

1349

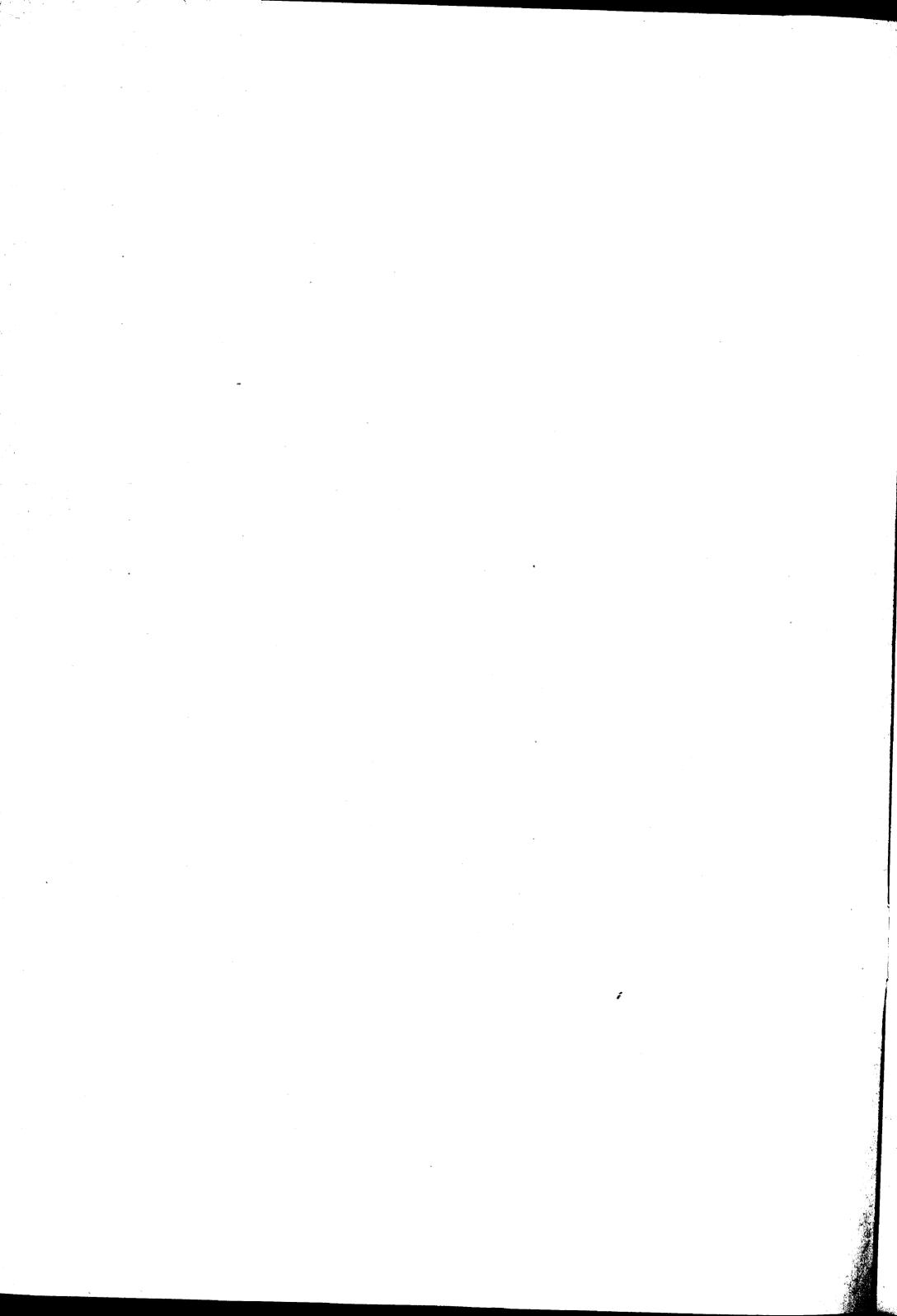


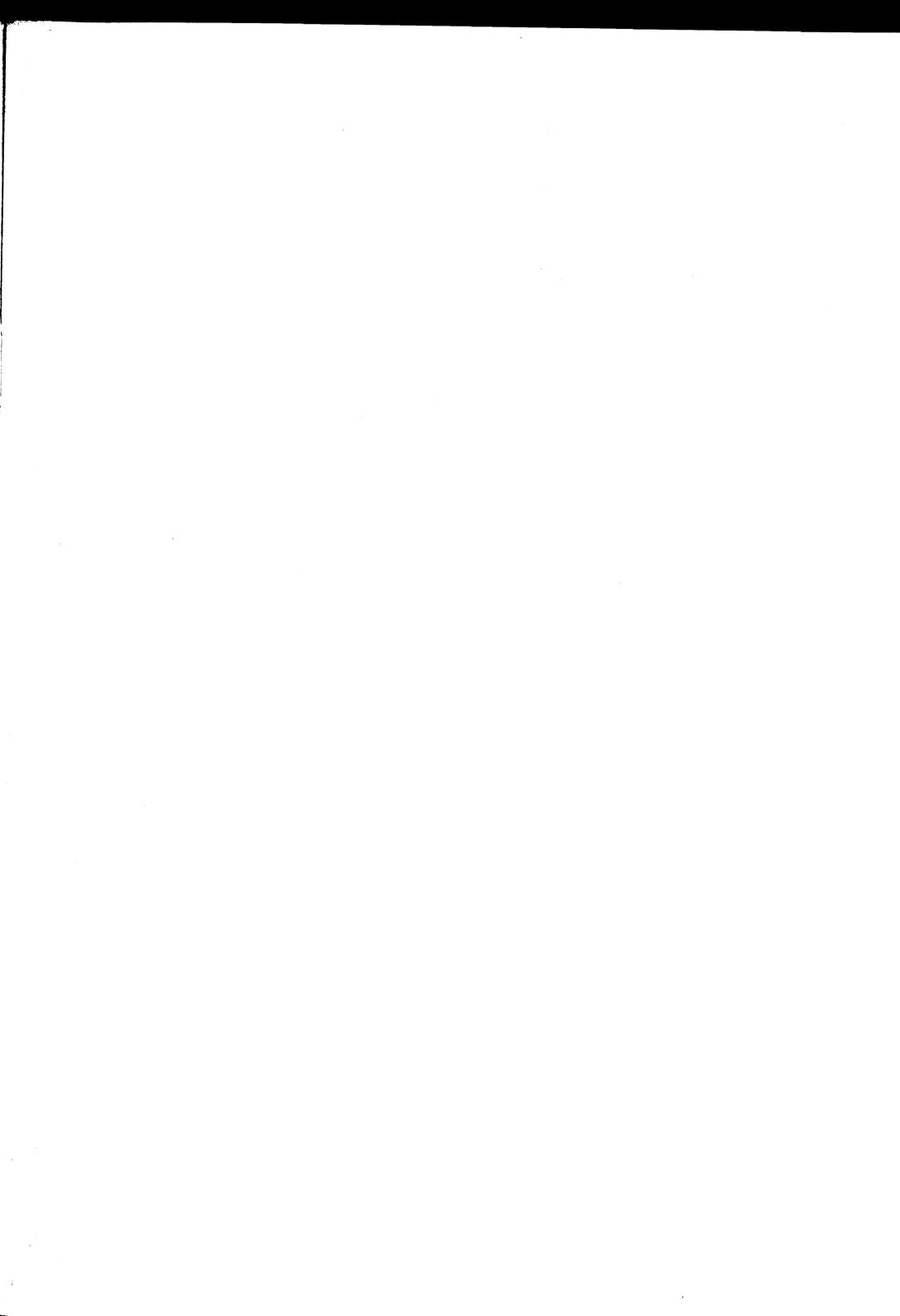
A. MEZZARI

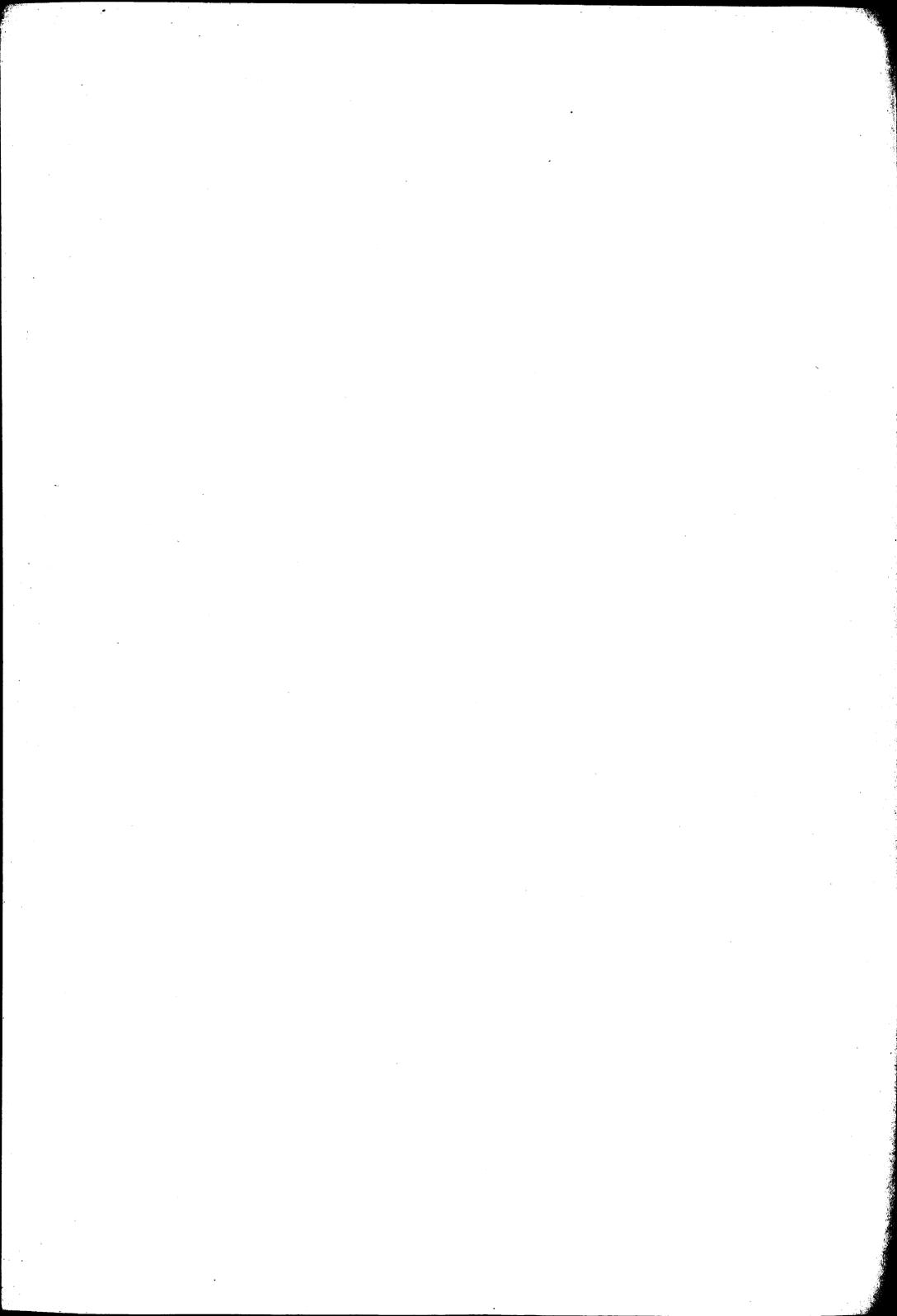
Appunti di chirurgia di guerra: gli osteo-articolari

*Da «Le Forze Sanitarie»
Anno IX, n. 23 del 15 dicembre 1940-XIX*





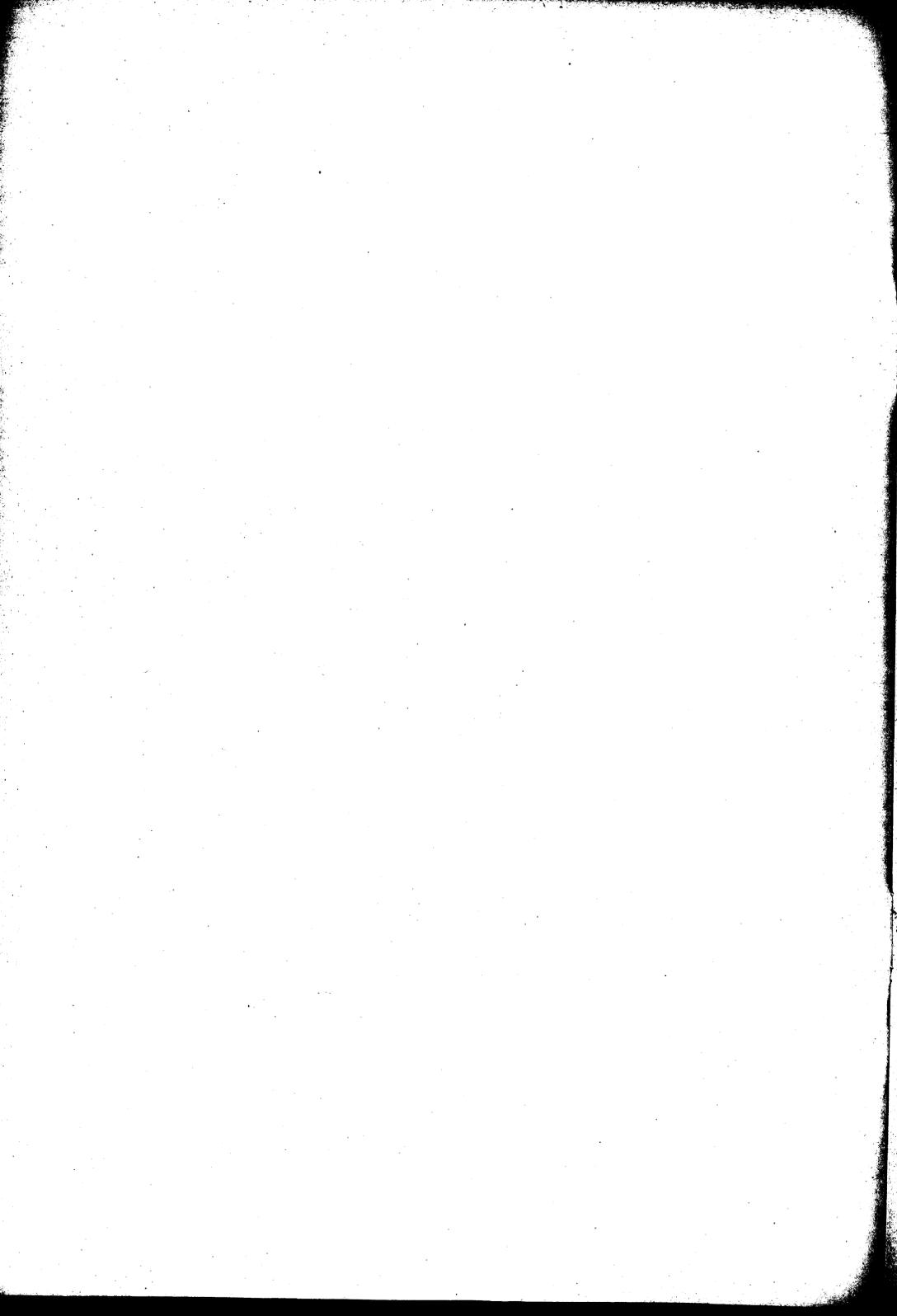




A. MEZZARI

Appunti di chirurgia di guerra: gli osteo-articolari

*Da «Le Forze Sanitarie»
Anno IX, n. 23 del 15 dicembre 1940-XIX*



La frattura esposta di guerra, ferita complicata per eccellenza, richiede fin dall'inizio del suo trattamento una doppia serie di rigorose provvidenze.

Le misure chirurgiche propriamente dette — imposte dal fatto di essere la lesione una porta aperta a tutti i pericoli delle infezioni —, le quali si propongono di raggiungere la profilassi o l'eventuale dominio di ogni aggressione batterica.

Le risorse ortopediche, le quali mirano alla riparazione possibilmente ideale della sconnessione scheletrica, con reintegrazione fisiologica di quel complesso di formazioni anatomiche, che soffrono della frattura o del lungo trattamento di questa: muscoli, fascie, tendini, nervi, articolazioni.

Compito quindi delicato, vasto, ed arduo quasi, se lo si considera alla stregua di un passato non tanto lontano, nel quale, nella tema di essere sopraffatti dall'infezione, si subordinava a questa, se addirittura non si perdeva del tutto di vista, ogni aspirazione che riguardasse la frattura.

Compito che trova nella pratica di guerra ostacoli duri, per l'insorgere insidioso di un'infezione, per la densità tutta particolare del guasto dei tessuti, per l'ambiente che mal si presta alle esigenze delle lesioni violente dello scheletro, le quali domandano un complesso di manualità in corsia attrezzata e, per guarire, di molto tempo.

Putroppo la quasi totalità delle offese osteo-articolari di guerra riconosce una causa esogena, consistente in corpi estranei che penetrano dalla cute all'osso, lacerando, contundendo, talvolta maciullando i tessuti e perciò trascinando e portando in profondità schegge metalliche, brandelli di indumenti, sassi, terriccio, in una parola materiale contaminato.

Il soldato, che durante il combattimento non ha tempo di curare l'igiene personale, che nelle trincee è costretto a vivere nelle trincee, talvolta immerso nel fango, non lontano da rifiuti organici e persino da ca-

daveri in decomposizione, coltiva sui suoi tegumenti un ricco saprofitismo pronto a penetrare nella scia del proiettile lesivo.

L'evoluzione delle ferite di guerra in genere è decisamente influenzata dalle singolari condizioni di questo stato di cose.

Aggiungasi a tutto ciò il danno della violenza lacerante e contusiva del proiettile che sconvolge la crasi tissurale, abbassando improvvisamente l'immunità locale dei tessuti.

Ne consegue che il decorso della lesione può facilmente complicarsi in un quadro di infezione acuta, preoccupante per il futuro della frattura, quando non lo è addirittura per la vita del paziente stesso.

Talvolta, invece, è il protrarsi nel tempo di una situazione infettiva e suppurante, che riduce o frustra le possibilità, esistenti in partenza, di un buon ritorno funzionale del complesso di movimento interessato.

In altri casi il pericolo setticemico è stato ben superato, ma la frattura non ha potuto ancora essere ricomposta, la sua fissazione, concentrata in altri problemi più pressanti, ha peccato di esattezza e di continuità.

Non sarà allora una sorpresa raccogliere come frutto quei tremendi calli esuberanti, gemmazione diretta dei monconi accavallati, che oltre a recare offesa all'ortomorfismo, all'estetica della linea degli arti, generano lunghi strascichi di ordine anatomico e funzionale. Frenano con aderenze la libertà dei ventri muscolari, fanno di un tendine un tutto unico con la sua guaina, danno atrofie, edemi, rigidità nelle giunture prossime.

Nei casi più sfortunati la guarigione avviene addirittura con una pseudo-artrosi, che toglie all'arto ogni capacità di sostegno.

In altri ancora l'infezione si propaga al midollo e spesso — superata la fase acuta — sfocia in un'osteomielite cronica che procede a lento focolo con accessi, ri-

stagni e sequestri, devastando con interminabili suppurazioni il trofismo dell'arto, rattrapendo fascie e muscoli, minacciando o invadendo giunture, così da generare deformità nella catena segmentale interessata.

Questo, a grandissime linee, il quadro della frattura di guerra, quadro di una lesione che fin dal suo ingresso parte già con molte incognite ed altre talvolta ne acquisisce per strada...

La ferita dello scheletro è poi di non facile dominio per la sua profondità e l'osso, se non è il più nobile di tutti i tessuti, è quello che impiega più tempo a ripararsi.

Tale situazione di svantaggio va affrontata con una precisa messa a punto dei servizi della rete sanitaria mobilità.

Dobbiamo assolutamente contare su:

- a) istruzioni chiare e tassative;
- b) mezzi idonei con personale addestrato, cioè specializzato;
- c) collegamenti funzionanti.

DIRETTIVE. — Le direttive « chiare e tassative » sono affidate ai nostri valorosi direttori di sanità, i quali nel loro complesso lavoro non dimenticano certo tale lato del problema.

Ce lo confermano le istruzioni « Sul trattamento di particolari feriti ai posti di medicazione, alle unità sanitarie e sullo sgombero di essi », emanate dal generale medico CASELLA e pubblicate recentemente in questa rivista (1).

Esse sono ispirate a modernità di vedute e a profonda competenza nel problema chirurgico.

Basta che i nostri ufficiali medici le sappiano mettere in pratica.

PERSONALE. — Lo scoglio del personale non è più quello dell'altra guerra. Nel ventennio decorso le nostre Scuole hanno maturato degli ortopedici di provato valore.

A questi bisogna ricorrere, non a gente improvvisata.

COLLEGAMENTI. — Il problema dei collegamenti è legato alla fluttuabilità del fronte, ai danni stradali (bombe di aeroplani, tiri di artiglieria), congestione delle correnti di rifornimento e di scarico.

Ideale nella guerra di posizione, il collegamento di-

venta compito difficile nella guerra manovrata e in regioni poco servite da strade.

Il concetto dello sgombero in profondità mediante mezzi rapidi, motorizzati, oltre che migliorare gli apporti dell'azione sanitaria affiancata alle truppe operanti, risponde alla necessità logistica di allontanare tutto ciò che appesantisce ed ingombra il terreno di azione.

Il principio deve trovare quindi pieno favore e consenso e agevolazione anche negli alti comandi.

Con questo tripode funzionante potremo assicurare al motuleso di guerra una cura veramente razionale.

Diremo ora della parte squisitamente tecnica di detta cura.

Dal momento che l'attuale tendenza della Sanità militare è quella di smistare il ferito secondo il concetto delle competenze — nella specie, gli arti agli ortopedici — illustreremo i compiti di questa necessaria divisione del lavoro.

Prenderemo l'ostearticolare dal luogo di caduta — frase fatta per indicare l'ingresso della lesione sul campo di battaglia — e lo seguiremo guidandolo fino alla conclusione della cura.

LUOGO DI CADUTA. — E' difficile poter provvedere alla prima sistemazione del fratturato. Non sempre il porta-feriti può avere con sé gli apparecchi che ormai l'Esercito ha adottato a questo scopo: le staffe o doccie di Thomas. E se li ha, non sempre può applicarli.

Qui, dopo una sommaria fasciatura senza disinfezione, intesa a proteggere i tessuti scoperti e a opporsi allo spandimento emorragico, è giocoforza ricorrere ad immobilizzazioni di fortuna con i così detti apparecchi provvisori improvvisati.

Per i fratturati dell'arto superiore, quasi sempre ambulanti, il problema è più agevole. Il braccio infatti si può fissare con una fasciatura al tronco, l'avambraccio può essere altrettanto immobilizzato con un sostegno di legno (ramo d'albero, pezzo di bastone, di assicella) o con la stessa baionetta.

In mancanza di tutto ciò, il segmento braccio antibraccio può essere affidato ad una semplice mitella, costruita con un qualsiasi pezzo di tela tagliata o piegata a triangolo o col comune fazzoletto che i soldati hanno in dotazione.

Questi feriti, così sistemati, possono dirigersi da soli alla prima stazione sanitaria, organizzazione di punta

(1) DANTE CASELLA: *Norme sul trattamento di particolari feriti*, ecc. « Le Forze Sanitarie », n. 17, 15 settembre 1940-XVIII.

di tutto il servizio, il posto di medicazione di battaglia o di reggimento.

Per le lesioni dello scheletro dell'arto inferiore si aggiunge il problema del trasporto, per cui l'immobilizzazione provvisoria dovrà essere ancor più accurata.

A tale scopo potremo giovarci di bastoni, di assi di legno o dello stesso fucile. In mancanza di tutto ciò tornerà utile fasciare l'arto fratturato a quello sano.

POSTO DI MEDICAZIONE. — Deve innanzi tutto provvedere alla ferita.

Revisione quindi della fasciatura di fortuna, toletta assolutamente esterna della ferita, emostasi, iniezioni immunizzanti (antitetanica e anticancerosa).

Provveduto così alle necessità chirurgiche del primo soccorso, s'ha subito da por mano alle necessità ortopediche.

Il moderno concetto della riduzione precoce urta contro l'ambiente e le possibilità del posto di medicazione, per cui qui dovremo accontentarci di contenere e spedire senza ridurre.

Non preoccupiamoci se l'osso affiorante o sporgente di parecchio dalla ferita implora una manovra riduttiva, se il rumore di numerose schegge fa sorgere la voglia di asportarle, se l'imbrattamento domanda subito un'accurata toletta.

Nulla di tutto ciò.

L'arto deve essere immobilizzato nella doccia di Thomas o con quello che si ha a disposizione, senza esercitare alcun tentativo di riduzione.

Unica manovra concessa, la trazione nel senso dell'asse longitudinale, per mettere in opera i noti dispositivi di trazione annessi ai tutori provvisori.

La ferita va al massimo lavata esternamente e ricoperta di una quantità di ovatta proporzionale alla portata del gemizio sanguigno.

La maggior parte delle emorragie delle fratture esposte, che a prima vista possono preoccupare, viene dal midollo osseo o al massimo dal periostio. Per questo basta abbondante ovattatura e fasciatura compressiva, iniezioni di emostatici. Il laccio invece va riservato a concomitanti lesioni dei grossi vasi che danno getto impetuoso o fuoruscita torrenziale, depressioni rapide del polso.

Il riposo provvisorio dei monconi scomposti realizza già i seguenti benefici:

- a) toglie i dolori;
- b) facilita e garantisce il trasporto;

c) riduce la possibilità o l'intensità di un'aggressione batterica ai tessuti offesi;

d) attenua l'effetto della « scossa » traumatica.

A tale scopo esistono già in dotazione del battaglione gli arnesi adatti.

E precisamente l'apparecchio di Ferrier-Rouillois per l'arto superiore, le staffe di Thomas per l'arto inferiore.

In mancanza di tutto ciò una buona immobilizzazione potrà essere assicurata dalle ferule di Cramer che, costruite in ferro zincato, hanno grande pieghevolezza, adattabilità e leggerezza.

Se anche queste venissero a mancare, accontentarsi della prima sistemazione fatta con i sopradetti mezzi improvvisati o con quanto può essere a portata di mano.

SEZIONE DI SANITÀ. — E' il centro di raccolta e di smistamento di tutti i feriti, sia provenienti dai posti di medicazione, che direttamente dal campo di battaglia.

Controlla le medicazioni e provvede, con maggiore tranquillità, alla buona sistemazione negli apparecchi di immobilizzazione.

Di tali tutori metallici ad estensione la Sezione ha una buona dotazione: 210 apparecchi (42 Ferrier-Rouillois e 168 staffe di Thomas).

Nei casi di arti maciullati, nei quali si impone già *a priori* la necessità o l'opportunità di un trattamento demolitore, il ferito verrà trasportato d'urgenza al Nucleo chirurgico o all'Ospedale da campo per il provvedimento di competenza, quando non si preferisca eseguire l'intervento nella Sezione stessa.

Il chirurgo della Sezione sorveglia le condizioni del circolo, nei casi nei quali era stato applicato il laccio. Provvede ad applicarlo laddove è necessario.

Avrà cura che nessun osteo-articolare lasci la Sezione prima di essere stato diligentemente sistemato per il trasporto, per raggiungere con il mezzo più rapido l'ospedale specializzato di Armata.

Alla Sezione raccomandiamo uso parsimonioso del laccio, che in ogni caso deve essere solamente di materiale elastico.

La Sezione deve togliere ogni corda, cinghia od altro cingolo costrittivo che sia stato precedentemente messo alla radice dell'arto o, peggio ancora, nelle immediate vicinanze della lesione.

Se l'Unità venisse a trovarsi senza lacci, conviene inviare il paziente al Nucleo chirurgico per la legatura

del vaso. In secondo tempo il ferito potrà proseguire per l'Ospedale specializzato.

Quando quest'Unità arretrata non potrà essere raggiunta al massimo entro due ore, tutti i casi di emorragie da laccio devono essere avviati al Nucleo chirurgico per la legatura del vaso beante, così da poter far partire il ferito con sufficiente tranquillità.

Altro punto delicato: la tecnica di applicazione del laccio, alla quale bisogna addestrare il personale delle unità avanzate.

Ci sono dei medici che non l'hanno mai personalmente applicato e persino di quelli che non l'hanno mai visto applicare.

Così dicasi delle stecche di Thomas od apparecchi consimili.

E' d'uopo farli istruire dai colleghi più pratici, perchè dal mal uso di questi presidi possono sorgere danni irreparabili.

OSPEDALE SPECIALIZZATO. — In questa Unità ha inizio il vero trattamento della lesione, il quale dovrebbe essere concluso nello stesso ambiente e dalle stesse mani che lo hanno iniziato.

Se esiste « scossa » o quadro di anemia acuta, è naturale prima di tutto soccorrere tali complicazioni, lasciando anche in sospenso il trattamento della frattura.

Quando invece lo stato generale lo consente, occuparsi della lesione al primo giungere del ferito.

Innanzitutto tutto assumere un buon radiogramma del sospettato focolaio di frattura nelle due proiezioni ortogonali.

Un ospedale bene attrezzato ha i raggi in camera di operazione.

Questo ci permette di precisare la diagnosi, illuminandoci sulla scelta del trattamento.

Fissato un tanto bisogna occuparsi della medicazione provvisoria.

REVISIONE DELLA FERITA. — L'anestesia di scelta deve essere la generale. Se i tegumenti non sono imbrattati, usare per la cute lo iodio.

Altrimenti tornerà più utile un lavaggio esterno con getto di acqua sterile o di b'ande soluzioni disinfettanti.

Se esiste laccio, questo resterà in sito nella prima fase dell'intervento, poi andrà sistematicamente tolto per realizzare l'emostasi accurata e distinguere, prima di chiudere, tessuti non irrorati eventualmente non compresi nella escissione in bianco.

La ferita va recentata progredendo dalla cute al

focolaio di frattura e messa il più possibile a piatto, così da eliminare o superficializzare ogni tasca o recesso.

I corpi estranei vanno rimossi ed ogni zona dall'aspetto alterato o mortificato viene staccata in sano. Si raccomanda emostasi accuratissima.

Vanno aperte anche le ferite da solo proiettile camiciato di fucile o di mitragliatrice (transfosse). *Ogni sconnessione di elementi tendinei o nervosi va subito riparata mediante sutura.*

Se i tessuti profondi sono pure imbrattati, promuovere una detersione più che altro meccanica con b'ande soluzioni disinfettanti o con acqua sterile, ambedue tiepide.

Così dicasi per i monconi di frattura. Rispettare qui ogni lembo di peristio, sia aderente che scollato, non toccare il midollo, resecare solo in casi di assoluta necessità. Allontanare le scheggie extrafocali, deperiozzate, conservare le altre.

Ognuna di queste manualità va svolta con rapidità, precisione, misura, evitando ogni azione eccessiva o di maltrattamento.

Ogni genere di trauma non necessario addensa l'of-fesa nel complessò tissurale vivente, ne perturba l'intimo ricambio cellulare, così da rendere sempre meno resistenti i tessuti all'infezione e alla vita stessa.

Sin qui la profilassi anti-infettiva. Converrà ora occuparci del secondo problema altrettanto impellente: la frattura.

SISTEMAZIONE DELLO SCHELETRO OFFESO. — Se i monconi sono scoperti, usare manovre blande per farli rientrare. Se la riduzione avviene facilmente, cosa non del tutto rara nelle fratture di guerra, costruire su apposito letto un apparecchio gessato che comprenda le due articolazioni prossimiori.

Per quanto nella pratica di pace, in mani esperte, possa talvolta tornar utile la chiusura primitiva della breccia operativa mediante immediata sutura, su questa risorsa non potremo contare nella pratica di guerra. Le ragioni sono troppo ovvie.

E' bene rinchiudere in gesso, lasciando sistematicamente aperto. Le breccie molto vaste andranno ridotte con una sutura parziale e la ferita zaffata con soffici strati di garza imbevuta di olio gomenolato al 2-5%. come consiglia PAOLUCCI.

Se il discorso si mantiene senza inconvenienti, aspettare il consolidamento, come se si trattasse di una frattura chiusa.

In caso di intolleranza della medicazione permanente (modiche temperature, odore, anoressia, secrezione abbondante), aprire una finestra per dominare la situazione locale, medicando egualmente di rado.

Rendendosi invece necessaria una revisione per l'insorgenza di una vera e propria complicazione infettiva, togliere il gesso e collocare l'arto in trazione scheletrica (per l'arto inferiore andrà usato anche il doppio piano inclinato).

Questa sistemazione consentirà la più ampia libertà di azione chirurgica, salvaguardando il futuro destino biologico ed ortomorfo della frattura.

Superato l'episodio, ritornare al gesso con la tecnica sopradetta.

Se la riduzione non avviene facilmente, essa va affidata alla trazione scheletrica, già collaudata da anni di buona esperienza nella pratica di pace.

Questa risorsa deve essere il metodo di scelta di tutte le fratture di guerra di non agevole riduzione. E' questo un procedimento che ci permette di raggiungere, in modo dolce e graduale, ottime riduzioni, senza bisogno di esercitare manovre dirette sul focolaio di frattura, il che in tema di fratture esposte ha la sua importanza.

Sconsigliamo qualsiasi genere di osteosintesi. Se la frattura è di difficile contenibilità, basta conservare in opera la trazione scheletrica fino alla formazione del callo.

Altrimenti, raggiunta la riduzione, si passa alla gessatura, la quale può essere applicata mediante speciale dispositivo esistente nell'apparecchio a doppio piano inclinato, senza modificare i rapporti ricomposti dei monconi.

Per aver ragione di eventuali dislocazioni di lato,

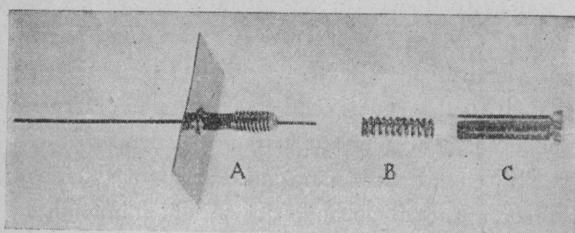


FIG. 1.

Pressore da noi usato: a) Dispositivo guida con placca di ancoraggio al gesso. b) Molla di pressione. c) Vite di pressione.

non influenzate dalla trazione lungo l'asse, sarà utile ricorrere alla pressione scheletrica diretta mediante i così detti pressori che, per esercitare la loro azione, vengono ancorati sull'apparecchio gessato.

Noi, ripetendo i concetti del dispositivo di Delitala, ce ne siamo costruiti un modello personale, il quale utilizza, per la spinta sullo scheletro, la stessa asticina

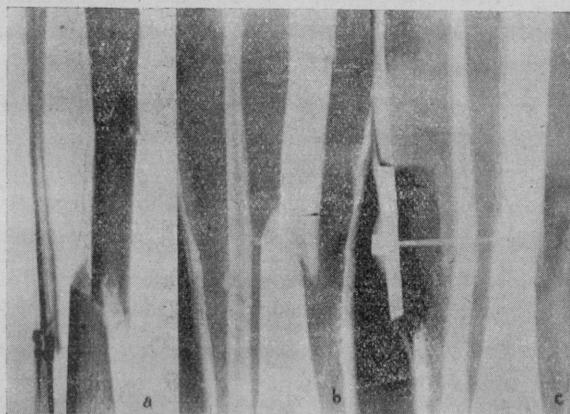


FIG. 2.

Frattura di gamba: a) Prima del trattamento. b) In apparecchio gessato. Riduzione insufficiente. c) Ottima riduzione conseguita col pressore.

usata come mezzo di ancoraggio alla trazione endossea (sezione millimetri 2) (v. figg. 1-2).

FRATTURE ARTICOLARI. — Il trattamento è stato magistralmente riassunto dalle seguenti parole di PUTTI:

« Raccomandiamo l'immobilizzazione 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 fisiopatologia articolare e non s'impara in pochi giorni come contenersi al confronto delle reazioni infiammatorie.

La trazione, particolarmente transcheletrica, applicata con giusta indicazione, è vantaggiosa, ma anche qui nulla di meglio dell'apparecchio gessato e delle medicazioni rare.

Non raccomandare 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 provvedimenti miracolistici da cui c'è più da temere che da sperare.

Precoci s'ha da essere in chirurgia di guerra, ma non nel cucire e mobilizzare, sebbene nell'aprire e immobilizzare ».

FRATTURE INFETTE. — Purtroppo nella pratica di guerra non sempre il ferito può giungere in tempo utile alla toletta antinfettiva. Se il tempo limite per

l'intervento profilattico è stato già superato (8-10 ore) e l'infezione non è ancora comparsa, dar egualmente corso alle manovre di pulizia e sorvegliare con maggior attenzione il decorso.

Se l'infezione è già conclamata, praticare ampie aperture e controaperture, drenaggi declivi, *usando ogni precauzione per assicurare al focolaio rigoroso e continuo riposo.*

Nell'evoluzione successiva evitare ogni ristagno.

Nelle infezioni gravi, a curva microbica ascendente, crediamo ancora di una certa utilità il lavaggio permanente alla Carrel.

Contenuta l'infezione, passare alle medicazioni sempre più distanziate, per sfociare da ultimo nel trattamento secondo **MAGATI**.

Non praticare suture secondarie. Anche quando si ha netta l'impressione che l'immunità tissurale si è dovunque ristabilita.

Se il midollo non sa resistere all'infezione il decorso si aggrava e si prolunga. Ed i germi (soprattutto gli aerobi) vi rimangono ospiti attivi o potenziali, molto tempo dopo la formazione del callo. Per molti mesi, talvolta per anni. Ed allora l'osteomielite s'invecchia, assumendo un decorso torpido, mal contenibile.

OSTEOMIELITI CRONICHE. — Converterà la seguente condotta: aprire gli ascessi e le cavità ossee, allontanare i sequestri, drenare con razionalità.

Se la medicazione rara dimostra di essere ben sopportata, lasciare la ferita aperta, riempiendola di soffici zaffi, imbevuti di sostanze oleose, e chiuderà il tutto in apparecchio gessato che sarà lasciato « in situ » sino a tolleranza.

METODO DI MAGATI. — Questi sistemi di rarefare le medicazioni sino a sopprimerle con la chiusura della ferita aperta in apparecchio gessato, messi già alla prova nella passata guerra, hanno confermato la loro bontà anche nella successiva pratica di pace, sicchè possiamo ormai ricorrere ad essi con vantaggio.

Portano varie denominazioni; Ollier, Ruggi, Magni, Ott e Loelt. **SOLIERI** li ha consigliati anche nel campo della tubercolosi osteo-articolare fistolizzata.

Ma invece sono frutto della mente di **CESARE MAGATI**, frate chirurgo (1).

Essi hanno avuto anche il collaudo della recente guerra di Spagna (**TRUEBA**, **SOULIÉ** e **LINARES**).

Si basano sul principio di lasciare ampiamente aperte

le ferite, rinnovando la medicazione solo in caso di bisogno e perciò il più di rado possibile.

Se le condizioni contingenti lo consentono, si dovrebbe arrivare alla guarigione dei due processi (ferita, frattura) senza toccare la primitiva sistemazione.

E' questo, ben più della sutura primitiva, il metodo raccomandabile per portare in porto, attraverso le acque insidiose e procellose del suo percorso, il delicato guscio della frattura esposta.

Il principio del « raro me tangas », per non tormentare il lavoro riparativo dei tessuti, trova la sua massima valorizzazione nelle fratture esposte, dove c'è bisogno della pace più assoluta perchè possa formarsi, oltre alla reintegrazione delle parti molli, il callo riparativo per lo scheletro.

Il molto materiale traumatologico passato in questi ultimi anni nelle nostre mani, ci ha convinti che buona parte degli insuccessi di saldatura, non sono l'effetto di una pregressa infezione dell'organismo, di uno stato linfatico o costituzionale più o meno calcioprivo, ma sono invece prodotti da insufficiente fissazione dei monconi, da mancanza di pace rigorosa e continua nel focolaio.

Il metodo di **MAGATI** mira più di ogni altro ad assicurare anche nella frattura esposta questa pace.

RICUPERO DELLA FUNZIONE. — La cura dell'osteo-articolare, modernamente intesa, come affermavamo in principio di questo scritto, non si propone soltanto la riparazione dello scheletro, la rimarginazione della ferita, ma punta al traguardo finale del ricupero della funzione.

Chi avrà proceduto sino a questo momento con tecnica adeguata, percorrerà più agevolmente l'ultima tappa del programma di cura.

Non nascondiamo che ogni manchevolezza nel trattamento viene in questo periodo al pettine, come i famosi nodi!

Attenti però, se si è condotta la cura finora correttamente, di non cadere sul terreno del ricupero.

Molti, e mi pare siano ancora la maggioranza, si preoccupano di abbandonare presto l'immobilizzazione perchè temono la rigidità a questa connessa.

Siamo d'accordo sull'assurdo di mantenere fissato l'arto oltre il necessario, ma siamo decisamente contrari al principio della fretta di abbandonare i mezzi fissativi.

Questo riguardo che riteniamo utile per le fratture diafisarie e metafisarie, è maggiormente sentito nelle fratture epifisarie, cioè a dire articolari.

(1) **PUTTI V.:** *Cesare Magati.* «Chirurgia degli organi di movimento», aprile 1940, fascicolo V-VI.

Nelle giunture non ben guarite, la sparcchiatura precoce provoca una difesa, attraverso l'arco riflesso sensitivo, che si manifesta con una contrattura.

Se ci si mette in testa di risolvere questa contrattura con della terapia di stimolo, aumenteremo lo stato irritativo, creando fra affezione e trattamento un circolo chiuso.

Insistendo, come ho visto talvolta, si finisce per rovinare il delicato congegno della giuntura, nella quale subentrano alterazioni permanenti: retrazioni capsulari e legamentose, proliferazioni connettivali.

E si ha così, per colpa del trattamento, una rigidità definitiva, irraggiungibile.

Attendere quindi, prima di iniziare la terapia fisica, il consolidamento della lesione scheletrica e con questo la scomparsa di ogni risentimento doloroso o reattivo.

La terapia fisica avrà per fondamento il trionomio: calore, massaggio, movimento.

E tutto ciò propinato a dosi blande, progressive, di allenamento.

Evitare quanto può portare irritazione od affaticamento.

Incoraggiare quindi e non esaurire le tendenze na-

turali di ripresa funzionale del complesso muscolo-articolare.

In queste piccole cose sta il segreto del successo della cura.

Quanto abbiamo sin qui sommariamente esposto ha più che altro valore di schema, di guida.

Noi specialisti siamo i primi a riconoscere che la varietà del terreno di battaglia, le contingenze imprevedute e spesso imprevedibili dell'azione, non sempre possono consentire di dar corso integrale al piano di trattamento dell'osteo-articolare, quale è ormai da anni in opera nelle nostre istituzioni ospedaliere civili.

Questa non è però una ragione sufficiente per rifiutare il programma quando si può agevolmente seguirlo.

Se interverranno invece cause di forza maggiore, si cercherà di superarle con la buona volontà e coi fatti.

Se lo sgombero in profondità non fosse possibile, non resta che « arrangiarsi ».

E quando si dovesse per necessità arrivare anche a questo, crediamo che le brevi norme esposte non sieno del tutto inutili anche per l'iniziativa singola, funzionante attraverso apprestamenti di fortuna.

~~340843~~

59700



