



2345

VITTORIO PUTTI

ORIZZONTI DI CHIRURGIA DI GUERRA

I.

# Le fratture e il metodo di Magati

---

*Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno IX - N. 5, del 15 marzo 1940 - XVIII*

---





VITTORIO PUTTI

ORIZZONTI DI CHIRURGIA DI GUERRA

I.

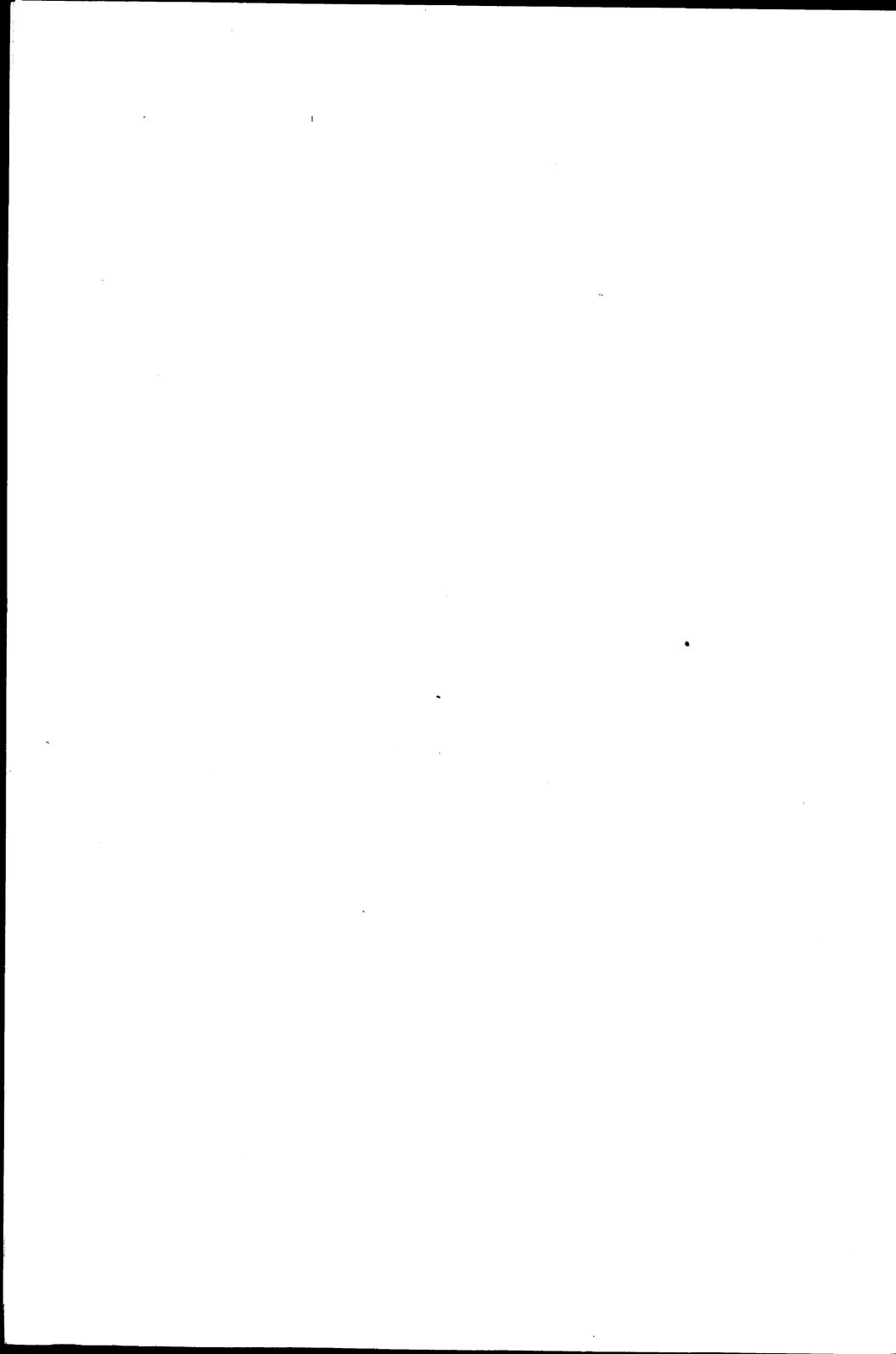
# Le fratture e il metodo di Magati

---

*Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno IX - N. 5, del 15 marzo 1940 - XVIII*

---





In attesa di eventi che decidano di questa penosa situazione in cui il mondo si trova, chi ha vissuti i tempi dell'altra Guerra si domanda quanto ancora dell'esperienza allora raccolta varrà ad indicare, nell'ipotesi di un nuovo cimento, la via migliore e quanto di essa nei venti anni trascorsi s'è dimostrato fallace. Imperativo della coscienza a cui non si sottraggono i chirurghi che, padroni di una materia fra le più mutevoli, sono degli altri più schiavi dell'attimo che fugge. Gli spiriti accomodanti opineranno che nulla v'è da cambiare perchè, in fin dei conti, dal '18 in poi nulla è cambiato, uomini, armi, ferite e infezioni, cosicchè ciò che si è fatto allora si rifarà ora. Ma può esservi chi ancora ricorda che allora si finì per non essere troppo contenti perchè molte cose potevano essere fatte bene che furono fatte male e molte furono fatte bene che potevano essere fatte meglio. Poi a maturare la sapienza sono venute nuove esperienze: quella della guerra di Spagna, ove per la prima volta si sono visti su larga scala gli effetti della guerra aerea, e quella della guerra d'ogni giorno in cui a migliaia cadono le vittime dei mezzi di trasporto. Senza dire dell'eco ancora un po' vaga delle notizie che giungono dai fronti in azione. Per fare il punto su qualche argomento non mancano quindi gli orizzonti e il punto bisogna farlo se, in una navigazione così incerta, non si vuole sbagliare rotta. Prendiamo quindi il sestante e dirigiamolo su tre settori dell'orizzonte chirurgico che ci sembrano particolarmente interessanti: fratture di guerra, amputazioni, ferite dei nervi. Li esamineremo in tre scritti successivi.

### **Fratture di guerra.**

E' il problema dei problemi. Più della metà delle ferite di guerra interessano gli arti e più di un quarto il loro scheletro. Problema complesso che ne include almeno due altri di indole diversa, organizzativo l'uno, tecnico l'altro.

PROBLEMA ORGANIZZATIVO. — Trac'origine dalle considerazioni seguenti: la frattura di guerra è una ferita quasi sempre infetta in cui l'infezione ha buon giuoco perchè c'è la frattura. E' la ferita che complica la frattura, non la frattura la ferita. Distinzione di valori che ha un'importanza pratica immensa. Poichè la frattura è malattia acutissima s'ha da curarla immediatamente con un medicamento che abbia immediata forza d'azione e questo medicamento c'è ed è l'immobilizzazione, la quale per essere efficace deve essere immediata e corretta. Perchè sia immediata tutte le formazioni sanitarie, ma particolarmente quelle più avanzate, debbono essere provviste dei mezzi per compierla (vedi oltre), perchè sia corretta s'ha bisogno di un personale competente. Ma poichè la frattura infetta è anche malattia a lungo decorso, la sua cura domanda anche continuità d'indirizzo, cosa che si ottiene solo se dal fronte alle retrovie una catena di intendimenti e di opere, ininterrotta, omogenea, disciplinata, stringe tutte le formazioni sanitarie, il che significa specializzazione negli organi di comando, nel personale subalterno, nelle formazioni ospedaliere, nelle attrezzature, cose tutte ottenibili solo che lo si voglia e solo che lo si predisponga per tempo. Se la necessità impone che nelle prime linee una frattura sia curata da un dentista o da un oculista, nulla, assolutamente nulla vieta di organizzare nelle retrovie ospedali per fratturati attrezzati all'uopo e condotti da traumatologi. JIMENO VIDAL di Barcellona, ha riferito (1) in una seduta della Società medica di Vienna (20 ottobre 1939) che in un ospedale particolarmente organizzato per la cura delle fratture, su 600 casi di fratture esposte della coscia ha avuto una mortalità del 3,6%, nessuna amputazione e nessuna pseudoartrosi. Il problema, come abbiamo detto e scritto tante volte, è esclusivamente organizzativo. Se le cose vanno male la colpa non è dei chirurghi, ma degli orga-

(1) «Wiener Klin. Wochschr.», 1939.

nizzatori e gli organizzatori sanno, senza bisogno che siamo noi a suggerirlo, che il destino di ogni ferita di guerra o non di guerra, è legato alla rapidità dell'intervento. *Provideant consules.*

L'organizzazione dell'assistenza ai feriti deve ispirarsi allo stesso principio a cui si ispira la *Blitzkrieg* moderna, la guerra fulminea in tutti i campi, in cui tutte le tappe debbono essere bruciate non escluse quelle del soccorso ai feriti, tappe che, colla guerra aerea, colla guerra urbana fatta a base di bombe micidialissime, si fanno sempre più stringenti. Il chirurgo TRUETA (2) che lavorando in un ospedale di Barcellona ha curato i feriti di 300 incursioni aeree, insiste sulla necessità di sopprimere persino i posti di pronto soccorso tanto v'è necessità che il malato sia portato immediatamente, senza interferenze, nell'ospedale traumatologico, necessità imposta dal fatto che nella ferita da bomba aerea il processo di latenza dell'infezione è ridotto ad un massimo di due ore. In questa guerra adunque senza fronte i feriti bisogna raggiungerli rapidamente ovunque, cosicchè oltre ai mezzi di trasporto consuetudinari, si dovrà disporre di staffette veloci, maneggevoli, adatte a tutti i terreni e a tutte le contingenze, pronte a correre subito ove il bisogno è più forte, come sarebbero delle piccole, rapide, numerose ed economiche *ambulanzse traumatologiche* più proletarie di quelle lussuose che già esistono, chirurgiche, radiologiche, odontoiatriche, montate da un paio di tecnici (non diciamo di medici), specializzati nell'applicazione degli apparecchi di cui le ambulanze potrebbero essere dotate in larga misura così per il pronto soccorso come per l'immediato trasporto. Tecnici abbiamo detto e non medici, unica via questa per risolvere in una guerra moderna l'irrisolvibile problema dei quadri del personale sanitario ed unica via anche per raggiungere un miglioramento nella tecnica dell'immobilizzazione. I tecnici, scegliendoli bene, li addestreremo in pochi mesi all'applicazione degli apparecchi per immobilizzazione provvisoria e ne faremo un personale prezioso che libererà per altri uffici la sempre scarsa mano d'opera sanitaria. E con ciò, per ragioni di spazio, chiuderemo il rapido accenno al problema organizzativo.

**PROBLEMA TECNICO.** — Per la cura d'urgenza della frattura cioè per l'immobilizzazione immediata al fronte, il mezzo ideale non è l'apparecchio di gesso:

primo perchè il gesso è materiale di difficile preparazione e conservazione, secondo perchè la confezione dell'apparecchio richiede attrezzatura, assistenza, tecnicismo che non è facile realizzare nelle prime formazioni e nelle difficili condizioni create dalla ressa dei feriti. In questo senso si sono espressi recentissimamente i tedeschi KREGLINGER (3) di Coblenza e il generale medico prof. EPPERS (4), mentre si dicono favorevoli al gesso i francesi LEVEUF (5) e MATHIEU (6). Se finalmente si otterranno gli ospedali specializzati, quella sarà la sede ove l'apparecchio gessato non potrà essere superato da altro, come sarà l'apparecchio obbligatorio per le fratture che la guerra aerea produce nelle città ove l'immobilizzazione può e deve essere immediata e definitiva. Per l'immobilizzazione al fronte, gli apparecchi tipo staffa di THOMAS e derivati, compresi quelli per lesioni dell'arto superiore, rappresentano la soluzione più pratica, non solo perchè efficienti e poco ingombranti, ma anche perchè di non difficile applicazione. Cento volte più facile addestrare un porta-feriti o un infermiere ad applicare una staffa di THOMAS che un laureato in medicina a fare un gesso che non sia dannoso. Nell'ospedale traumatologico la frattura, ben immobilizzata in primo tempo, troverà il complemento della cura o nell'apparecchio di gesso chiuso o nei mezzi di trazione, fra i quali avrà il primo posto, nella guerra d'oggi, la trazione trans-scheletrica, che noi abbiamo largamente sperimentata nella guerra di pace e TRUETA nella guerra di Spagna.

Come cureremo la ferita che complica la frattura? Premesso e non mai abbastanza ripetuto che il miglior modo di curare la ferita è di immobilizzare bene e subito la frattura, premesso che la profilassi antitetanica e antigangrenosa sono da accettarsi come un dovere, diremo che *due cose non si dovranno fare: non suturare in primo tempo alcuna ferita complicata da frattura, non irrigare e non medicare frequentemente.*

La sutura primitiva (espedito di cui è bello lasciare discutere coloro che, come LERICHE, si dilettono della cura di quella cosa non molto importante che è la ferita delle parti molli, preziosità tecnica da lasciar coltivare ai chirurghi che in guerra hanno la rara fortuna di poter lavorare nella calma di un ambiente

(3) «Münch. Mediz. Wochschr.», 24 gennaio 1940.

(4) «Münch. Mediz. Wochschr.», 2 febbraio 1940.

(5) «La Presse Médicale», 1<sup>o</sup> novembre 1939.

(6) «La Presse Médicale», 18 ottobre 1939.

(2) TRUETA J.: *Treatment of War Wounds and Fractures*. London, Hamish Hamilton Ltd., 1939.

ben organizzato e su feriti di poche ore) è colpa senza attenuanti se portata come principio terapeutico sul piano della ferita-frattura perchè è colpa mettere un'arma pericolosa nelle mani di chi non ne conosce l'uso. Non irrigare e non medicare frequentemente significa abbandonare un metodo che fa parte di quelli molto sperimentati nella guerra passata e di cui tutto sommato si conserva ricordo così poco grato che nessuno, a quanto sappiamo, l'ha, a mò d'esempio, riadottato nella guerra di Spagna.

*Due cose si dovranno fare: immobilizzare con la frattura la ferita e medicare la ferita di rado.* Attuazione di un principio forte di esperienza secolare che CESARE MAGATI apprese dallo studio degli antichi e che perfezionò e sviluppò sino a farne dottrina (7), riinventata dopo di lui le cento volte e che desta meraviglia veder proprio in questi giorni chiamata dai francesi «metodo spagnolo» quando gli stessi francesi la impararono da noi due secoli e mezzo fa per opera di AGOSTINO BELLOSTE se pur oggi, dimentichi del loro passato, ne vogliono dare tutto il merito ad OLLIER, alla sua Scuola e persino agli spagnuoli. Gli spagnuoli, anch'essi non molto nutriti di storia della chirurgia, credono che il metodo sia stato inventato di sana pianta dall'americano WINNETT ORR e (più imperdonabili di tutti), di ORR e LÖHR lo ritengono purtroppo molti degli italiani che ancor oggi operano e scrivono e fra questi proprio alcuni di coloro che hanno lavorato nella guerra di Spagna (8). Ma agli spagnuoli si deve comunque tributare la lode incondizionata di essere stati i primi (nella guerra mondiale solo RUGGI ed il suo aiuto MAGNI medicarono alla Magati) ad attuarlo in guerra su larga scala. Usando questo metodo, di cui ci siamo ampiamente serviti noi stessi in chirurgia civile e che è errore chiamare come alcuni fanno, *occlusivo* perchè parte proprio dal principio opposto e cioè che la ferita sia lasciata ampiamente aperta, TRUETA riferisce di aver avuto 6 soli morti e 4 soli amputati su 1073 fratture esposte di cui 122 del femore, 261 dell'arto superiore, 268 della gamba.

(7) DI CESARE MAGATI e della sua dottrina hanno scritto, fra i più recenti: E. MAGNI («Bull. Scienze Mediche di Bologna», gennaio 1919); P. CAPPARONI: *Profilo bio-bibliografico*, Roma, 1925, vol. I; e con particolare vivacità e competenza D. GIORDANO: *Medici e naturalisti reggiani*, Reggio Emilia, 1935, pag. 19-37. Nel numero prossimo di «Chirurgia degli organi di movimento» il lettore troverà un cenno biografico ed una succinta analisi dell'opera dello scandinavo.

(8) BORDONARO F.: «Chir. degli org. di mov.», vol. 25°, n. 3-4, dicembre 1939.

*Non si creda tuttavia che immobilizzare e medicare di rado una ferita significhi ridurre difficoltà ed alleggerire responsabilità.* Dio ne salvi dal supporre che questo sia metodo alla portata di tutti. Immobilizzare è difficile perchè è difficile fare bene quella cosa che tutti credono tanto facile e cioè un apparecchio gessato che immobilizzi davvero, che non comprima, che resista a lungo, che possa essere diviso in due valve in tal guisa da consentire revisioni e medicature, il solo apparecchio cioè che è augurabile veder usato e che è in deciso antagonismo, con quello tanto deprecabile di cui si abusò nell'altra guerra, cosiddetto *a ponte*, fatto apposta per non immobilizzare, per coltivare infezioni, deformità, pseudoartrosi. E medicare di rado non è facile perchè la medicatura rara è corollario di una preparazione che richiede esperienza chirurgica matura, in quanto si tratta di saper valutare le esigenze della ferita, esigenze che variano caso per caso e di cui non può rendersi conto che un chirurgo esperto. La ferita delle prime sei od al massimo dieci ore, non domanda in genere che una pulizia sommaria in cui si tratta più di non fare che di fare e cioè non far sanguinare, non traumatizzare, non tamponare, ma allargare dolcemente aperture ristrette, togliere tessuti mortificati, esteriorizzare fornicici chiusi e poco più. La ferita che dà già segno chiaro di infezione richiede rimozione di quanto vi è di estraneo o mortificato, ampia esteriorizzazione, sicuro drenaggio, ma al tempo stesso rispetto di quanto può costituire materiale di ricostruzione. La medicatura che segue questa preparazione deve essere considerata come il mezzo destinato a proteggere la ferita dall'ambiente esterno, soffice ma calzante, ricca ma non ingombrante, sterile, non medicata, non bagnata in disinfettanti, ma tutto al più imbevuta di sostanze oleose (come già consigliava MAGATI), che ne rendono possibile il rinnovo senza danno per la delicata trama vasale che prepara la cicatrice e neutralizza l'infezione. Il rinnovo sarà compiuto con rigoroso rispetto all'immobilità della frattura ed il meno frequentemente possibile, ogni dieci, quindici ed anche trenta o più giorni, solo quando cioè sia imposto da ragioni inerenti: a) il decorso della ferita, ed allora sarà il termometro a dimostrarne la necessità; b) le condizioni del ferito, ed allora saranno le sue lagnanze, l'anoressia, il deperimento; c) la medicatura e l'apparecchio gessato stessi, infarciti di pus, di sangue e male odoranti. Perchè il metodo, bisogna confessarlo, ha questo inconveniente del cattivo odore, in-

conveniente non piccolo che spesso obbliga a rimuovere medicatura ed apparecchio prima di quando lo si vorrebbe, perchè i malati non reggono al fetore. Nessun deodorante dei molti che abbiamo sperimentati, chimici o meccanici, si è dimostrato utile, neppure l'«acqua di Felsina» che RUGGI, da buon bolognese, raccomandava.

E come cureremo le ferite articolari, quelle s'intende complicate da frattura? La risposta, tanto poco si è progredito in questo campo, la potremmo chiedere, come se fossero chirurghi di ieri, al Barone LARREY o a NICOLA PIROGOFF. I risultati dell'ultima guerra, dice bene MAGNUS (9), non furono solo cattivi, ma decisamente deprimenti. Lo stesso MAGNUS che prevede che in fatto di lesioni articolari si finirà, nella guerra d'oggi, per amputare di più che non in quella del 1914, è per una condotta aggressiva: escisione della ferita, irrigazione con antisettici, sutura primitiva della capsula nelle ferite recenti; incisioni, controincisioni, drenaggi, irrigazioni, resezioni, amputazioni in quelle infette. Di opinione pressochè identica si dimostra di essere un altro noto chirurgo tedesco, KLAPP (10), deciso fautore dell'uso degli antisettici (vucina, rivanol). Chirurgia, come si vede, schiettamente napoleonica. Per essere almeno di un poco più moderni, noi stiamo con PIROGOFF (11) che scriveva: «il meglio che possiamo fare è non danneggiare e togliere tutto ciò che danneggia. Unico e insopprimibile compito: riposo assoluto, completa immobilità, protezione delle ferite dagli stimoli esterni. Si sono viste guarire ferite articolari senza sanguisughe, salasso, ghiaccio o sutura, ma non una è guarita se mossa o irritata». Sempre restando con PIROGOFF, anche noi raccomandiamo l'immobilizzazio-

ne in semiflessione che detendendo i muscoli lenisce il dolore, favorisce l'immobilità, facilita il drenaggio, ma soprattutto sono da raccomandare interventi precocissimi (il che significa perfetta organizzazione nei soccorsi) e chirurghi esperti di chirurgia articolare, perchè non s'improvvisa la conoscenza della fisio-patologia articolare e non s'impara in pochi giorni come tenersi al confronto delle reazioni infiammatorie. La trazione, particolarmente trans-scheletrica, applicata con giusta indicazione è vantaggiosa, ma anche qui nulla di meglio dell'apparecchio gessato e della medicazione rara. Non raccomandabile invece la mobilizzazione precoce, metodo che, col nome di WILLEMS, godè di qualche credito nella guerra passata e che colla sutura precoce fa parte di quei procedimenti miracolistici da cui c'è più da temere che da sperare. Precoci si s'ha da essere in chirurgia di guerra, ma non nel cucire e mobilizzare, sibbene nell'aprire e immobilizzare.

Dopodichè non saremo noi a concludere invocando il solito colpo di timone che porti d'un subito la barca verso lidi inusati, ma saremo certo noi ad augurarci che il metodo di MAGATI che ha dato a noi così buon frutto nella traumatologia di pace e nelle tante osteomieliti invecchiate della guerra (12), sia seriamente considerato da chi avrà la responsabilità di impartire le direttive della condotta che i chirurghi dovranno tenere in un futuro conflitto. Non ci convincono le critiche che i francesi ARNAUD, PÈRVÈS, CAIRE e MORVAN (13), giudicando dai risultati di cure eseguite da altri, hanno rivolte al metodo e tanto meno quelle interamente aprioristiche di LERICHE (14) e MATHIEU (15).

(12) Vedi relazione del prof. G. FILIPPI al XXVII Congresso della Soc. Italiana di Ortopedia, Roma, 26-27 settembre 1936.

(13) «Mémoires de l'Académie de Chirurgie», seduta del 31 maggio 1939.

(14) «La Presse Médicale», n. 1-2, 3-6 gennaio 1940.

(15) «La Presse Médicale», n. 77, 18 ottobre 1939.

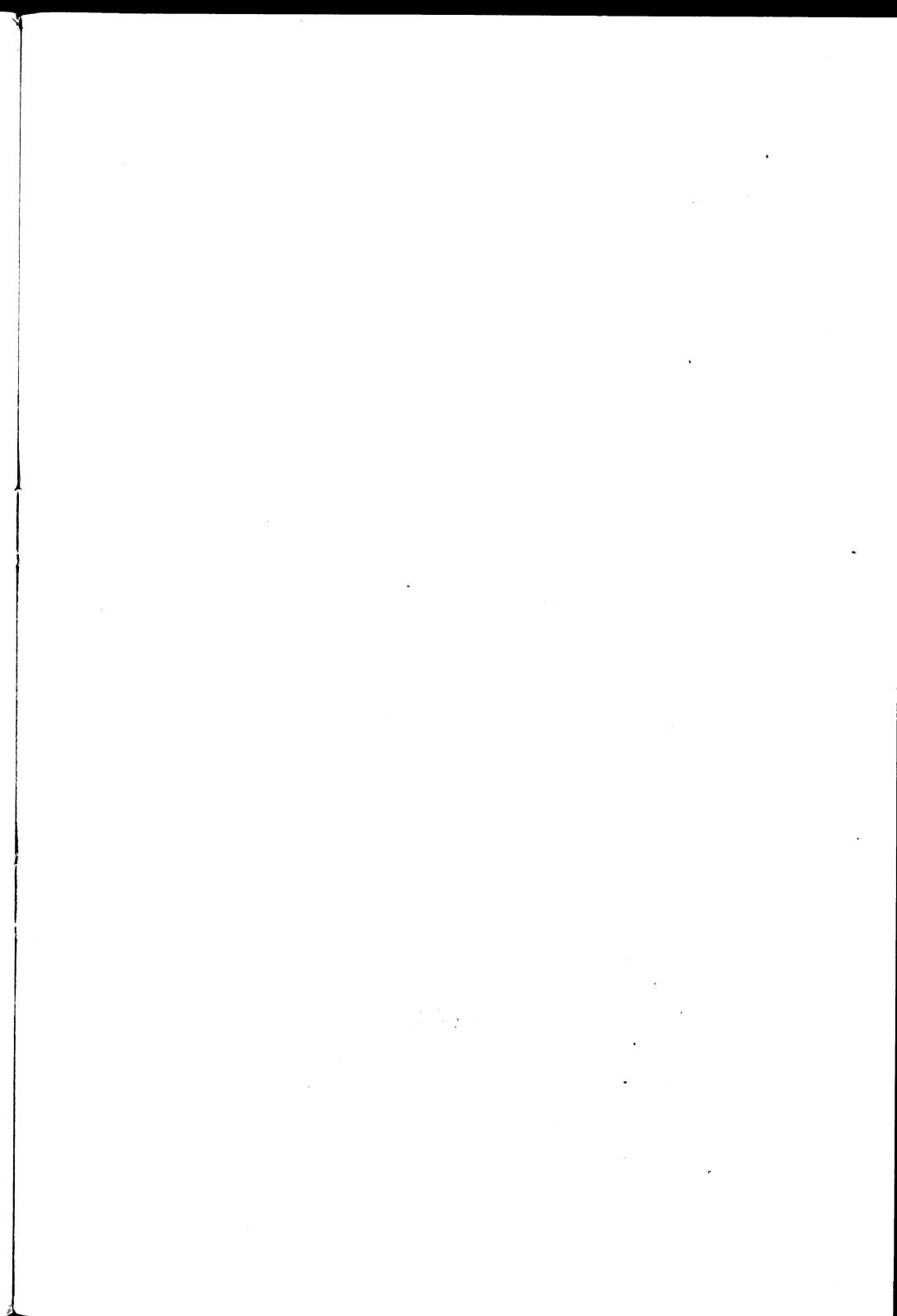
(9) MAGNUS G.: «Münch. mediz. Wochschr.», 27 ottobre 1939.

(10) KLAPP R.: *Zentrbl. f. Chir.*, 13 gennaio 1940.

(11) PIROGOFF N.: *Grundzüge der allgemeinen Kriegschirurgie*. Leipzig, 1864, pag. 628.

59031





~~330051~~

