



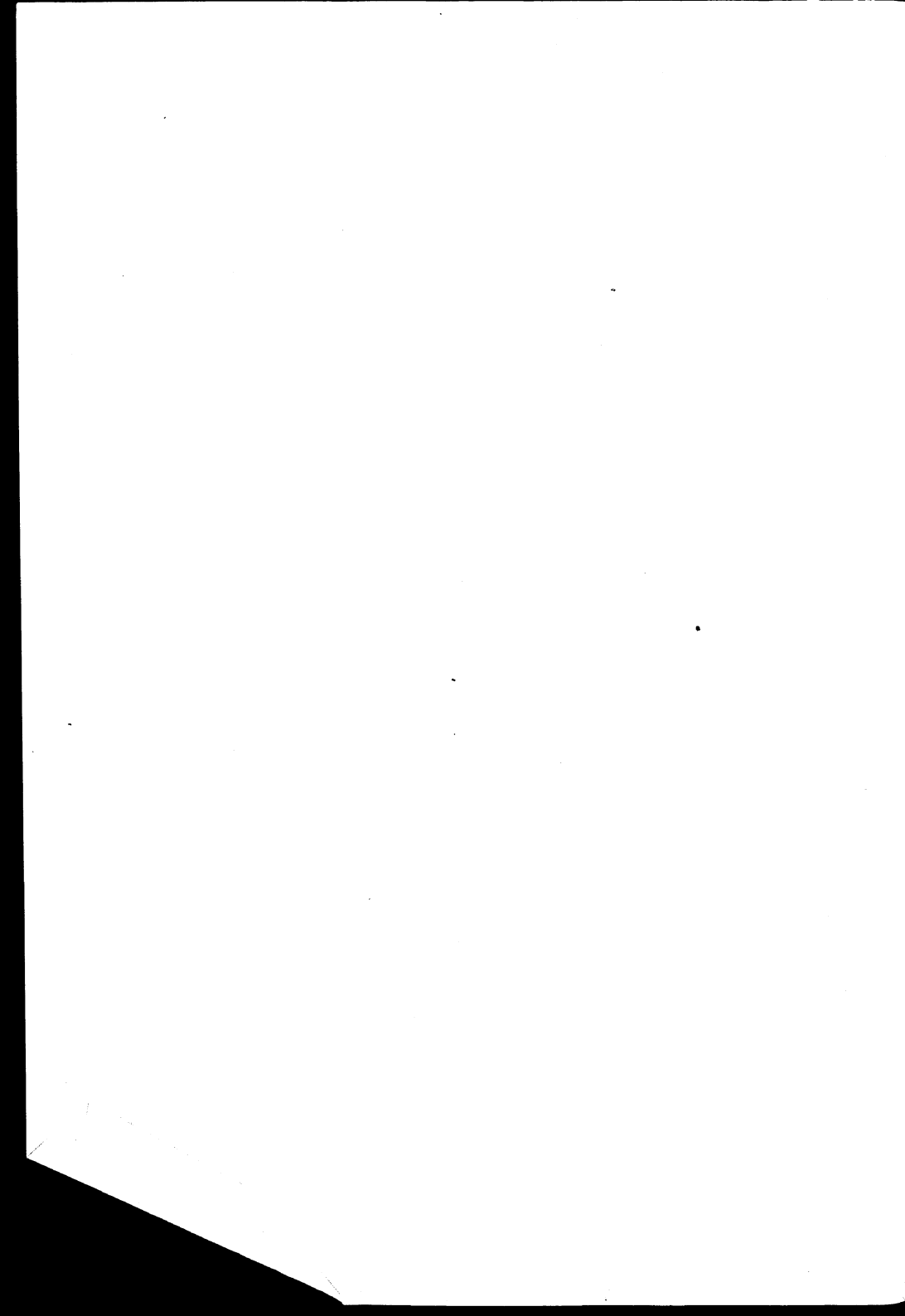
Prof. VITTORIO PUTTI

*Direttore dell'Istituto Rizzoli - Clinica ortopedica
della R. Università di Bologna*

La cura cruenta delle fratture del collo anatomico del femore

Estratto da "Le Forze Sanitarie", Anno VIII - n. 2, del 31 gennaio 1939-XVII





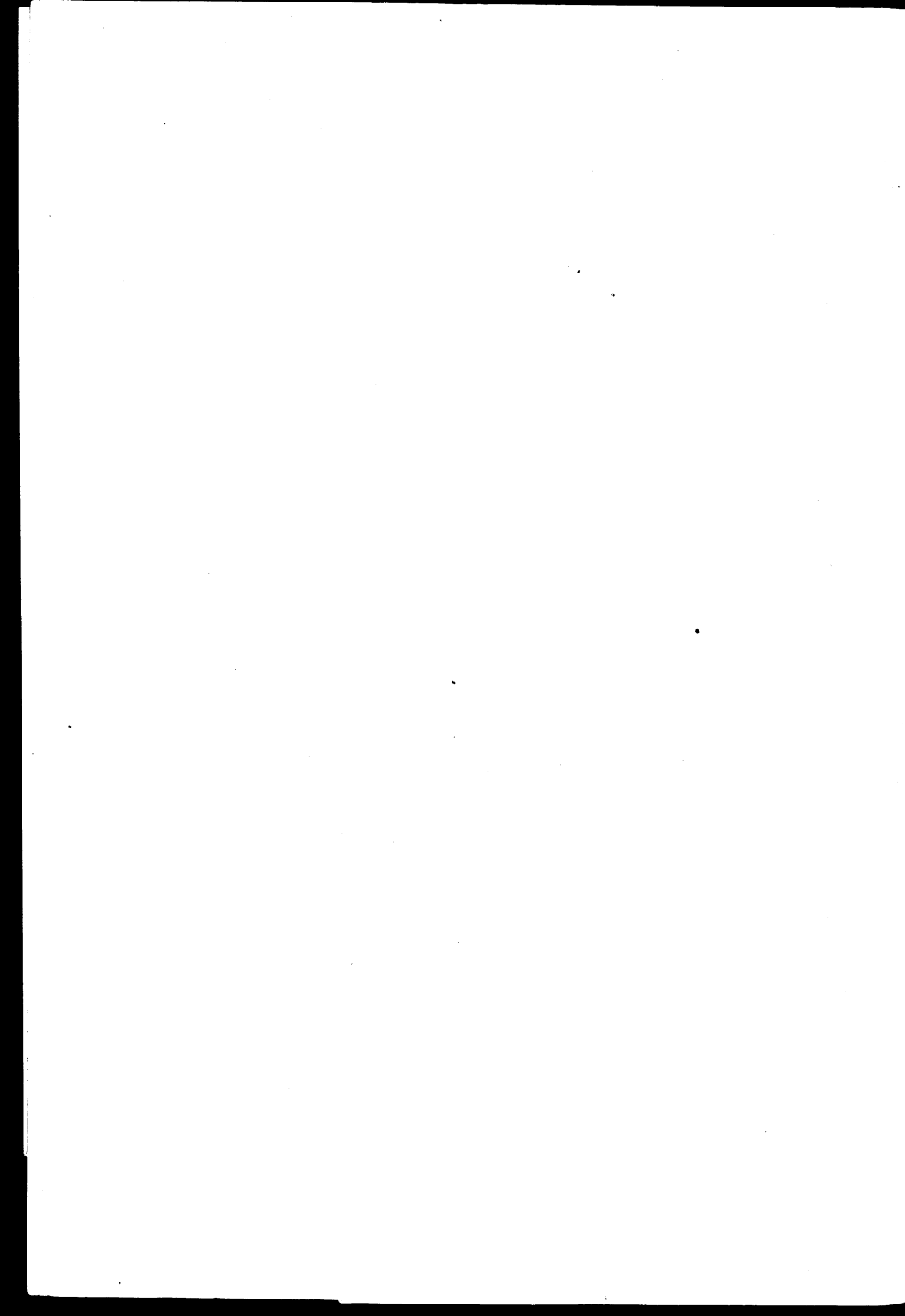
Prof. VITTORIO PUTTI

*Direttore dell'Istituto Rizzoli - Clinica ortopedica
della R. Università di Bologna*

La cura cruenta delle fratture del collo anatomico del femore

Estratto da "Le Forze Sanitarie", Anno VIII - n. 2, del 31 gennaio 1939-XVII





Su questo argomento si è detto e scritto in questi ultimi anni anche troppo. Ma non è forse un male. L'annoso problema meritava bene una rinfrescata per vedere se è possibile, una buona volta, risolverlo, così difficile, complicato e pur sempre attuale quale esso è. Un baluardo inespugnabile lo dichiararono onestamente alcuni fra i più noti chirurghi dell'800, un baluardo che ancora oggi incute rispetto se lo si guarda attraverso il cannocchiale della statistica il quale fa vedere che la mortalità s'aggira sul 20 % ed il rischio della pseudoartrosi sta attorno al 50 %. Tanto vero che ancora oggi vige fra i medici generici l'opinione che, rotto per rotto, meglio è lasciare la frattura quale essa è piuttosto che mettere a repentaglio la vita del malato con una cura tanto penosa e così incerta. Intendo parlare, si capisce, delle fratture del collo anatomico propriamente detto e più particolarmente di quelle che si avverano oltre i 55 anni, perchè questo è il vero dramma in cui tanti malati incorrono. Al di fuori di quella sede o al disotto di quell'età le cose si fanno meno serie. Ora, a guardare il problema in quel suo più minaccioso aspetto, ci si accorge che è proprio così che si presenta nella maggioranza dei casi. Infatti su 587 fratture dell'estremità superiore del femore (statistica dell'Istituto Rizzoli) 388 sono del collo anatomico (103 sottocapitate, 226 transcervicali, 59 basicervicali), mentre sono 199 quelle che compromettono la regione trocanterica o sottotrocanterica.

Alla cura di queste fratture ci si è illusi di poter provvedere seguendo i due precetti più incontrovertibili della terapia di ogni frattura: riduzione cioè ed immobilizzazione, dimenticando tuttavia che questa del collo anatomico è, fra tutte le fratture, quella che oggi si direbbe un fuori classe. Solo a misurarla con un metro è l'unica frattura in cui dei due frammenti uno è la decima o la quindicesima parte dell'altro, proporzione che di per sé sola im-

plica difficoltà di riduzione e di immobilizzazione facilmente intuibili e quasi insormontabili. Ma qui non è tutto. Di eccezionale vi sono anche le condizioni di vita di questa frattura la quale colpisce un settore scheletrico naturalmente povero di risorse riparative e per di più in una età in cui tali risorse vanno spontaneamente decadendo. Ma vi è altro ancora. Qualsiasi frattura è, come si sa, una malattia che, come ogni malattia, va considerata alla stregua del terreno organico su cui insorge. Orbene nel caso in discorso il terreno è dei più incerti, infidi, inconsistenti, una sorta di sabbia mobile su cui la cura non solo non fa presa, ma congiura a trascinare il malato verso il fondo, cioè verso la morte. Ecco perchè trenta e forse più anni di ortodossia terapeutica hanno concluso se non proprio nell'insuccesso, certo in un assai poco soddisfacente successo. Il cosiddetto metodo di WHITMAN ha soddisfatto per quel torno di tempo in cui ha rappresentato l'azione contro l'inazione od il poco contro il nulla, ma quando per giudicarlo si è ricorso alle grandi statistiche allora ci si è accorti che alla immobilizzazione in rotazione interna ed abduzione si poteva chiedere non più del 50 % delle consolidazioni, mentre la quota di mortalità non scendeva sotto il 10 %.

Bisognava quindi tentare un'altra soluzione. Quella che oggi si sta sperimentando può riassumersi in questi termini: ridurre e quindi immobilizzare la frattura con un mezzo interno che dia così tanta garanzia di sicurezza da abbreviare o da rendere perfino superflua l'immobilizzazione esterna cioè l'apparecchio gessato. Nulla di nuovo come si vede: è l'ormai vecchio principio della terapia cruenta delle fratture, che tuttavia non aveva sino ad ora trovata un'applicazione estensiva in quelle del collo perchè non era facile creare una tecnica che rispondesse alle esigenze di un intervento che nel più dei casi deve essere eseguito su individui di tarda età e che perciò ha da essere sem-

plice, rapido, poco traumatizzante ed eseguibile in anestesia locale.

Si fu in pochi a sperimentare, ancor prima della guerra, la via chiusa quella cioè transtrocanterica, via che si abbandonò e non si seguì sistematicamente perchè essendo imprecisa la tecnica incerti erano i risultati. Si tentò poscia la via aperta cioè l'artrotomia dell'anca, ma subito ci si accorse che essa portava inevitabilmente ad un aumento della quota dei decessi. Si ritornò allora alla via cieca e come mezzi di sintesi si provarono chiodi e viti ed anche una sbarra metallica triflangiata, inventata dall'americano SMITH-PETERSEN che ha avuto ed ha molti partigiani. La via cieca imponeva tuttavia la soluzione di un problema alquanto complicato, quello cioè di introdurre il mezzo sintetico in esatta direzione e dall'esterno, lungo il maggior asse del collo femorale sino a raggiungere il centro di figura dell'epifisi. Ma non era questa una difficoltà che i chirurghi d'oggi, armati come sono di tanti sussidi tecnici, non sapessero risolvere. Il che è avvenuto grazie particolarmente ad un'accorta utilizzazione della radiografia.

Messa a punto la tecnica restava da sottoporre alla prova dei fatti l'indirizzo terapeutico, ed è ciò che si sta facendo. Le statistiche non sono ancora molto ricche, chè sono pochi gli anni di esercizio e non molti i chirurghi che si sono messi per la nuova via, ma le cifre raccolte bastano a convincere che ormai la frattura del collo femorale non è più *tabu* come per secoli la si è considerata. Immobilizzazione ridotta da sei mesi a due od ancor meno, media di mortalità abbassata dal 20 all'11-12 %, consolidazione raggiunta in oltre l'80 % dei casi di cui la maggior parte rappresentati da individui di età superiore ai 60 anni. Queste le cifre desunte da una nostra statistica di 70 interventi eseguiti con una tecnica che abbiamo partitamente descritta altrove. E non si è davvero che ai primordi. Poichè il materiale clinico non manca in quanto la frattura è frequente (19,97 % di tutte le fratture secondo la statistica dell'Istituto Rizzoli), è facile prevedere che l'esperienza porterà presto ad un ulteriore perfezionamento della tecnica e con ciò ad un miglioramento dei risultati. Nell'ultima decina di casi siamo riusciti ad abbassare il tempo dell'intervento dalla

media di 30-40 minuti a quella di 10-15 e rendere assai più esatta la centrazione dell'epifisi. Stringere i tempi significa diminuire il tempo operatorio, precisare la sintesi equivale ad affrettare la consolidazione. L'età del malato non incute ormai più timore: 93 anni conta una delle nostre ultime operate ed il risultato prospetta buono.

L'osteosintesi non può tuttavia risolvere che il problema della frattura recente. Portata sul piano della frattura invecchiata o pseudoartrosi essa è destinata nel più dei casi a fallire: 1) perchè manca ai tessuti la resistenza meccanica alla presa del mezzo sintetico; 2) perchè la riduzione, condizione indispensabile alla consolidazione, è difficile od impossibile; 3) perchè l'osteosintesi non corregge la deviazione dell'asse d'appoggio che nella pseudoartrosi è il fattore principale del danno funzionale.

Per questo più grave aspetto del problema si richiede un mezzo che, indipendentemente dalla consolidazione della frattura e dall'accorciamento, miri soprattutto a ridare all'arto un atteggiamento più congruo alla posizione di sostegno. Questo mezzo è l'*osteotomia lineare del femore eseguita nella regione dei trocanteri*, la quale osteotomia si è dimostrata alla prova dei fatti ancora più efficace di quanto non si supponesse perchè, oltre a correggere la statica dell'arto, contribuisce assai spesso alla consolidazione della frattura. Di questa osteotomia che sono solito eseguire fra i due trocanteri, ho detto diffusamente altrove. Qui voglio solo aggiungere che l'aumentata esperienza (casistica attuale di 40 casi) mi ha ancor più convinto dell'alto valore curativo di questo semplice seppur non facile intervento.

In conclusione, recente od inveterata, giovanile o senile, la frattura del collo anatomico del femore non è ormai più la «insolved fracture» come ancor pochi anni or sono la definiva un eminente traumatologo americano. La soluzione si è ormai trovata e non è presunzione affermare che con essa la traumatologia ha vinto la sua più dura battaglia. Ma sarà vittoria sterile se si continuerà nel pregiudizio di considerare i fratturati del collo femorale come degli «intoccabili» e se i chirurghi non acquisteranno fede ed esperienza nel nuovo indirizzo.

d a
pi-
au-
ad
ato
na
si

il
ia-
osi
er-
la
u-
li-
la
o-
n-

si
a
-
-
-
/

