chirurg » dal dott. H. SCHUM di Berlino, medico militare, direttore dell'Ospedale di Stato della Polizia, ricco di dati statistici sulle guerre passate, e specialmente su quella mondiale, è affermato sulla base di cifre che mentre nella guerra italiana del '59, su 100 feriti (tolti i morti immediati o poco dopo) ne guarirono il 74,9 %; nella guerra prussiana del '66, l'89,4; in quella franco-tedesca del '70-71, l'88,9; nella guerra mondiale i risultati migliori sono stati ottenuti dai tedeschi, 94 %, poi dagli americani 93,9, dagli inglesi 92,3 e dai francesi 91,7; non sono riferite cifre italiane. I buoni risultati ottenuti dai tedeschi sono dall'A. riportati alla migliore organizzazione della Sanità militare germanica; ma importante soprattutto la sua constatazione che dal lato tedesco il numero dei guariti nei quattro anni di guerra aumentò continuamente, sebbene la qualità delle ferite e l'infezione assuessero di mese in mese forme peggiori.

Egli vanta a questo proposito la perfetta organizzazione e il perfetto ingranamento del servizio di sanità e insiste sulle conoscenze chirurgiche, la capacità e il lavoro indefesso di tutto il personale sanitario, tanto che egli conclude che difficilmente pel futuro la cifra delle guarigioni potrà aumentare; anche se la qualità delle ferite potesse assumere forme più favorevoli, se fosse possibile cioè di eliminare del

tutto le infezioni, e l'assistenza medica raggiungesse l'ideale teorico.

Anzi egli prevede che date le munizioni per la difesa dei carri armati, l'estendersi delle ferite da bombe di areoplani e di armi antiaeree, e l'aumento di ferite da proiettili deformati e secondari in particolare da carri armati, da autocarri, da areoplani, ci sia da attenderci piuttosto un peggioramento.

Tanto più quindi è da rimaner saldi e utilizzare quanto ci ha insegnato l'esperienza della guerra passata.

\*\*\*

Naturalmente qui si impone la questione del personale e della organizzazione dei trasporti e delle unità sanitarie adatte; e resta sempre l'incognita della guerra di movimento, poichè nessuno sa se e come si svolgerà l'azione bellica nell'eventualità di conflitti futuri.

Ma per sintetizzare in brevi conclusioni quanto ho esposto, diremo che, se ai giovani è logico assegnare i posti di primo soccorso nelle linee, ove occorre solo la disinfezione estemporanea, l'immobilizzazione provvisoria, la compressione o altri mezzi di emostasi temporanea, e il trasporto o l'invio immediato dei feriti alla Sezione di Sanità, in questa unità avanzata è necessario che oltre a qualche giovane con cultura generica ed esperienza limitata, vi siano anche chirurghi militari ben pratici dell'organizzazione e dei metodi curativi. Essi devono essere muniti di mezzi semplici e poco ingombranti di immobilizzazione, stoffe di Thomas, stecche di Cramer, reti metalliche e simili; e dovranno provvedere al trattamento dei gravissimi, specialmente alle operazioni di urgenza per emorragie, quando sono possibili nel primo posto, e perciò sarà utile che annesso o nella immediata vicinanza vi sia un nucleo chirurgico.

E soprattutto provvedere, disponendo degli apparecchi suddetti e di abbondanti automezzi, alla immobilizzazione opportuna e al trasporto degli altri anche a distanza, poichè quando il

ferito è ben sistemato è più vantaggioso che sia trasportato in ospedali specializzati con molti letti e abbondante personale, anche se arretrati, alcuni per le operazioni più urgenti (addominali, cranici, toracici, anche alcuni miliardari), altri anche più arretrati per fratturati e articolari, dove si possano sgombrare subito e presto verso l'interno quelli ben sistemati e in cui convenga il trattamento di attesa, purchè senza infezione o con scarso pericolo di infezione, mentre quelli con fratture e ferite lacerose con emorragie (lacci) vengono trattati e immediatamente e opportunamente trattati.

In altri ospedali potrebbero essere accolte le ferite semplici delle parti molli, anche qui con personale esperto, per il ricupero rapido dei feriti, in modo da evitare la dispersione di feriti leggeri, che se sgombrati in territorio trovano spesso il modo di non rientrare che con grande ritardo al loro posto in linea.

Senza riportarla per esteso rimando alla comunicazione che ho già ricordata fatta dal tenente colonnello CAMORIANO nell'aprile del 1935 alla Società Lombarda di Chirurgia in cui egli riassume con chiarezza nelle conclusioni il compito che spetta agli ufficiali medici di battaglione e di reggimento, delle Sezioni di Sanità, degli Ospedali da campo, dei Nuclei chirurgici.

Se gli ufficiali medici in servizio attivo saranno preparati e convinti di questa necessità fondamentale, se la Direzione generale di Sanità Militare predisporrà, come ha già fatto ed è persuasa di dover fare, la organizzazione delle Unità sanitarie in prima linea, nella zona retrostante, nelle retrovie, in territorio, se saprà utilizzare le numerose competenze chirurgiche che affluiranno all'Esercito colla mobilitazione e destinarle ciascuna al compito più adatto alle varie esperienze, possiamo essere fiduciosi che il servizio sanitario per i feriti di guerra risponderà nel modo migliore possibile al suo scopo, con grande vantaggio dei feriti stessi e dell'intera Nazione.

54060

~~312476~~



0000

