

4 3/5 0

MOL 1373/ 24

G. GIANGRASSO - L. PROVENZALE

OSSERVAZIONI CLINICHE SUL-  
L'USO DELLA VIVICILLINA.

Estratto dal BOLLETTINO E ATTI  
DELLA ACCADEMIA MEDICA DI ROMA  
Annata 1945-46



DITTA TIPOGRAFIA CUGGANI  
ROMA - VIA DELLA PACE, 35  
1946



ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE CHIRURGICA E PROPEDEUTICA CLINICA  
DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA  
Direttore inc.: DOTT. GIANGRASSO GIACOMO

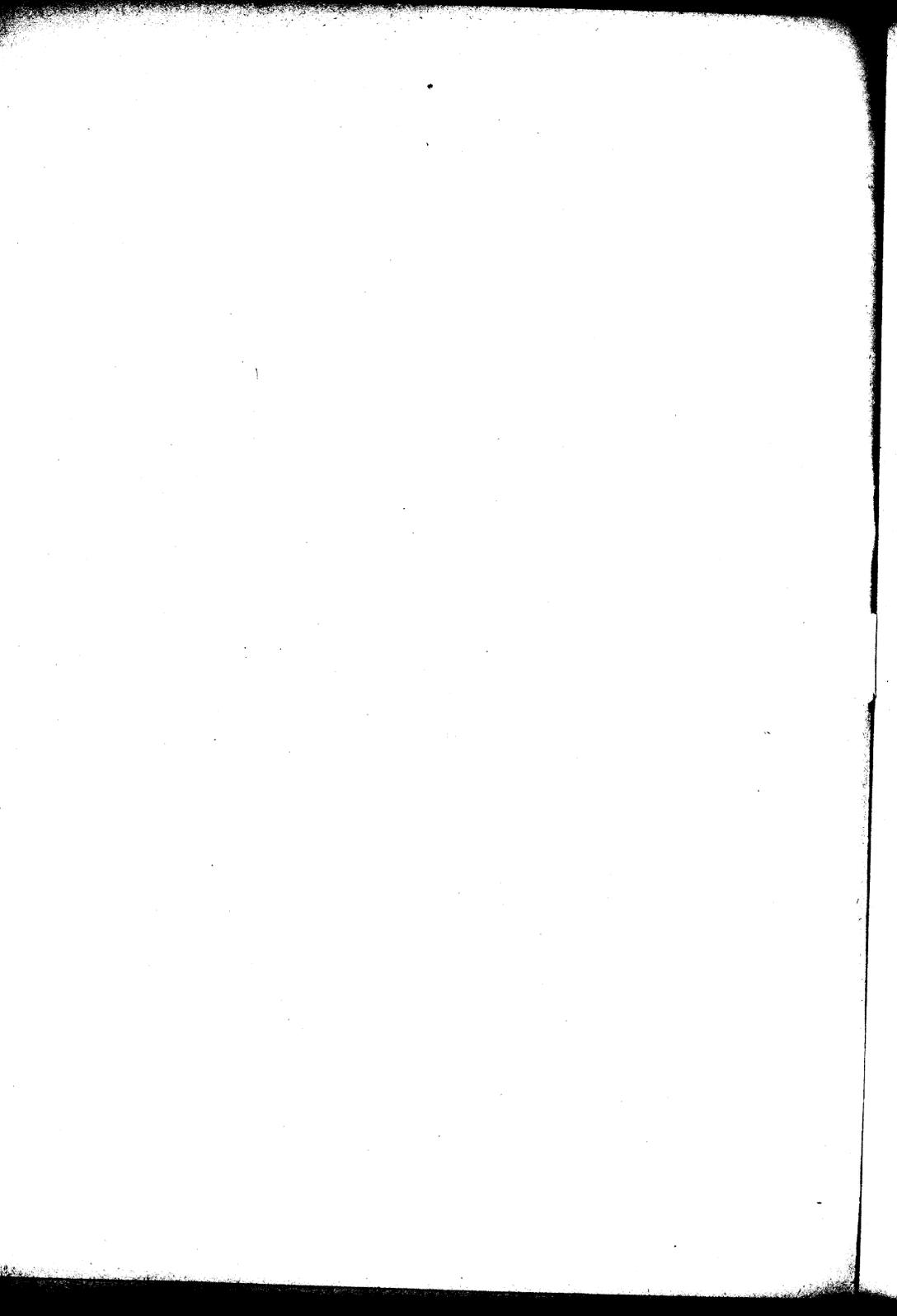
G. GIANGRASSO  
DIRETTORE INCARICATO

L. PROVENZALE  
ASSISTENTE E DOCENTE

# OSSERVAZIONI CLINICHE SULL'USO DELLA VIVICILLINA (\*)

*Comunicazione nella Seduta del 18 maggio 1946  
all'Accademia Medica di Roma*

(\*) Il lavoro spetta in parti eguali ai due autori.



---

---

Nella penultima seduta di questa Accademia del 15 aprile 1946, il prof. Babudieri ha illustrato molto ampiamente le sue osservazioni cliniche su oltre cento casi di processi settici chirurgici che egli ha trattato con Vivicillina, sostanza questa preparata da lui stesso (vedi: Babudieri, « Clinica Nuova », 1945, vol. I, n. 6-7-8).

Hanno seguito: il Dott. Grignolo che ha portato un contributo sull'applicazione della vivicillina in oculistica; e il dott. Garretto, assistente nel reparto chirurgico dei Cavalieri di Malta nell'Ospedale di S. Giacomo, che ha riferito sulla medesima terapia.

Le prime di queste osservazioni risalgono ad oltre un anno, in quanto subito dopo (aprile 1945) anche nel nostro Istituto, abbiamo dato inizio alle nostre.

La vivicillina veniva fornita, a nostra richiesta, dal prof. Babudieri dell'Istituto Superiore di Sanità Pubblica.

Perseguendo uno di noi particolari criteri per la Direzione dell'Istituto, e soprattutto per le esigenze didattiche, nei nostri reparti clinici l'attività chirurgica non si limita soltanto a quella di elezione, e in particolare a quella di qualche organo o apparato, ma si svolge nel campo della chirurgia d'urgenza, di qualche specialità, e soprattutto di quella settica (in un anno; ricoverati 1175; operati 848, curati in ambulatorio 8169).

Ora poichè l'uso della penicillina americana, per quest'ultima branca, è monopolizzata finora in quei reparti specialmente adattati; e poichè, allorché nel nostro Istituto se ne presenta l'indicazione all'uso, non tutti i pazienti possono procurarsela (due soltanto fino ad ora); oppure eccezionalmente ci viene fornita dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica (da un anno circa a soli quattro pazienti); per queste ragioni dunque abbiamo offerto volentieri al prof. Babudieri la nostra collaborazione, onde applicare in tale tipo di chirurgia la terapia vivicillinica e studiarne gli effetti.

Il criterio che ci ha guidato nelle ricerche di laboratorio, da certi punti di vista criticabile, poichè non uniforme e talvolta incompleto, si proponeva di controllare la reazione dell'organismo e il comportamento dei germi all'azione della sostanza.

Prima di passare all'esposizione dei casi clinici e all'illustrazione della tecnica adottata per tali controlli, è opportuno fare la seguente premessa. Ci eravamo proposti di raccogliere per lo meno un centinaio di casi e avere dei dati d'insieme più probatori, e solo allora riferirne. Ma già nel giornale « Clinica Nuova » del 15 agosto-settembre 1945 una prima pubblicazione del prof. Babudieri menzionava alcuni nostri risultati; e nella comunicazione testè fatta in questa sede, ne riparlava ancora, accennando al dott. Provenzale, ma non all'Istituto di Patologia Chirurgica; e aggiungeva che i suoi controlli collimavano in linea di massima con le nostre osservazioni.

Cosicchè, dato che l'argomento ha suscitato vivo interesse, e appunti, e critiche, abbiamo dovuto affrettarci a raccogliere il nostro materiale e venire a sottoporvene i risultati, per fornire, a nostro parere, qualche altro elemento che possa servire a « fare il punto », come già l'ha inquadrato il prof. Frugoni nella discussione alla fine della seduta precedente.

Passiamo ora all'esposizione dei casi osservati e quindi delle ricerche fatte.

Dividiamo prima di tutto i nostri casi clinici in due gruppi principali: un primo gruppo di 20 trattati per via parenterale; un secondo gruppo di 40 trattati localmente (alcuni con terapia endofocale; la maggior parte con applicazioni topiche). In tutto 60 casi.

\* \* \*

I pazienti del primo gruppo, tutti ricoverati nei nostri reparti, sono:

1) C. Giovanni, N. 115 a. 58. Favo della nuca, entrato il 10 aprile 1945; uscito il 2 maggio 1945.

Nulla alle urine; normale la glicemia. Ampia incisione, il 10 aprile. Febbre 39,5; il giorno appresso 37°. Si isola uno stafilococco p. a., che la penicillina inibisce *in vitro*.

Dall'11 aprile, per tre giorni, una iniezione al giorno di 3 cc. di vivicillina. Rapida eliminazione dei cenci necrotici; buon tessuto di granulazione; sollecita cicatrizzazione. Esce il 2 maggio e continua le medicature in ambulatorio.

2) B. Ignazio, N. 121 a. 36. Patereccio periostale terza falange indice destro. Ricoverato dal 13 aprile al 2 maggio 1945. Inciso il 9 aprile da altro medico. Alla specillazione: osso scoperto, rugoso. Per quattro giorni una iniezione al giorno di cc. 3 di vivicillina. Il 25 aprile osso liscio, coperto di periostio. Rapida cicatrizzazione seguente. Continua le medicature in ambulatorio.

3) S. Marino, N. 123 a. 25. Idrartro subacuto ginocchio e collo piede destro (da gonococco?). Ricoverato dal 14 aprile al 7 maggio 1945.

Blenorragia guarita da poco tempo con terapia locale e generale (sulfamidici). Febbre fino a 38,5. Esame secreto uretrale: negativo. Per tre giorni, una iniezione, al giorno di cc. 3 di vivicillina. Il giorno appresso la 1<sup>a</sup> iniezione, aumento della secrezione uretrale e dei dolori al ginocchio. Miglioramento lento ma progressivo, per cui, quando il 7 maggio lascia la corsia, non è del tutto guarito.

4) E. Giuseppina, N. 143 a. 24. Mastite acuta bilaterale con ascessi multipli. Ricoverata dal 21 aprile al 9 giugno 1945. Da venti giorni iniziata la mastite. Incisa bilateralmente da altro Sanitario. Permane febbre a 38,5. Secrezione abbondante di pus giallo cremoso. Infiltrazione notevole delle mammelle. Per quattro giorni una iniezione al giorno, rispettivamente di 3-3-4-4 cc. di vivicillina. Formazione di altro ascesso e aumento di temperatura fino a 39° talvolta. Il 18 maggio, incisione. Esce il 9 giugno molto migliorata per continuare le cure ambulatoriamente.

5) I. Ivonne, N. 141 a. 24. Flemmone della regione sopraspinoso sinistra. Ricoverata dal 20 aprile al 9 maggio 1945. Malata da oltre 15 giorni; già incisa da altro sanitario. Infiltrazione notevole. Secrezione abbondante. Quattro iniezioni di vivicillina da cc. 3-3-4-4 al giorno. La temperatura aumenta oltre 38°. Si isola stafilococco p.a., che la penicillina inibisce *in vitro*. Negli ultimi giorni migliora e lascia la corsia il 9 maggio per curarsi ambulatoriamente.

6) C. Giuseppina, N. 134 a. 13. Infiltrazione infiammatoria faccia interna 3° inferiore gamba destra su cicatrice da pregressa osteomielite. Idrartro tibio-tarsico destro. Ricoverata dal 13 aprile al 2 maggio 1945. Tre anni prima osteomielite acuta operata. Febbre 38°. Immobilizzazione in doccia gessata. Quattro iniezioni di vivicillina da cc. 3-4-4-4, una al giorno. Miglioramento progressivo; il 20 maggio si toglie la doccia. Esce guarita.

7) C. Stefano, N. 134 a. 47. Patereccio osseo 2<sup>a</sup> falange pollice destro. Parkinsonismo post-encefalitico. Ricoverato dal 23 aprile al 31 maggio 1945. Da 20 giorni inizio del processo in seguito a puntura. Inciso da altro Sanitario. Secrezione abbondante. Necrosi della 2<sup>a</sup> falange alla specillazione. Quattro iniezioni di vivicillina da cc. 3-4-4-4, una al giorno. Il 5 maggio si elimina il sequestro. Quindi cicatrizzazione rapida. Esce guarito.

8) B. Pierino, N. 148 a. 6. Ferita infetta regione rotulea sinistra non penetrante, con idrartro secondario. Entrato il 2 maggio, uscito il 15 maggio 1945. Febbre fino a 39°. Immobilizzazione in estensione con doccia gessata. Puntura esplorativa dell'articolazione: liquido sieroso torbido con leucociti alterati; non germi. Quattro iniezioni di 8 cc. ciascuna di vivicillina, una al giorno. Caduta della febbre per lisi; dal 12 maggio apiressia. Esce molto migliorato.

9) C. Raffaele, N. 146 a. 16. Flemmone sopraioideo bilaterale del pavimento boccale. Ricoverato dal 2 al 14 maggio 1945. Disfagia, trisma e febbre fin dal 29 aprile (38,5). Esame batterioscopico: streptococchi. Esame culturale: stafilococco aureo e citreo; inoltre germe sporigeno carbonchiosimile, del tipo bacillo sottile, gram positivo; tutti, eccetto il terzo germe, vengono inibiti *in vitro* della penicillina. Si praticano 4 iniezioni di vivicillina da 12 cc. ciascuna, una al giorno. Febbre a oltre 39°.

Il 7 maggio incisione bilaterale, con esito di pus denso, verdastro, di cattivo odore. Rapido miglioramento. Esce il 14 maggio per continuare a curarsi nell'ambulatorio.

10) B. Andrea, N. 151 a. 56. Flemmone perivescicale secondario a cistotomia soprapubica in prostatico. Ricoverato dal 2 maggio al 30 giugno 1945. Qualche giorno dopo il secondo tempo (enucleazione dell'adenoma prostatico con la tecnica di Freyer) si verifica la complicazione (30 maggio 1945). Tre iniezioni di 6 cc. al giorno di vicicillina. Persiste febbre a 38,5. Si passa al trattamento con penicillina (100.000 U. O.) al giorno per 5 giorni. Rapida guarigione della complicazione.

11) B. Alessandro, N. 8 a. 16. Osteomielite cronicizzata perone destro (terzo superiore) con fistole. Ricoverato dal 10 novembre 1944 al 23 giugno 1945. Operato il 23 novembre e il 17 maggio 1945, di raschiamento delle fistole. Dall'11 maggio 1945 una iniezione al giorno di 8 cc. di vicicillina, per 4 giorni consecutivi; febbre sino a 38,5. Non si praticano ricerche batteriologiche essendo il focolaio aperto. Buon tessuto di granulazione.

12) R. Bianca, N. 169 a. 47. Flemmone regione ascellare sinistra. Entrata il 9 maggio, uscita il 15 maggio 1945. Dolore e gonfiore all'ascella da circa un mese. Febbre fino a 38,5.

Incisione il 9 maggio. Esame batteriologico: stafilococco p. a. Quattro iniezioni di 6 cc. di vicicillina al giorno per 4 giorni. Esce con piaga ben granulante per continuare le medicature ambulatoriamente.

13) B. Olinto. Curato nell'ambulatorio dell'Istituto nel maggio 1945. Adenoflemmone latero cervicale sinistro.

Una iniezione di cc. 3 di vicicillina per 6 giorni. In decima giornata incisione. Rapida guarigione.

14) C. Franco, N. 177 a. 9. Appendicite gangrenata e perforata; peritonite diffusa. Ricoverato dal 16 maggio al 4 giugno 1945. Operato d'urgenza il giorno del ricovero. Appendice gangrenata e perforata in più punti, con raccolta purulenta e stercoracea diffusa. Ceco con chiazze di necrosi. Appendicectomia *in situ*. Tubi e zaffi. Dal pus, denso e cremoso si sviluppa un'abbondante flora aerobia e anaerobia. Una iniezione di vicicillina di 6 cc. al giorno per 4 giorni. Il 28 maggio si medica a piatto.

15) M. Alfredo, N. 139 a. 8. Artrite acuta purulenta tibio-astragalica sinistra con osteite seguente dell'astragalo. Ricoverato dal 24 maggio al 19 luglio 1945. Malato da 10 giorni con febbre sino a 40°. Terapia: Immobilizzazione e punture evacuative. L'11 giugno viene operato di artrotomia tibio-astragalica sinistra, con la tecnica di Albanese-Kocher. Dal pus si isola uno stafilococco p. a. Si iniettano 6 cc. di vicicillina al giorno nei due giorni seguenti all'operazione: ma persistendo fenomeni tossici si inizia ai primi di luglio cura penicillinica (un milione di U. O. in 10 giorni). L'ammalato migliora rapidamente. Una iniezione di vicicillina suppura: si incide il 16° giorno e si isola dal pus un *B. coli*.

16) P. Augusto, N. 116 a. 52. Flemmone psoas sinistro. Entrato il 10 maggio ed uscito il 21 giugno 1945. Malato da 20 giorni con febbre sino a 39°. Il 23 maggio operato. All'esame batteriologico del pus si isola uno stafilococco p. a. Il giorno dopo

iniezione di vivicillina di 6 cc., ripetuta per quattro giorni. Miglioramento. Il 10 giugno improvvisa elevazione febbrile. Nuovo trattamento di vivicillina per tre giorni (6 cc. di vivicillina ogni giorno). Esce in via di guarigione il 21 giugno.

17) M. Vanda, N. 194 a. 42. Ascesso pararenale destro ed empiema pleurico destro. Ricoverata il 28 maggio 1945, deceduta il 22 giugno 1945.

Otto mesi prima, operata di ascesso pararenale destro, cui residua fistola. Persiste febbre intermittente, preceduta da brivido, fino a 38°-38,5, capricciosa.

Il 30 maggio si opera di sbrigliamento del tramite e si svuota una raccolta dal polo superiore del rene destro. Trattamento vivicillinico consistente in 6 cc. al giorno per 5 giorni. Il 3 giugno resezione costale (decima destra) e svuotamento di un empiema. Dal pus dell'empiema si isola uno streptococco. Il 22 giugno *obitus*. All'autopsia: accessi nella milza e nel fegato.

18) M. Cornelia, N. 190 a. 38. Osteomielite acuta condilo esterno ginocchio destro (in precedenza resezione, secondo Durante, per t. b. c. osteo-articolare). Entrata il 23 maggio; esce il 28 luglio 1945.

Resecata 16 anni prima. Da 40 giorni tumefazione e dolore al condilo esterno. Febbre sino a 38,5-39°. Già incisa da altro Sanitario. Esame batterioscopico; leucociti disfatti, stafilococchi, streptococchi.

Il 4 giugno 1945 sbrigliamento e raschiamento del focolo che si approfonda nello spazio intercondiloideo posteriore. Il 5 maggio, 8 cc. di vivicillina che si ripete per altri 3 giorni. Persiste temperatura leggera.

Il 18 giugno contr'apertura nel poplite. Rapido miglioramento. Apiressia.

19) M. Alberto, N. 206 a. 47. Voluminoso ascesso perianale. Entrato il 1° giugno; uscito l'8 giugno 1945.

Malato da 10 giorni. Grossa tumefazione fluttuante perianale, nel quadrante posteriore destro. Febbre sino a 39.

Incisione il 1° giugno: due aperture radiali con zaffi passanti.

Il 3 giugno iniezione di vivicillina (4 cc.); nei tre giorni seguenti 8 cc. al giorno. Rapida detersione della cavità ascessuale. Esce e continua le medicature in ambulatorio.

20) C. Pasqua, N. 67, a. 19. Pelvi peritonite da piosalpinge bilaterale (gonococcica?). Entrata il 19 gennaio 1946. Tuttora degente.

Difesa ed impastamento della metà inferiore dell'addome. L'esame del secreto vaginale: negativo per gonococco. Febbre fino a 39°, subcontinua.

Il 1° febbraio 1946, 5 cc. di vivicillina per iniezione; nei 5 giorni seguenti 10 cc. al giorno.

Il 15 febbraio svuotamento, mediante puntura prima e incisione dopo, di una voluminosa raccolta purulenta attraverso il fornice vaginale posteriore. Pus tenue, biancastro. Culture sterili.

L'11 marzo laparotomia mediana soprapubica. Piosalpingectomia bilaterale. Tamponamento vasto. In via di cicatrizzazione.

\* \* \*

Riepilogando: 14 casi clinici di chirurgia settica, grossa e piccola, di cui 6 già incisi da altri medici prima del ricovero (n. 2, 5, 2, 11, 17, 18) e 8 ancora non incisi al momento del ricovero (casi n. 1, 9, 12, 13, 14, 16, 19).

In questi ultimi, all'*apertura del focolaio settico* si è prelevato il pus per gli accertamenti batterioscopici e culturali. Nella maggior parte dei casi sono stati isolati e coltivati ceppi di stafilococchi; in qualche altro di streptococchi; in 2 flora microbica mista aerobia e anaerobia.

In alcuni di essi, in cui era stato isolato uno stafilococco p. a. oppure uno streptococco, la prova della inibizione *in vitro* del germe con la penicillina è stata positiva (casi: 1, 4, 9, 16, 18).

In due casi (n. 3, 20) in cui si sospettava un'infezione gonococcica, tutte le ricerche batteriologiche sono state *negative*, così pure nei due casi (n. 6, 8) di idrarto acuto.

*Il trattamento vivicillinico in genere ha seguito l'apertura del focolaio settico* ed è stato continuato per 3-4 giorni con dosi giornaliere variabili da 4 a 8 cc. di sostanza, sempre per via parenterale.

In qualche paziente si è osservato reazione febbrile, dolenzia nel punto dell'iniezione, infiltrazione passeggera. In 2 (casi n. 13, 15) una delle *iniezioni ha suppurato* dopo 4-5 giorni.

All'esame del pus, dopo incisione, nel caso 13, stafilococco p. a., germe già isolato nel pus dell'adeno-flemmone cervicale inciso in precedenza al paziente stesso; e nel caso 15, *b. coli*, mentre dall'artrite tibio-astragalicae e dall'osteite dell'astragalo nel medesimo ammalato era stato isolato uno stafilococco p. a. In uno dei casi di controllo, di cui diremo appresso, si è avuta notevole infiltrazione dei tessuti circostanti il punto dell'iniezione, con febbre; non si è avuta però colliquazione, e in seguito si è riassorbita.

In altri 2 pazienti (caso 15 surriferito e caso 10, di flemmone perivescicale, secondario a cistotomia soprapubica) dato che il *trattamento vivicillinico non aveva sortito alcun effetto*, si passava alla *terapia penicillinica* con 1 milione al 1° e 1/2 al 2° di U. O. alla dose di 100.000 U. al giorno: seguita questa da *miglioramento rapido*. Così pure la *terapia con vivicillina non aveva successo nei 2 casi* (3 e 20) di artrite del ginocchio e piosalpinge bilaterale di *sospetta natura gonococcica*; e inoltre nei casi 6 e 8 (idrartro secondario) in cui si aveva invece un miglioramento rapido in seguito alla immobilizzazione in doccia gessata.

Negli altri 14 casi invece, *sempre però dopo l'incisione*, si è osservato un *attivo processo riparativo*, con eliminazione di cenci necrotici, diminu-

zione della secrezione, tessuto di granulazione florido; accelerato processo di cicatrizzazione.

Fanno eccezione: il caso 7 affetto da patereccio osseo della II<sup>a</sup> falange pollice destro, in cui tutti questi fenomeni si sono osservati dopo 10 giorni dal trattamento vivicillinico, e appena si è eliminato il sequestro della falange stessa; il caso 17, in cui si sono avuti focolai piemici multipli al fegato e alla milza, seguenti all'ascesso pararenale e all'empiema destra; il caso 18, in cui occorre una contrapertura nel cavo del poplite per dominare il focolaio settico acuto, stabilitosi nel condilo esterno di un ginocchio resecato 16 anni avanti per tbc.; e infine il caso 14, affetto da appendicite cangrenata e pluri-perforata, con peritonite diffusa, a flora batterica plurimicrobica, in cui l'intervento immediato atraumatico (in quanto l'appendicectomia è stata eseguita senza estrarre il ceco) il vasto tamponamento e il trattamento postoperatorio solito, sortirono il successo che il Giangrasso può vantare in qualche centinaio di altri casi consimili.

\* \* \*

Le ricerche di laboratorio, praticate sistematicamente, sono state:

1°) Esami batterioscopici e culturali dei germi, identificati ed isolati dai vari focolai settici;

2°) Prova della inibizione *in vitro* con penicillina. (Di ciò è stato detto più sopra: in 6 casi positiva);

3°) Conteggio dei leucociti con rispettive formule leucocitaria e di Arneth, nei giorni seguenti alle iniezioni di vivicillina.

In 18 casi abbiamo osservato: *leucitosi notevole* (fino a 24.200 nel caso 12, donna di 47 anni affetta da flemmone della regione ascellare sinistra), *neutrofilia spiccata* (fino a 89 % nel caso 14); *deviazione costante a sinistra della formula di Arneth*.

In due casi invece diminuzione del numero dei leucociti dopo trattamento vivicillinico (specie il caso 18 surriferito, donna di 38 anni, affetta da osteite acuta del condilo esterno, da 16 anni resecato per tbc., con stafilococco p. a. e streptococco all'esame del pus, che da una leucitosi iniziale di 16.000 scende a 7.800, tre giorni dopo il trattamento.

Medesimo comportamento ebbe la leucocitosi nel caso 17, terminato con la morte della paziente.

Per controllare meglio questi ultimi fenomeni abbiamo pensato di trattare con vivicillina *soggetti sani*: in essi abbiamo osservato leucoci-

tosì notevole, con puntate sino a 19 mila, con neutrofilia fino a 79 % e con formula di Arneth deviata nettamente a sinistra.

(Per esempio:	I	II	III	IV	V
	13	39	33	14	1
rispetto al normale	15	35	41	17	2)

\* \* \*

Il 2° gruppo di 40 pazienti è stato curato con terapia vivicillinica locale negli ambulatori dell'Istituto, per affezioni varie di piccola chirurgia settica.

Essi sono:

- 1) G. Gina. Amputazione 3<sup>a</sup> falange dito indice mano destra per patereccio osseo.
- 2) T. Adelia. Mastite acuta destra con ascesso.
- 3) S. Elisabetta. Amputazione falange ungueale indice mano destra da patereccio osseo.
- 4) B. Filomena. Patereccio pollice sinistro periungueale.
- 5) R. Maria Rosaria. Ascesso regione glutea sinistra da progressa iniezione.
- 6) P. Luigi. Patereccio pollice destro con tenosinovite purulenta dei flessori e necrosi 1<sup>a</sup> falange.
- 7) R. Antonietta. Ulcera varicosa regione malleolare interna destra.
- 8) G. Ersilia. Flemona circoscritto con ascesso, polso sinistro, regione palmare.
- 9) V. Arcangela. Idrosadenite regione ascellare sinistra.
- 10) B. Luciano. Ferita lacero-contusa infetta regione volare 1° e 2° dito mano sinistra interessante i tegumenti e con piccola perdita di sostanza.
- 11) S. Guerrino. Favo della nuca.
- 12) M. Vittoria. Mastite acuta totale sinistra con ascessi multipli.
- 13) C. Bianca. Ascesso da progressa iniezione regione glutea destra.
- 14) M. Ugo. Piaga regione posteriore gamba sinistra, 3° medio, da ferita infetta.
- 15) R. Rosa. Patereccio osseo falange ungueale medio mano destra.
- 16) S. Guerrina. Ferita lacera, da scoppio di proiettile, indice destro con modica perdita parti molli.
- 17) T. Grazia. Mastite acuta destra con ascesso.

- 18) S. Maria. Patereccio periungueale anulare mano sinistra.
- 19) V. Giovanni. Ascesso soprafasciale coscia sinistra (3° medio, regione anterolaterale).
- 20) M. Argentina. Mastite acuta destra con ascesso.
- 21) P. Federico. Ascesso a bottone di camicia regione plantare piede destro da ferita infetta.
- 22) R. Maria. Patereccio 5<sup>a</sup> falange indice mano sinistra.
- 23) R. Rossana. Patereccio falange ungueale dito medio mano destra.
- 24) M. Luigi. Ferita a doccia infetta da arma da fuoco parti molli piede sinistro.
- 25) Z. Filomena. Ascesso da pregressa iniezione regione glutea sinistra.
- 26) G. Anna. Ascesso da pregressa iniezione regione glutea destra.
- 27) B. Valerio. Foruncolo regione glutea destra.
- 28) G. Carmela. Idrosadenite regione ascellare destra.
- 29) M. Enrichetta. Favo della nuca in iperglicemica (gr. 1,50 ‰).
- 30) A. Luigi. Ascesso perianale.
- 31) C. Giovanna. Flemmone braccio sinistro con ascesso (faccia anteromediale, 3° medio).
- 32) A. Maria. Patereccio osseo 3<sup>a</sup> falange medio mano sinistra.
- 33) M. Matilde. Patereccio osseo 2<sup>a</sup> falange pollice mano sinistra.
- 34) C. Vittorio. Ascesso retroauricolare destro.
- 35) P. Rosa. Patereccio peringueale medio mano destra.
- 36) V. Bianca. Ascesso regione sottomentoniera sinistra.
- 37) M. Isidoro. Vasta piaga faccia antero-esterna coscia destra da pregressa ferita lacera infetta.
- 38) T. Giustina. Ferita lacera infetta radice medio mano sinistra (faccia palmare) con ascesso dorsale 3° spazio intermetacarpale.
- 39) P. Luigi. Idrosadenite regione ascellare sinistra.
- 40) A. Maria. Ascesso sottocutaneo parete addominale.

Da notare: in un gruppo di 10 casi (n. 5, 8, 9, 13, 25, 28, 31, 38, 39, 40) la *terapia vicillinica* fu praticata *dentro il focolaio ascessuale*. Si trattava di 7 casi di accessi, la maggior parte delle regioni glutee da pregresse iniezioni; e di 3 casi di idrosadenite delle regioni ascellari.

La tecnica è consistita in:

1° Aspirazione del pus per svuotare l'ascesso e per fare l'acceramento batteriologico.

Oltre all'identificazione del germe, si procedeva alle culture in agar fluidificata a bagnomaria a 80°, insemata con un'ansata di pus e versata in piastra. Dopo 24 ore di termostato a 37° si contavano le colonie sviluppatesi.

2° Iniezione endofocale di cc. 0,5-1 di vivicillina a seconda la quantità di pus aspirata e in rapporto alla capacità della cavità ascessuale.

3° Conta dei globuli bianchi per eventuale leucocitosi.

4° Nei giorni seguenti, in genere ogni 2-3, riaspirazione del pus, quindi iniezione endofocale di vivicillina e ripetizione delle culture in piastre del pus e della conta dei leucociti.

*Dal punto di vista clinico* in questi 10 casi si è osservato:

a) 2 guarigioni spontanee (2 casi di idrosadenite della regione ascellare);

b) 2 casi di svuotamento spontaneo della raccolta purulenta (1 caso di ascesso 3° spazio intermetacarpeo dorso mano destra da ferita infetta alla base del medio; e 1 caso di idrosadenite della regione ascellare);

c) Negli altri 6 casi, nei giorni seguenti al trattamento endofocale, persistendo febbre ecc., si è proceduto all'incisione;

d) La evoluzione del processo di guarigione è stata rapida.

*Dal punto di vista delle ricerche di laboratorio*, abbiamo notato:

a) Identificazione quasi costante di un cocco piogeno.

b) Conteggio delle colonie di germi sviluppatasi su piastra in quasi tutti i casi, in netta diminuzione, nei giorni seguenti alla terapia endofocale. In 2 casi soltanto (n. 38: ascesso 3° spazio intermetacarpeo dorsale; e n. 13: ascesso regione glutea destra) si ebbe modico aumento del numero delle colonie.

c) Leucocitosi, notevole neutrofilia, formula di Arneth deviata a sinistra.

Gli altri 30 casi sono costituiti da focolai settici aperti in seguito a traumi o incisi chirurgicamente, o spontaneamente apertisi: per lo più costituiti da paterecci delle parti molli (n. 4, 22, 23, 35) da paterecci ossei (n. 6, 15, 18, 32, 33), da mastiti acute con ascessi (n. 2, 12, 17, 20), da piaghe e ulcere (n. 1, 3, 7, 14, 37), da ascessi vari (n. 19, 21, 30, 34, 36), da ferite

infette (n. 10, 16, 24), da foruncoli e favi (n. 11, 27, 29). In questi *la vivicillina è stata applicata sul focolaio aperto*, imbibendone la garza che serviva per la medicatura topica.

Anche in questi pazienti si è proceduto all'esame batterioscopico e culturale e all'inseminamento su agar-piastre di un'ansata di pus per il conteggio delle colonie dopo 24 ore (vedi tecnica descritta in precedenza), al controllo della leucocitosi come pure della formula leucocitaria e della formula di Arneth. Anche in questi casi i risultati in genere collimano con i precedenti (leucocitosi notevole con neutrofilia e deviazione a sinistra della formula di Arneth; diminuzione costante del numero delle colonie sviluppatesi dopo 24 ore nell'agar-piastra, per quanto tale risultato sia discutibile, trattandosi di focolai già aperti).

*Dal punto di vista clinico* abbiamo osservato in 22 di questi 40 P.: evoluzione rapida del processo di guarigione (eliminazione dei cenci necrotici, granulazioni floride e di buon aspetto, e diminuzione della secrezione, quasi sempre però dopo l'intervento chirurgico.

In 18 invece tali fenomeni sono stati torpidi e molto lenti.

Nelle pieghe e nelle ulcere (u. varicosa n. 7) abbiamo notato: nelle prime uno stimolo notevole alla epitelizzazione; e nelle seconde modificazione lenta ma progressiva delle granulazioni del fondo e detersione delle zone necrotiche: segni evidenti della trasformazione dell'ulcera in piaga.

Per le forme di petereccio osseo (n. 6, 15, 18, 32, 33) va detto che, per quanto fatta l'incisione e la terapia topica, sinchè non si è eliminato il sequestro osseo, non si è osservata evoluzione rapida verso la guarigione. D'altro canto, possiamo escludere che la delimitazione del sequestro e la successiva eliminazione siano state influenzate dall'azione della vivicillina.

Concludendo:

20	casì	trattati	con	terapia	vivicillinvia	parenterale;
10	»	»	»	»	endofocale;	
30	»	»	»	»	topica	

Nella maggior parte di essi il risultato favorevole in genere si è conseguito dopo l'incisione e lo svuotamento del focolaio settico-purulento; e nei focolai osteomielitici, sempre dopo l'eliminazione del sequestro.

È stata questa la ragione per cui abbiamo sospeso la terapia parenterale; e viceversa contavamo di estendere quella locale.

I risultati favorevoli sono consistiti in: eliminazione rapida di cenci necrotici; diminuzione della secrezione purulenta; detersione della piaga o dell'ulcera; tessuto di granulazione florido; acceleramento pertanto del processo di cicatrizzazione.

Su 10 casi curati con terapia endofocale, in 2 soli abbiamo osservato guarigione spontanea dopo regressione dei fenomeni infiammatori: ma si trattava di 2 piccoli focolai di idrosadenite ascellare; e negli altri la guarigione si è verificata dopo l'incisione (6 casi) o dopo lo svuotamento spontaneo (2 casi).

**Tale terapia, dunque, non esplica nei processi infiammatori azione neutralizzante o risolvente, ma soltanto coadiuvante e stimolante.**

In accordo ai risultati delle osservazioni cliniche stanno quelle di laboratorio, *da noi per primi messe in evidenza*: la notevole leucocitosi (talvolta oltre 20000 g. b. per mm<sup>3</sup>); la neutrofilia concomitante (oltre 80 %); la costante deviazione a sinistra della formula di Arneht; e spesso, al conteggio delle colonie, sviluppatasi su piastre di agar, dopo 24 ore di termostato a 37° (v. tecnica descritta più sopra), diminuzione del numero di esse nei giorni seguenti al trattamento vicicillinico.

Bisogna perciò ammettere che tale sostanza abbia un'azione leucocitogena o leucocitomobilizzatrice. La riprova che siano fenomeni di tale tipo, l'abbiamo avuta, iniettando vicicillina nelle stesse dosi in sani; e gli esami di laboratorio ci hanno dato risposte consimili.

Rispetto poi ai 2 casi di suppurazione focale verificatisi dopo iniezione di vicicillina e ad 1 altro di forte reazione flogistica locale, risoltasi con cure mediche, escludiamo che tali fatti possano imputarsi a difetto di manualità tecnica del personale infermieri. D'altro canto anche il Dott. Babudieri ne riporta qualche caso nella sua statistica.

Va ricordato infine che in 2 casi, in cui la terapia vicicillinica era fallita, quella penicillinica invece ebbe rapido e risolutivo successo.

**RIASSUNTO.** — La terapia vicicillinica (20 casi, parenterale; 10 casi, endofocale; 30 casi, topica) nei processi infiammatori acuti di grossa e piccola chirurgia, non esplica azione neutralizzante o risolvente, ma soltanto ne accelera il processo di guarigione dopo la terapia chirurgica adatta.

Il meccanismo d'azione va ricercato nella mobilitazione leucocitaria; in quanto costantemente abbiamo osservato leucocitosi notevole, neutrofilia, deviazione a sinistra della formula di Arneht ecc. dopo somministrazione di vicicillina; e ciò anche in sani. In 2 casi poi, in cui la terapia vicicillinica era fallita, quella penicillinica ebbe successo immediato.

354128





