

Mix B72/50

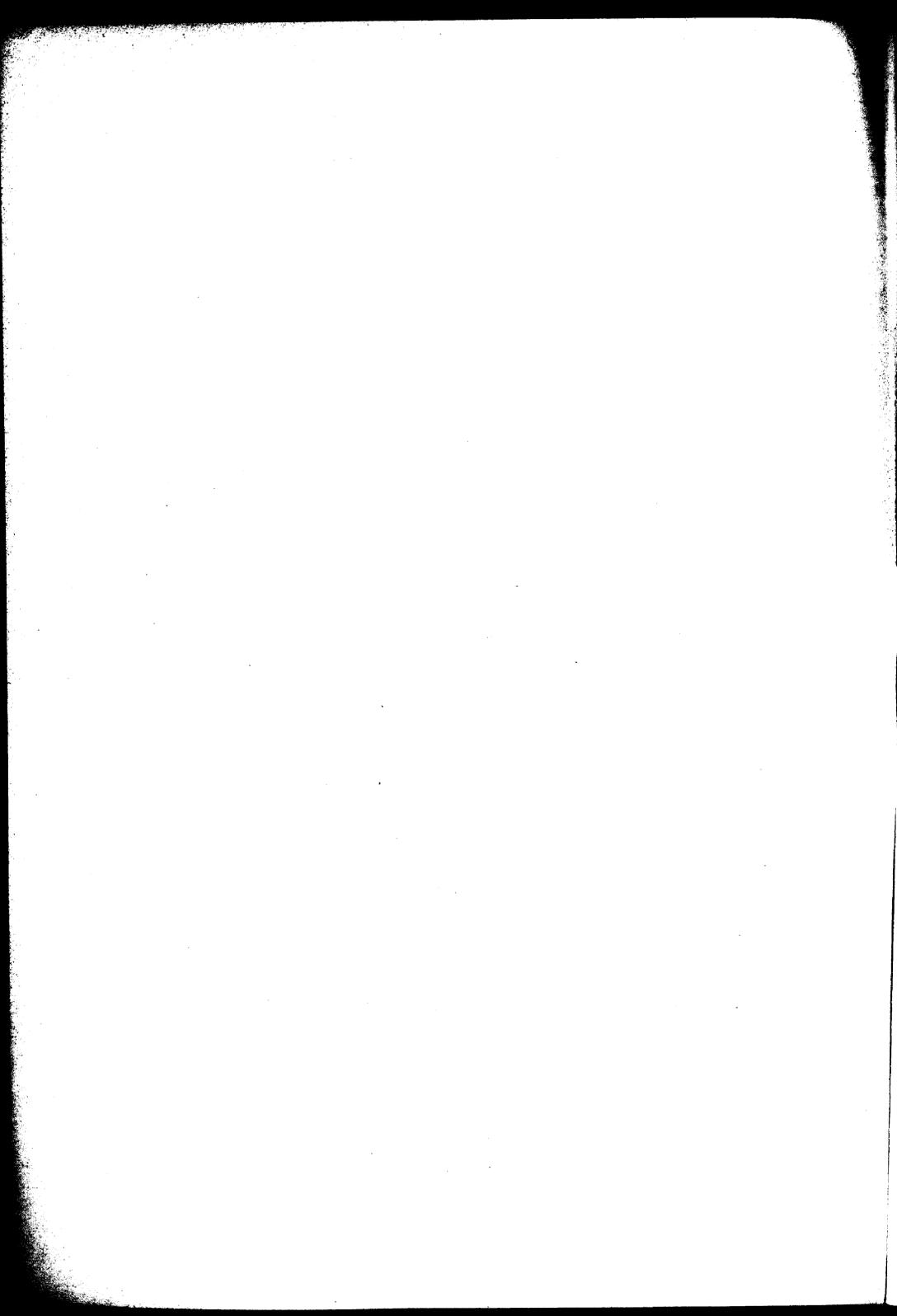
Dott. DUILIO BALESTRA

**Sulla organizzazione dei servizi sanitari in guerra in rapporto alla
assistenza stomatologica agli stomatolosi nelle varie unità sanitarie**

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA",



1941-XIX
NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA
VIA ADDA 129-A



CLINICA ODONTOIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

DIRETTORE: SEN. PROF. A. PERNA

SULLA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI IN GUERRA IN RAPPORTO ALLA ASSIST. STOMATOLOGICA AGLI STOMATOLESI NELLE VARIE UNITÀ SANITARIE

(Relazione alla riunione della A.N.C.F.S.O. in Roma il 4 Maggio 1941-XIX)

DOTT. DUILIO BALESTRA

Aiuto

Dopo quanto ebbi l'onore di esporre sugli interventi di urgenza negli stomatolesi sul campo di battaglia nella riunione del febbraio 1940 in Bologna, e dopo quanto autorevoli colleghi riferirono con perizia e profonda dottrina su argomenti svariati attinenti alle ferite maxillo-facciali, parrebbe che ben poco si dovesse aggiungere a quanto già detto senza correre il rischio di ripetersi. Mi limito quindi oggi a parlare della organizzazione dei servizi sanitari in guerra con speciale riferimento all'assistenza agli stomatolesi; e riprenderò inoltre in esame alcune poche questioni relative ai primi soccorsi sul campo di battaglia le quali nella precedente riunione furono oggetto di qualche vivace contrasto o non furono sufficientemente chiarite o furono appena sfiorate.

Soltanto la conoscenza della organizzazione dei servizi sanitari in guerra, sia pure nelle sue linee generali, può farci comprendere e valutare al giusto punto quale sia o quale dovrebbe essere l'assistenza sanitaria ai feriti della faccia e dei mascellari. Occorre cioè conoscere quale è l'attuale impalcatura e attrezzatura schematica dei vari servizi sanitari, quali le modalità del loro collegamento dalla linea del fuoco fino agli ospedali territoriali, quali le principali caratteristiche del loro funzionamento. Solamente così potremo valutare con esattezza il significato di determinate provvidenze sanitarie, nel modo, nel luogo e nel tempo della loro applicabilità, e potremo altresì renderci conto di certe apparenti manchevolezze che non sarebbero d'altra parte ammissibili e comprensibili con i criteri della ordinaria chirurgia del tempo di pace.

La passata guerra mondiale ci fu prodiga di importanti insegnamenti nel campo sanitario; essa fece giustizia sommaria di molte teorie e metodi che erano considerati quasi come dogmi, imponendo nuove concezioni e metodi nuovi organizzativi e tecnici. Non

c'è quindi da stupirsi se fummo allora sorpresi in una certa impreparazione di fronte all'arduo compito; è doveroso riconoscerlo anche se il fatto trova la sua giusta spiegazione e giustificazione nei mutati sistemi bellici e negli enormi progressi dell'armamento specialmente dell'artiglieria e dell'arma aerea. Del resto un fatto analogo si verificò anche presso quasi tutti gli altri belligeranti, non esclusa la Germania, che pure da lunghi anni aveva attuato una meticolosa preparazione. Ma gli avvenimenti che si andarono di mano in mano svolgendo nel corso delle operazioni servirono da potente ed utile stimolo per modificare i nostri servizi, crearne altri utili e necessari adeguando ogni provvidenza alle esigenze nuove. Questi stessi preziosi insegnamenti, poi, negli anni che seguirono al grande conflitto, furono valorizzati dalle Superiori Autorità Sanitarie responsabili per attuare un radicale riordinamento del Servizio Sanitario in Guerra.

Con ciò, peraltro, non si deve credere che tutto sia definitivamente e immutabilmente sistemato; anche nella guerra attuale molti sono stati gli imprevisti e gli imprevedibili che hanno turbato e talora sconvolto programmi e piani prestabiliti, imponendo di volta in volta nuovi adattamenti e utili trasformazioni. L'interessante è di non cristallizzarsi in metodi, formule e sistemi quando essi si sono dimostrati fallaci.

Il conflitto odierno molto più di quello del 1914-1918 ci ha dato la sensazione della guerra fulminea, la cosiddetta *guerra-lampo* o *Blitzkrieg*, basata essenzialmente sulla rapidità di movimento delle truppe motorizzate e sull'azione velocissima dell'arma aerea, in cui anche nel breve giro di pochi giorni abbiamo visto quasi prodigiosamente conquistate e rispettivamente perdute posizioni importanti e zone estese di territorio; in cui masse rilevanti di combattenti si spostano con celerità impressionante e raggiungono obbiet-

tivi lontani superando difficoltà inaudite. Si comprende facilmente che il servizio sanitario in tali condizioni si può presentare irto di difficoltà e non sempre scevro di pericoli, se esso deve, come effettivamente deve, adeguarsi a così complesse e complicate esigenze.

Una distinzione fondamentale e direi quasi naturale, dei servizi sanitari in tempo di guerra comprende da una parte tutti gli apparecchiamenti sanitari della *zona delle operazioni*, e dall'altra i servizi sanitari della *zona territoriale*, i quali rappresentano una continuazione e un complemento necessari dei primi. Abbiamo così un gruppo di servizi che comprende la raccolta dei feriti sul campo, il loro trasporto e le loro prime cure ai *posti di medicazione*, un primo sgombero di essi effettuato dalle *Sezioni di Sanità* sugli ospedali da campo avanzati, eventualmente affiancati da *nuclci chirurgici* che ne integrano e completano l'opera chirurgica; oppure su ospedali da campo delle retrovie o della zona delle tappe. Da qui ha inizio un *secondo sgombero* che si effettua di regola a mezzo di treni sanitari per il trasporto e la distribuzione dei feriti agli ospedali territoriali, e a tutti gli stabilimenti sanitari ausiliari per quei feriti che hanno bisogno di lunghe cure o della cura di postumi e di esiti di lesioni, che nel caso degli stomatolesi si riassumono in operazioni di ortopedia e di plastica per riparare a gravi deficienze funzionali ed estetiche.

Lasciando da parte gli ospedali territoriali, il cui funzionamento non differisce sostanzialmente da quello del tempo di pace, illustrerò brevemente alcuni punti nodali della importante organizzazione dei servizi in zona di operazioni.

Non dobbiamo dimenticare innanzitutto che un'alta finalità umana domina tutto il servizio sanitario chirurgico in guerra, quella cioè di sottrarre alla morte il più gran numero di feriti. Da questo principio assiomatico scaturiscono come corollari importanti:

- 1) Il trasporto più celere possibile dei feriti dal posto dove essi caddero fino al posto di cura definitiva.
- 2) La necessità di ospedalizzare sul posto, cioè a dire nelle unità avanzate di prima linea, i feriti intrasportabili.
- 3) La specializzazione di alcuni tra i più importanti servizi chirurgici, unico mezzo per assicurare una cura efficace e rapida per opera di specialisti della materia in determinate branche della chirurgia.
- 4) La necessità non meno imprescindibile di subordinare e temperare gli sgom-

beri dei feriti a determinate esigenze bellistiche, le quali impongono talora di ritardare anche di più giorni gli sgomberi, dovendo esse, come è intuitivo, aver la prevalenza su ogni altra considerazione.

Lo sgombero sollecito dei feriti in guerra è indubbiamente questione di altissimo interesse; nel caso particolare poi degli stomatolesi, che presentano abitualmente fratture comminute esposte con uno o più focolai di frattura, comunicanti col cavo orale od anche con le cavità nasali, e da considerare perciò come ferite infette, è una condizione essenziale del successo della cura. La celebrità dello sgombero sugli ospedali specializzati per determinate categorie di feriti è da alcuni considerata in senso così assoluto che vorrebbero persino fossero soppressi i posti più avanzati di soccorso, trasportando i feriti direttamente al centro traumatologico designato. Evidentemente questa concezione è un po' troppo ideale, e non credo che, per il momento almeno, potrà essere realizzata. La questione infatti del trasporto celere dei feriti è spesso subordinata a circostanze svariate ed importanti, e va esaminata in ogni caso con criteri pratici e realistici.

Le operazioni di raccolta sul campo e di trasporto dei feriti ai posti di medicazione possono procedere oggidi con assai maggiore speditezza e garanzia, perchè è stato notevolmente accresciuto il numero dei portaf feriti reggimentali e quello delle barelle. E' assicurato quindi un trasporto più sollecito e più regolare nella grande generalità dei casi. Ma non raramente la raccolta stessa del ferito può presentare difficoltà gravi ed anche serio pericolo; di più il trasporto specialmente in montagna per sentieri spesso impervi e scabrosi, nella stagione fredda con neve e gelo può essere enormemente ostacolato o ritardato. E' noto che per il trasporto in montagna furono ideati e creati i più svariati tipi di barelle, e non soltanto nel nostro esercito; e il genio inventivo si sbizzarrisce tuttora alla soluzione di questo problema. Spesso si ricorre anche al *metodo alpiano* che consiste nel trasporto del ferito avvolto in una coperta i cui pizzi sono legati a funicelle o cinghie che servono a sospenderla ad un bastone caricato sulle spalle dei portaf feriti; ma questo mezzo non è il più adatto per gli stomatolesi. Difficoltà gravi in montagna possono incontrarsi anche per il trasporto dal posto di medicazione alla Sezione di Sanità o al *posto di radunata*; e non raramente bisogna ricorrere al cosiddetto *metodo a catena* detto anche *metodo con posti di corrispondenza*, in cui il lavoro è disimpegnato da

portafertiti scagliati a distanza di 150-200 metri; e ciò richiede generalmente grande fatica e sacrificio.

Ho voluto ricordare questi particolari per mettere in rilievo che la tanto e giustamente desiderata celerità può frequentemente subire intralci e ritardi per cause svariate, indipendentemente dalla buona volontà e non attribuibili a difetti di organizzazione, la quale, ogni volta che possibile, sa approfittare di circostanze e mezzi favorevoli. Così nella passata guerra in montagna furono spesso utilizzate le *teleferiche*, mezzo ottimo per gli stomatolosi, che realizza ad un tempo la rapidità del trasporto e le migliori condizioni di sicurezza e di comodità per il ferito, il quale bene adagiato su una barella entro un comodo carrello può giungere tranquillamente senza scosse alla stazione di arrivo, dove è organizzato anche un servizio di ristoro e di pronto soccorso.

Ma un mezzo veramente ideale di rapido sgombero potrebbero essere gli *aeroplani sanitari*, di cui fu fatto cenno anche nella precedente riunione. Purtroppo però questa questione è complessa e non è stata ancora risolta. Fino da quando nel 1912 il segno della Croce Rossa comparve per la prima volta sulle ali di un aeroplano sanitario alle grandi manovre dell'esercito francese, si iniziarono e si susseguirono ininterrottamente gli esperimenti e gli studi per la realizzazione di una aviazione sanitaria; non tardarono i successi ad affermarsi soprattutto nelle colonie francesi della Siria, della Cilicia e del Marocco in zone desertiche e senza strade, dove il trasporto dei feriti era soggetto ai più gravi disagi e ad esasperanti ritardi. Anche l'Italia fece degli esperimenti molto ben riusciti in Libia, dove nel breve giro di un'ora furono trasportati circa 70 feriti a mezzo di apparecchi *Caproni*. Il problema fu ben presto affrontato e felicemente risolto in quasi tutti i paesi civili del mondo per la organizzazione dei trasporti a distanza di malati e feriti nella pratica civile, come pure in occasione di calamità pubbliche. Nessun mezzo infatti poteva realizzare un trasporto così veloce, riposante, senza scosse e al tempo stesso anche sicuro. Ma mentre per i servizi civili la cosa era abbastanza semplice ad essere attuata trattandosi per lo più del trasporto di una o due persone, la questione si presentava assai più complessa per i servizi bellici per i quali occorrono apparecchi di grande rendimento, capaci di trasportare un notevole numero di pazienti, dotati di grande stabilità e di facilità di manovra, capaci di atterrare anche in un terreno di fortuna, con adatti dispositivi per un atterramento dol-

ce e per trasformarsi, al caso, anche in idroplano. Un'altra questione importante era inoltre quella del personale — medici, infermieri e piloti — che devono possedere requisiti speciali, e ricevere una speciale istruzione. Tuttavia mercè studi ininterrotti e prove ripetute ogni difficoltà fu gradatamente superata, compresa la eventualità di fare senza inconvenienti atterramenti forzati, sorvolare alte montagne, di proteggersi efficacemente dagli elementi avversi.

Il problema quindi, studiato in tutti i più minuti dettagli, poteva essere avviato ad una felice soluzione con l'allestimento di vere *flotte aeree sanitarie di guerra* perfettamente organizzate e attrezzate per il trasporto di un numero notevole di feriti dalle prime linee ai grandi centri ospedalieri delle retrovie; e nulla avrebbe più potuto ostacolare la realizzazione di una così importante organizzazione sanitaria in guerra se non fosse sorta fin dal principio una difficoltà non facilmente sormontabile; era cioè necessario conseguire la *neutralizzazione degli aeroplani sanitari* in guerra in conformità dei principi della Convenzione Sanitaria di Ginevra del 1906. La C. R. Internazionale studiò a fondo la questione basandosi anche su conclusioni di carattere giuridico; ma non era in verità facile garantire che il personale dei velivoli sanitari non si sarebbe servito di tale mezzo per scoprire durante i voli le posizioni e i movimenti del nemico; esso avrebbe in altre parole la possibilità di fare in qualsiasi momento ricognizioni di carattere militare sotto la guarentigia della Convenzione di Ginevra. Questa grave difficoltà mi sembra che non sia stata ancora felicemente risolta; e pertanto la questione dell'aviazione sanitaria, quale organizzazione di guerra vera e propria, resta tuttora insoluta.

Ma, indipendentemente da questi mezzi che possiamo chiamare di eccezione, la celerità dei trasporti dei feriti può essere realizzata in via normale dalla Sezione di Sanità, importantissima formazione sanitaria, il cui compito sostanziale e fondamentale, se non esclusivo, è precisamente quello degli sgomberi. E per tale scopo essa ha a propria disposizione un completo reparto di portafertiti, numerose autoambulanze regolarmente attrezzate, ed eventualmente anche autocarri adattati per i feriti meno gravi. Ciò non esclude che la Sezione di Sanità possa funzionare anche come organo di smistamento quando non funzioni una vera e propria *Stazione di Smistamento*, e possa attuare nel campo terapeutico alcuni soccorsi di urgenza come quelli che si praticano normalmente ai posti di medicazione, quali l'emostasi, la tracheo-

tomia, la cura dello shock, della commozione cerebrale, dell'anemia secondaria o il rinnovamento di qualche medicazione o apparecchio. Una cosa invece la Sezione non potrà mai fare, quella cioè di assumersi la cura vera e propria dei feriti non avendo nè sufficienti mezzi di ospedalizzazione nè possibilità adeguate. Quale sarà dunque o dovrà essere il destino degli stomatologi affidati alla Sezione? La risposta è una sola: il *ricovero più sollecito possibile in ospedali specializzati*.

Il problema della specializzazione dei servizi chirurgici si presentò imperioso e fu felicemente risolto per la prima volta nella passata guerra, ed oggi non si discute più, facendo esso parte intima e sostanziale dell'organizzazione del servizio sanitario militare. Anche per le lesioni della faccia e dei mascellari la specializzazione si affermò fino da allora trionfalmente con la istituzione di ben quattro centri stomatologici di Armata, e di altri in zona territoriale, e i nomi di Perna, Arlotta, Fasoli, Avanzi, Berretta, Cavina che di quei servizi furono appassionati animatori e instancabili artefici sono indissolubilmente legati a questo periodo glorioso della Stomatologia Italiana. La via tracciata da questi Maestri è ancora oggi aperta a nuove attività e a feconde iniziative in questo campo, anche se nella attuale guerra per ragioni inerenti alle specialissime condizioni in cui il conflitto si svolge e alla molteplicità dei fronti quasi tutti oltremare, non sono stati istituiti veri e propri centri per stomatologi. La creazione di ospedali specializzati di stomatologia fu una necessità assoluta reclamata da considerazioni di carattere in parte organizzativo ed in parte tecnico: ferite-fratture quasi sempre comminute ed esposte comunicanti con l'esterno e con la bocca e il naso, da considerare di regola infette; necessità di ridurre sollecitamente i frammenti in posizione corretta e di immobilizzarli rispettando rigorosamente i rapporti di combaciamento delle arcate; necessità frequente di riparare alle perdite di sostanza ossea con apparecchi di protesi provvisoria o definitiva. Tutte queste provvidenze non potevano evidentemente essere attuate se non con mezzi e metodi stomatologici, ed attuate perciò da chirurghi stomatologi o da chirurghi con la collaborazione di dentisti; mentre i metodi strettamente chirurgici, come la osteosintesi, si erano dimostrati assai fallaci o addirittura dannosi, ed oggi sono pressochè completamente abbandonati. E' ben vero che la chirurgia di guerra è una materia mutevole e direi quasi proteiforme in

quanto deve rapidamente adattarsi ai mutamenti bellici più vari e radicali; ma vi sono dei principi fondamentali che non possono subire mutamenti, qualunque sieno gli eventi e le modificazioni avvenute. La traumatologia facciale e particolarmente le ferite-fratture dei mascellari devono essere considerate come una distinta specialità della traumatologia di guerra in quanto richiedono conoscenze, manualità e mezzi specifici, ed inoltre lungo addestramento e provata perizia; esse quindi devono esser curate esclusivamente ed integralmente negli ospedali specializzati all'uopo designati. Da ciò consegue il corollario che nelle formazioni sanitarie più avanzate, posti di medicazione cioè e Sezioni di Sanità, nessun intervento può essere ammesso che non sia strettamente d'urgenza o di pronto soccorso. Di quale natura siano questi interventi urgenti fu già precisato nella precedente riunione e potrei dispensarmi dal ritornare sull'argomento. Mi sembra opportuno tuttavia di riprendere in esame tre punti importanti, in parte controversi o non bene precisati, e cioè:

1) La questione della riduzione e della contenzione delle fratture dei mascellari al posto di medicazione.

2) Se nelle formazioni sanitarie avanzate, posti di medicazione e Sezioni di Sanità, si può eseguire la tracheotomia, o se si deve preferir ad essa la intubazione.

3) Se nelle stesse formazioni avanzate può essere attuata la trasfusione sanguigna.

Per la prima questione ricordo che un autorevole collega sostenne che anche al posto di medicazione è possibile e consigliabile, sia pure in linea provvisoria, di attuare una buona riduzione e una buona contenzione dei mascellari fratturati a mezzo di legature con fili di seta o di bronzo; operazione che egli stesso aveva potuto eseguire felicemente sul campo di battaglia in una diecina di minuti. Recentemente poi riconfermando tale possibilità ha affermato anche che l'intervento in discorso è alla portata di qualunque medico pratico. Ciò mi induce, a sostegno del mio punto di vista, a precisare meglio fatti e circostanze.

Evidentemente nè un po' di filo di bronzo adatto per legature, nè qualche pinza da ortodontia mancanti nelle dotazioni dei cofani di sanità reggimentali potrebbero rappresentare una difficoltà pratica qualsiasi; sarebbe cioè molto facile provvedere a tale deficienza trattandosi di materiale non ingombrante. Ma le difficoltà sono di ben altra natura e possono riassumersi schematicamente così:

1) Entità e condizioni speciali del lavoro che gli ufficiali medici devono compiere al posto di medicazione.

2) Mancanza pressochè assoluta nella stragrande maggioranza dei giovanissimi ufficiali medici reggimentali della perizia necessaria ad eseguire un intervento stomatologico, che per le condizioni speciali anatomopatologiche della regione traumatizzata può presentare difficoltà anche gravi.

3) Inutilità dell'intervento che può riuscire eventualmente anche dannoso sia perchè richiede manipolazioni non indifferenti e prolungate in seno alla lesione, controindicate al posto di medicazione, sia per il suo carattere di provvisorietà, dovendo servire unicamente ad assicurare il trasporto fino agli ospedali specializzati. Tale scopo infatti si può raggiungere ugualmente bene anche con l'applicazione di una medicazione e di una fasciatura razionali, abbondante senza essere ingombrante, protettiva e contenitiva al tempo stesso, asettica, integrata, se necessario, da liste di cerotto convenientemente applicate per tenere a posto lembi di parti molli distaccati o accartocciati.

Chiunque abbia avuto una volta il grande privilegio di prestare l'opera propria in primissima linea, deve sapere, per provata esperienza, che il lavoro degli ufficiali medici al posto di medicazione reggimentale nei momenti di intensa attività bellica è quanto mai oneroso e tumultuario, e si svolge in circostanze spesso drammatiche e preoccupanti. Il numero degli ufficiali medici, costituiti talvolta da semplici aspiranti, non sempre può raggiungere quello prescritto; mentre ad un solo posto di medicazione possono in una sola giornata affluire anche più di duecento feriti di ogni specie, leggeri, gravi o gravissimi, cranici, addominali, stomatolosi, osteoarticolari, ed ognuno di essi ha bisogno di una urgente sistemazione. Come sarebbe possibile in queste condizioni, dato pure che lo speciale intervento fosse appropriato e che il personale medico avesse la capacità di eseguirlo, come sarebbe possibile, dico, attuare felicemente e in breve tempo una operazione così delicata e indagosa in fratture abitualmente comminute e con focolai spesso multipli? La risposta mi sembra ovvia. Ci dobbiamo dunque persuadere che al posto di medicazione l'assistenza agli stomatolosi deve essere limitata unicamente agli indispensabili interventi di urgenza e alla applicazione di una adatta medicatura, mentre deve essere tassativamente evitato qualsiasi intervento chirurgico e stomatologico vero e proprio.

La seconda questione che desidero chiarire è quella della *tracheotomia* o *tracheostomia* nelle formazioni di soccorso avanzate, posti di medicazione cioè e Sezioni di Sanità. È generalmente noto in quali circostanze in guerra questa operazione potrebbe essere indicata: dispnea grave o asfissia per sangue emorragico o corpi estranei penetrati nel tubo laringo-tracheale, o per compressione del laringe o per edema della glottide; non già per caduta della lingua all'indietro, cui si può rimediare con una semplice trazione e fissazione. In queste circostanze, dunque, si può o si deve fare la tracheotomia, oppure è preferibile sostituire ad essa la *intubazione* come un eminente collega proporrebbe di fare? Qui non si tratta evidentemente di risolvere la questione con ragioni scientifiche, ma con criteri pratici e di carattere organizzativo. Ricordai già come qualche chirurgo militare e il Bergmann in particolare si dichiarò contrario alla tracheotomia al posto di medicazione, riservandola soltanto alla Sezione di Sanità; ma io soggiunsi che quando è in pericolo la vita sarebbe grave errore e colpa non operare; d'altra parte la tracheotomia fu più volte fatta al posto di medicazione con esito felice. L'operazione è semplice, ed ogni medico, anche se giovane laureato, deve essere in grado di eseguirla; i mezzi occorrenti esistono al completo al posto di medicazione; un bisturi, una pinza di Laborde, un uncino cricoideo, una cannula sono gli elementi essenziali: se vi è asfissia minacciate si può fare a meno anche dell'anestesia locale novocainica. La tracheotomia rapida in due tempi senza preoccuparsi dell'emostasi, oppure il metodo lento a cielo aperto con la dissezione dei vari piani e l'emostasi possono indifferentemente attuarsi a seconda della preferenza dell'uno o dell'altro metodo. Inconvenienti seri non sono da temere, e la assistenza post-operatoria non è grave. Non mi rendo conto pertanto perchè questo intervento di possibile e non difficile attuazione nelle prime linee dovrebbe essere ripudiato per cedere il posto alla intubazione. *Ma è poi quest'ultima realmente attuabile e da preferirsi in prima linea?* A me sembra che la pratica della intubazione sia più difficile e complicata, e che richieda un lungo esercizio per poterla attuare con sicurezza. Lo strumentario è abbastanza complesso e voluminoso e non potrebbe essere facilmente alloggiato nei cofani di sanità reggimentali già stipati del materiale indispensabile; tubi e mandrini, introduttore o intubatore, estrattore o estubatore costituiscono un insieme che male si armonizza col servizio al posto di medicazione, dove tutto deve essere ridotto alla più

semplice espressione. Ma a prescindere da ciò, ognuno dovrà convenire che l'operazione per se stessa è delicata e richiede molta perizia; i punti di reperi nell'adulto, soprattutto nel caso di fratture dei mascellari, possono presentare serie difficoltà ad essere precisati; lo spasmo eventuale della glottide, l'edema o la compressione del laringe possono creare un serio ostacolo alla intubazione; di più l'assistenza post-operativa e la sorveglianza devono essere quanto mai rigorose e continue; il tubo può essere espulso con un colpo di tosse ed è necessario che sia presente il medico competente per rimetterlo a posto. Credo poi di non sbagliare affermando che la grande maggioranza dei medici non hanno pratica della intubazione, e tra essi persino anche molti laringologi. Certo questa pratica meriterebbe di essere più largamente conosciuta; ma, allo stato dei fatti, a me sembra che le formazioni sanitarie di prima linea, posto di medicazioni e Sezione di Sanità, sono le meno indicate per la intubazione, anche se questa rappresenta, come è di fatto, un mezzo di cura importantissimo e un'arma assai valida per scongiurare l'asfissia da causa meccanica. Ad essa spetta invece di diritto un posto negli ospedali, e tutti gli ospedali da campo possono avere a disposizione lo stromentario relativo.

Un ultimo argomento che merita di essere brevemente chiarito è quello relativo alla *trasfusione sanguigna*. Mi fu chiesto nella passata riunione da vari colleghi se nei posti di pronto soccorso avanzati è possibile servirsi di tale mezzo per la cura dell'anemia acuta post-emorragica.

Che la trasfusione sanguigna sia un mezzo di altissimo valore terapeutico è oggidì universalmente riconosciuto, e già nella passata guerra il Prof. BASTIANELLI aveva messo in rilievo il grande vantaggio della trasfusione con sangue citratato. Oggi tutti gli eserciti, il nostro compreso, si servono largamente di questo prezioso sussidio terapeutico; nell'esercito tedesco ogni soldato porta sul piastrino di riconoscimento la indicazione del gruppo sanguigno, e nel nostro Esercito viene fatto e regolarmente registrato l'accertamento dei gruppi sanguigni in tutti i militari delle compagnie di Sanità. I particolari tecnici sono ben conosciuti; ricordo soltanto che attualmente il metodo diretto è pressoché abbandonato e si dà la preferenza al metodo indiretto con sangue conservato, iniettandolo o subito dopo la raccolta o con intervallo di tempo, che può giungere fino a tre o quattro settimane. La sostanza anticoagulante più usata è il citrato di sodio tribasico purissimo nella proporzione

del 3,8-4%; ma presentemente, soprattutto in Italia, si tende a sostituirlo vantaggiosamente col *Novotrans* del Prof. CORELLI, che non è altro che iposolfito di sodio purissimo in soluzione al 5, 6, fino al 7,50%; esso avrebbe il notevole vantaggio di essere anche antitossico, antiallergico e desensibilizzante; sarebbe inoltre molto bene tollerato ed esplicherebbe un'ottima azione biologica.

Ora non c'è dubbio che l'accertamento dei gruppi sanguigni e la tecnica della trasfusione con sangue conservato sono operazioni semplici e alla portata di tutti; ma richiedono al tempo stesso particolari e adatte condizioni ambientali sia per il paziente che per il medico, condizioni le quali non possono essere realizzate in pieno se non in un ambiente ospedaliero.

Per queste ragioni penso che la trasfusione non può essere applicata al posto di medicazione e forse neppure alla Sezione di Sanità, la cui attività dinamica e abitualmente assai movimentata male si concilierebbe con la necessità di un ambiente tranquillo e riposante. Tuttavia tanto negli ospedali da campo che nelle Sezioni di Sanità esistono i mezzi tecnici occorrenti per la ricerca dei gruppi sanguigni e per la trasfusione, compresa la siringa Jubé, che è forse fra tutte la più pratica e semplice. Al posto di medicazione si potrà invece ricorrere vantaggiosamente alla trasfusione con siero fisiologico.

Ritornando ora all'argomento del rapido sgombero degli stomatolisi sui luoghi di cura specializzati, sorge la domanda a quale distanza dalle prime linee questi devono essere dislocati. Non è possibile precisare delle cifre che possono variare anche entro limiti estesi; ma in generale la distanza deve essere abbastanza grande corrispondendo abitualmente alla zona delle tappe. I locali inoltre devono essere sufficientemente ampi e bene attrezzati per la specialità, acciocché i pazienti possano esservi ricoverati in numero notevole e per tutto il periodo di tempo necessario alla guarigione chirurgica della lesione; dopo di che essi devono essere trasferiti in territorio per le ulteriori cure dei postumi e degli esiti.

Ma una questione importante è quella del primo ricovero dei feriti più gravi non trasportabili a grande distanza senza inconvenienti o pericoli. Essi devono di necessità essere ricoverati in ospedali da campo avanzati o avanzatissimi i quali possono eventualmente avere anche la collaborazione di un *Nucleo Chirurgico*. Questa importante formazione sanitaria di campagna può considerarsi come una sopravvivenza delle ambulanze distaccabili dalle antiche *ambulanze*

chirurgiche di Armata; è facilmente dislocabile perchè fornita di mezzi propri di trasporto e possiede inoltre larghi mezzi tecnici e radiologici atti a fronteggiare ogni bisogno; non dispone però di mezzi per il ricovero dei feriti, ragione per cui deve appoggiarsi ad un ospedale da campo. Tutto ciò peraltro per la cura degli stomatolosi non potrebbe essere sufficiente, occorrendo anche la collaborazione di medici dentisti e di odontotecnici e di più la disponibilità dei mezzi tecnici della specialità. Ma sia all'una che all'altra deficienza si può completamente e rapidamente provvedere dislocando il personale adatto e il materiale tecnico necessario che trovasi riunito al completo in speciali *corredi di Stomatologia*, presso i M. A. di m. s. Nessuna difficoltà pratica dunque esiste per il ricovero e la cura degli stomatolosi siano essi trasportabili a distanza, oppure da ospedalizzare nelle immediate vicinanze perchè intrasportabili. S'intende, naturalmente, che questi ultimi dovranno essere trasferiti negli ospedali della specialità più arretrati non appena il trasloco sia consentito dalle loro condizioni generali. Ma in ogni caso è in questi luoghi di cura specializzati e *soltanto in essi* che gli stomatolosi possono, anzi devono, ricevere le cure appropriate e segnatamente quelle da attuare con metodi e mezzi stomatologici, che nella passata guerra dettero i risultati più brillanti. Non posso indugiarmi nell'esame di questi mezzi e metodi; ricordo tra essi il più importante quello che si è affermato come il più razionale e pratico, segnatamente nelle fratture comminute della mandibola, il *blocco dei mascellari*, qualunque siano le modalità della sua realizzazione, che possono variare a seconda dei casi clinici, delle preferenze individuali o delle circostanze. Non è perciò possibile preordinare apparecchi e sistemi. Nei casi più semplici tuttavia mi sembra meriti speciale considerazione l'*arco di argento puro* proposto dal Prof. ARLOTTA che rappresenta una reale semplificazione del metodo del blocco; e penso che detto materiale potrebbe entrare vantaggiosamente a far parte della dotazione degli ospedali da campo. Il metodo del blocco, passato attraverso il vaglio della passata guerra, riscuote giustamente tuttora la generale fiducia e approvazione, per cui mal si comprende che possa da qualcuno essere qualificato come antifisiologico solo perchè impedisce temporaneamente la mobilità dei mascellari. Alla stessa guisa allora potrebbe qualificarsi antifisiologico il metodo di immobilizzazione nelle fratture degli arti e

nelle ferite articolari, per le quali è invece regola tassativa e assoluta la immobilizzazione precoce anche sul campo di battaglia. Se nelle fratture dei mascellari la riduzione e la contenzione dei frammenti non può e non deve essere realizzata sul campo di battaglia, non per questo essa è meno necessaria; ma nessun serio inconveniente potrà nascere se essa verrà ritardata anche di alcuni giorni. Si ritiene anzi utile questo intervallo di tempo per effettuare altre provvidenze importantissime atte ad assicurare il decorso favorevole della lesione, per prevenire la sepsi o scongiurarla se già in atto, valendosi come adiuvanti anche dei rimedi più accreditati e recenti quali la sieroterapia antitossica e la chemioterapia sulfamidica, e per attuare inoltre e soprattutto la cosiddetta *sterilizzazione chirurgica* della lesione, la quale, pur senza scostarsi da criteri eminentemente conservativi, mira a rimuovere parti necrosate o mortificate che potrebbero ostacolare o compromettere il normale decorso della cicatrizzazione. I temuti inconvenienti del blocco, rigidità di movimenti, anchilosi, atrofie muscolari, nella pratica si sono mostrati di scarsissimo rilievo. Del resto è logico che il blocco non va protratto oltre il tempo strettamente indispensabile.

Fedele al proposito precedentemente espresso non entro in ulteriori particolari sulle cure propriamente dette negli ospedali specializzati. E concludo quindi ricordando che negli ospedali specializzati della zona di operazione la degenza non dovrebbe protrarsi al di là della guarigione chirurgica della lesione, per la ragione ovvia che bisogna assicurarsi in ogni momento una congrua disponibilità di letti per i nuovi feriti; così la protesi chirurgica osteoplastica, la protesi stomatologica, la cura dei postumi di lunga durata, la cura degli esiti e specialmente le plastiche per riparare ai danni estetici e funzionali, dovrebbero essere attuate negli stabilimenti sanitari territoriali. Ricordo altresì che in tutti gli ospedali per stomatolosi è necessario organizzare un regolare e perfetto servizio di piccola assistenza, con personale intelligente e bene affiatato, giacchè non bisogna dimenticare che questo genere di feriti menomati in funzioni importanti, quali la masticazione, la fonazione, la respirazione e spesso sfigurati nell'estetica, hanno bisogno di un mondo di piccole cose, e soprattutto di grande conforto morale. Non dobbiamo dimenticare che i guasti anatomo-funzionali negli stomatolosi sono di regola accompagnati anche da un trauma psichico.

352330

