

193

LA PRATICA ELEMENTARE

DEL

Trattamento di alcune localizzazioni settiche

PER IL

Dottor S. MUZI



80
B
93

ROMA

FORZANI E C. TIPOGRAFI DEL SENATO

—
1907

LA PRATICA ELEMENTARE

DEL

Trattamento di alcune localizzazioni settiche

PER IL

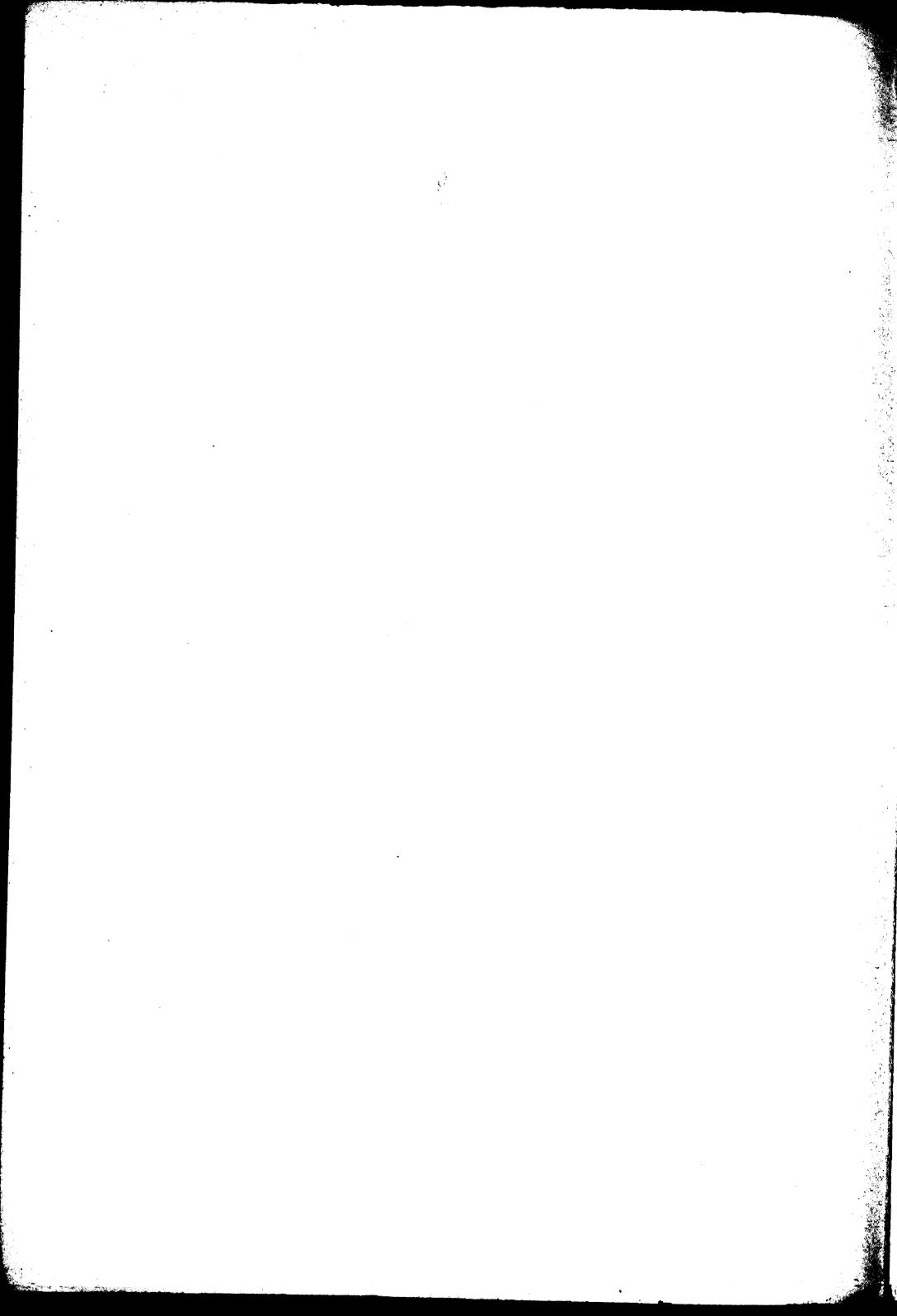
Dottor S. MUZI



ROMA

FORZANI E C. TIPOGRAFI DEL SENATO

—
1907



Senza pretendere d'indagare e meno di esporre i rapporti di causa ad effetto tra i tanti elementi conosciuti oggi e le svariate flogosi, è utile considerarne alcune forme gravi frequenti nella pratica chirurgica degli ambulatorii e delle corsie di ospedale, riguardo specie il trattamento.

Da forme leggerissime suscettibili di guarigione spontanea, si va a forme gravissime, guaribili solo mercè la cura chirurgica, oppure neanche con essa. Quante però di queste, nella pratica comune potrebbero avere esito felice! e di quanto si potrebbero ridurre, quelle letali non per sè stesse, ma per specialissime condizioni dell'individuo che ne è affetto!

Ogni fatto settico che invada un organismo animale ha davanti a sè due ostacoli, due forze contrarie rispondentemente ai due poteri che sono in esso all'offesa, il locale nel sito affetto e che può essere più o meno intenso secondo la natura dell'infezione, secondo la struttura della regione stessa nei suoi diversi strati ed organi, secondo lo strato di prima localizzazione secondo la speciale disposizione anatomica, sia per l'azione diretta dei prodotti proprii dell'elemento settico, sia per i disturbi di circolo, gli ostacoli, le asfissie prodotte secondariamente; l'altro generale che essendo chimico, tossico, diffusivo, agisce su tutto l'organismo e sui sistemi e funzioni principali della vita. In genere il più evidente per le alterazioni materiali che produce e quindi il più suscettibile di cura, è il primo con le sue lesioni visibili: gli effetti del secondo potere, curati in genere dall'organismo stesso quasi esclusivamente, s'esplicano subito con risentimento febbrile proporzionato all'entità della sepsi.

L'agente settico flogogeno fissatosi o dall'esterno o dall'interno per qualunque via, in qualunque strato di tessuto, dall'epidermico al

midollare delle ossa, ha un'azione distruttiva sui tessuti, la quale, senza entrare in dettagli isto-anatomo-patologici, può essere intensissima e diretta per azione specifica dei prodotti dell'agente istesso e dare la morte a intere zone di tessuti, può essere debole, attiva solo sugli elementi cellulari, sì che dalla contesa tra i poteri distruttivi dell'agente settico e quelli degli elementi fissi e più dei mobili dell'organismo si ha un cumulo di prodotti, cioè la raccolta purulenta.

La difesa chimica antitossica generale è anch'essa un'esplicazione dell'organismo: noi tralasciamo d'interessarcene, tanto più che il nostro aiuto per ora dovrebbe essere indiretto, venendoci meno la sieroterapia; è localmente che possiamo molto. La difesa dei tessuti in sito è fatta in parte dagli elementi che vi affluiscono con il sangue, i quali, se vinti, concorrono anch'essi alla raccolta.

Anche nel caso di questa, caso benigno, si possono avere necrosi estese, più che elementari; ma per azione indiretta, per compressione da turgore flogistico sui vasi, asfissia, per scollamento di tratti di organi da effusione dissecante della materia e quindi sottrazione di circolazione, trombosi; qui abbiamo una necrosi meccanica. Questa del resto si può avere anche nella gangrena settica, allora i due fatti si aiutano a vicenda.

L'esito di questo contrasto di attività distruttive di difesa ed offesa viene molto modificato dalla qualità del tessuto ove si effettua.

Nello spessore di un tessuto compatto in genere l'effetto disorganizzante è più tardivo, più è compatto il tessuto; spesso per determinati rapporti delle due forze, la forza settica è frenata e quasi vinta, la raccolta poco progredisce nello spessore del tessuto « ascesso, flemmocircoscritto »: se la sepsi è vinta addirittura la raccolta rimane innocua, quasi corpo estraneo asettico riassorbibile: viene infatti riassorbita, guarigione spontanea. Se essendo indebolita e molto inferiore alla difesa progredisce lentamente ha pur sempre un incremento, in modo che i ripari approntati dalla difesa, dal lato della profondità non si esauriscono, mentre dalla parte più vicina alla superficie presto finiscono e la disintegrazione dei tessuti superficiali porta il pus all'esterno; l'ascesso si è aperto. L'ascesso che cammina è sempre una vittoria piccola contrastata, ma continua della sepsi.

In un tessuto idealmente uniforme e compatto il cumulo risultante dal lavoro di distruzione (che è la flogosi) dovrebbe espandersi in ogni senso continuamente, quasi una sfera.

Ma questo non è mai in pratica perchè gli organi non sono mai di una tessitura uniforme, offrono canali sanguigni, linfatici e anche

a volte spazii virtuali nei quali allagando, la raccolta presto diffonde la flogosi: inoltre un tessuto è per un organo e per tutta l'estensione di esso, vicino vi è un altro o più organi di altro tessuto, sì che quando si giunge ad essi la diffusione per la parte presa allo sfacelo sarà diversa secondo la propria fabrica e resistenza. Lungo gli organi canalicolati, vasi sanguigni, linfatici, la difesa è la trombosi, che precede centrifugamente il progresso della flogosi. I tessuti compatti, parte dura dell'osso, tendini, aponeurosi, fasce, legamenti di scarsa irrorazione sanguigna poco reagiscono, poca parte attiva prendono alla formazione del pus e resistendo molto alla distruzione, esplicano una sola azione meccanica in rapporto alla loro forma: la scatola ossea, le trabecole ossee rispetto la flogosi sono mezzi ocludenti che disturbandola dall'ideale andamento suddescritto, la serrano, aggiungono delimitazioni strozzanti, per le quali la flogosi stessa rapidamente corre allo spazio midollare ove le resistenze sono minori, o lungo i vasi per i canali nutritizii e quindi sotto il periostio, disseccandolo per lungo tratto, onde facili e diffuse le necrosi meccaniche.

Le aponeurosi, le fasce come abbiamo detto, sono altri organi contentori della flogosi e determinanti fenomeni di strozzamenti e necrosi; la suppurazione dal profondo di un organo contenuto dalla fascia si fa superficiale, si diffonde sotto la fascia la riempie e la forza finchè attraverso un occhiello normale o in un punto che necrosato per distensione abbia ceduto viene all'esterno e invade gli spazii intermuscolari. I legamenti, i tendini, le guaine tendinee rappresentano gli organi più atti alla diffusione della flogosi la quale come li raggiunga trova in essi tanti indirizzi e vie aperte.

Qui come in tutti i tessuti compatti sono i fatti complicanti meccanici che precedono e portano dietro la flogosi; sono il pus e gli elementi stessi settici che giunti nel tendine scorrono lungo di esso, ne riempiono la guaina e tutto invadono, tutto che comunica con essa; non c'è la reazione che tardamente e spesso se la guaina, il legamento o il tendine sono in gran parte scollati sì che non abbiano sorgenti nutritizie, la reazione avviene ivi dove cessa la necrosi e incomincia l'irrorazione sanguigna, zona delimitante.

Il cellulare lasso, l'adiposo è forse il meno resistente, il più facile alla distruzione flogistica, esso è diffuso per tutto il corpo, in ogni interstizio tra organo ed organo e tra i diversi strati o parti di un organo stesso, onde con la sua anatomica disposizione, traccia la diffusione della flogosi.

Anch'esso offre diversa compattezza quindi diversa resistenza con un massimo nel sottocutaneo, un minimo nelle lamelle peritendinee presierose in genere, negli organi linfatici.

Nel sottocutaneo la resistenza è anche in relazione con una certa ricchezza di circolo: spesso in esso la flogosi è la risultante di una lotta che dura senza forte disparità ed ha esito in suppurazione. Vi sono degli organi profondi predisposti a funzioni delicatissime, quali le lamine sierose, che sono sensibilissime agli agenti settici e che per la loro speciale attività, per i loro rapporti reagiscono in modo speciale. Se la cavità sierosa è piccola e non del tutto virtuale, nel senso che un po' di liquido v'è sempre per la forma rigida delle pareti, come per esempio nelle articolazioni, presto tutta la cavità col liquido diventa uno spazio di raccolta distruttiva che naturalmente è diluita e modificata fisicamente e chimicamente. Così nell'occhio, camera anteriore, si ha *ipopion*, perchè le parti pesanti, gli elementi pesanti gravitano sempre a fondo. Se la cavità è grande e del tutto virtuale e in rapporto con una funzione che può essere modificata per via riflessa dal dolore come nell'addome, nella pleura, allora in genere la flogosi s'inizia limitatamente perchè la modificazione dei movimenti respiratorii e l'immobilizzazione dell'intestino riescono a costituire uno spazio chiuso entro le grandi cavità; in quello persiste l'agente settico ed agisce come se le lamine parietali e viscerali fossero accollate, fisse, e la flogosi progredisce determinando una reazione precedente che fa aderire per accumulo di esudati plastici le due lamine; l'adesione, la barriera così creata può essere però a sua volta vinta tutta o in uno o più punti e di là o permettendosi altra condizione di immobilizzazione progredisce l'adesione reattiva o erompendo la raccolta si espande nella retroposta cavità libera; un tale fatto è più facile nella cavità addominale.

Negli spazi virtuali cerebrali rachidieni anche ivi abbiamo un simile procedimento.

È evidente come qui, più che fra gli organi chiusi da fasce compatte, possano alla diffusione i movimenti organici e volontari e la forza della gravità; più la connessione tra i diversi organi è per tessuti di uniforme compattezza, più uniforme è il progredire della flogosi; quindi la grande importanza della struttura anatomica a determinare la speciale ubicazione della flogosi e della perfetta cognizione di quella ad un coscienzioso riconoscimento della stessa nella esatta sua sede, nelle diverse regioni e più ancora ad un trattamento chirurgico completo radicale. Al buon pratico data una sepsi in una

parte del corpo s'offre subito la topografia del processo flogistico possibile e la sicura via per raggiungerlo completamente e riuscire vittorioso in modo profetico; si offrono i mezzi per poter molto approssimativamente apprezzarne l'estensione e predirne i danni che ne residueranno, la prognosi *quoad functionem*.

Per il buon pratico non avranno valore gli inganni speciali alle diverse regioni, ai diversi tessuti: egli non s'arresterà quando fatta pulizia radicale del focolaio principale si trovi su tessuto resistente già delimitante, ma indagherà nei punti più deboli ove, occhiali aperture per organi portano in regioni retroposte, ove, direi con salto, può essersi già trasportato l'elemento settico; l'indagine sua con tente e specilli accuratamente spierà ovunque, la specie dove in identici casi già osservò una via di diffusione; i vicini spazi virtuali, gli strati più facilmente scollabili saranno mèta di sue investigazioni sia col rilievo dei sintomi proprii clinici, sia nell'atto operativo con le ricerche minuziose; la speciale diffusione con le esplicazioni distruttive del processo e il valore funzionale degli organi e il potere di vitalità, di sopravvivenza degli stessi, lo determineranno a speciali procedimenti e manualità locali, di maniera che ciò che a prima giunta potea sembrare irreparabile se non col rimedio radicale completamente demolitore eliminatorio del buono e del cattivo si fa invece riparabilissimo ed è salvo un arto, è salvo un individuo.

Degli spazi con liquidi circolanti, sangue, linfa in genere succede che si trombizzano: attorno al focolaio settico si forma un piano chiuso completamente, un piano ove ogni spostamento di elementi è per filtramento, per diapedesi. Ma questo piano può essere più o meno interrotto e la sepsi facendosi strada fra organi e spazi virtuali può dilagare ove la reazione è tarda, ove manca la barriera; in questi casi specialmente si possono avere tratti vasali o scollati o compressi, altra causa di trombosi. Ma se il trombo sia anch'esso rammollito rapidamente per forte virulenza della sepsi che impedisce l'avanzarsi e il progredire del trombo istesso premunendo il canale, allora il materiale si fa libero nel liquido circolante. Questo s'avvera più facilmente nelle vie linfatiche che non costituiscono un vero sistema chiuso; gli spazi linfatici si continuano con quelli pericellulari, è più facile quindi l'introduzione in essi di elementi settici chimici e fisici, d'altronde anche la trombosi vi è meno attiva, essendo essi appunto le vie del movimento di difesa più che vie da barriera ed anzi essi mettono ad organi speciali apposti per la difesa: infatti per la facilità di diffusione lungo i linfatici spesso

il fatto settico essendo localizzato prima, poi si diffonde lungo stric ben distinte a grande distanza e in questa via può aver esito diverso nei diversi punti, può dare ascessi limitati, può dare adenite, semplici congestioni glandolari che cessano col cessare dell'arrivo ad esse di stimoli flogistici.

Per di più i linfatici costituiti in trombi decorrono nel sottocutaneo o in mezzo a cellulare che è il tessuto più favorevole a tutte le alterazioni flogistiche sia per così dire *attive* cioè le dirette, come le *passive*, le indirette. Ecco quindi il mezzo più adatto, linfatici e cellulare per i microrganismi: onde gli anatomo-patologi si affannano a volte a dimostrare l'importanza più di questi o di quelli, per esempio nel flemmone profondo della mano consecutivo a patereccio.

Per l'invasione di sostanza settica nel liquido circolante si hanno le setticemie e piemie: la tossiemia cioè presenza di tossine nel sangue si ha in ogni processo settico per iniziato che sia; esse trovano sempre modo anche attraverso una perfetta membrana delimitante di raggiungere i liquidi circolanti e diffondersi quindi per tutto l'organismo, essendo causa precipua dei fatti generali. La setticemia e piemia costituiscono una sepsi generalizzata, non è del compito nostro discorrere di essa, sebbene la cura del fatto locale vada sempre fatta a prevenire quella, o a privarla d'ogni incremento.

Queste diverse alterazioni sviluppantisi in seno all'organismo sono il risultato dell'opposizione più o meno efficace dello stesso; come abbiamo detto, noi non vogliamo trattare dei rimedii generali che dispone per i disturbi generali: vogliamo trattare puramente del fatto locale sinchè è tale, e studiare i rimedii naturali, quelli che sono in mano del chirurgo e il loro modo di agire. Noi ci riferiamo alla sepsi che si dice flemmonosa all'ascesso, non certo a sepsi speciali come erisipela, difterite, carbonchio, ecc., ai casi di flemmoni senza fatti di setticemia o piemia nei quali del resto la lesione locale vuole il suo congruo trattamento.

Un focolaio settico in qualunque periodo si trovi a vincerlo, ad eliminarlo, a curarlo cioè radicalmente, bisogna torlo via: tolta la sepsi dal sito di localizzazione, ivi subito si avvierebbe il processo di reintegrazione dei tessuti più o meno alterati. Un ascesso unico delimitato basta aprirlo: vuotato, guarisce rapidamente anche se l'apertura fu spontanea: per lo meno se ne arresta il progresso, e finisce ogni pericolo di diffusione o complicazioni, la flogosi è so-praffatta per la reazione dei tessuti, i germi sono vinti, esauriti e presto al pus segue una secrezione buona. Evidentemente bastò l'ef-

fetto dell'incisione per produrre tutto ciò o della rottura: si abbassò la forte tensione alla quale erano assoggettati i tessuti asfittici, quindi gli elementi di difesa sul campo di lotta più ossigenati, più attivi: si diminuì il numero dei germi infettivi, si eliminarono tutte quelle cause di alterazioni nutritive dei tessuti per cui erano deboli all'offesa dei germi.

Può tutto ciò non bastare, quando la flogosi sia intensa: ma con l'apertura non si è eliminato l'elemento settico, non s'è fatto che giovare in parte alla causa della difesa organica; se quello eliminiamo completamente, la cessazione della flogosi è certa, ecco il difficile e insieme il facile della cura. Eliminato l'elemento settico in massima parte almeno, giacchè del tutto praticamente è impossibile, bisogna fare in modo che non si riproduca e quindi in breve tempo si esaurisca anche la minima parte residuale. Come a ciò riuscire? La rimozione del materiale settico la si fa meccanicamente col lavaggio o con pezze assorbenti e cucchiai: la distruzione o sterilizzazione con mezzi caustici sia potenziali come attuali, gli agenti chimici sono sali o acidi che disorganizzano i tessuti animali. Con la rimozione del materiale settico meccanicamente non si nuoce affatto ai tessuti ed elementi attivi ancora e sani; non si fa che indebolire di molto ad essi il nemico e per impedirne la riproduzione è sufficiente ripetere spesso la pulizia: ben presto la secrezione è tutta buona. Questa detersione, è naturale, deve esser fatta dappertutto in ogni superficie, cavo, seni affetti. Con i mezzi distruttivi invece si agisce anche sui tessuti sani più o meno profondamente secondo la forza degli stessi sieno attuali, sieno potenziali, si procura cioè uno strato di necrosi anche di tessuti sani sui quali può rigogliosamente vegetare la sepsi che per condizioni accidentali non abbia subito l'azione del caustico; ragione che obbliga anche qui a medicazioni ripetute.

Il processo distruttivo ha prodotto un vuoto nel quale si riverrebbero i liquidi, le secrezioni della superficie cruenta; questi non è bene che ivi ristagnino ove costituirebbero terreno buono per nuovo sviluppo di germi, devono venir via. Perciò quegli spazi, quel vuoto devono esser ripieni di sostanze assorbenti o altro mezzo che continuandosi con altra sostanza disposta alla superficie i liquidi assorba; questa sostanza assorbente è bene non aggiunga germi alla superficie scoperta, quindi sia sterilizzata: se contiene degli antisettici è imbevuta dei liquidi suddetti che permanendo a lungo a contatto di quella superficie avranno su di essa un'azione caustica anche mag-

giore. E quindi un abbandonare un agente caustico a sè stesso ad agire su tessuti sani e su settici, un procedere un po' alla cieca. L'uso di tali sostanze non si potrà riprovare in ogni modo quando non potendo aver pronto materiale sterilizzato si ricorra a sterilizzarlo alla meglio immergendolo in esse e lasciandolo poi umido ancora; oppure quando in casi di sepsi gravissime non avendo potuto fare una completa pulizia la si vuol completare col caustico, e così quando non avendo ritenuto opportuno far pulizia di qualche tessuto necrotico se ne voglia menomare l'alterazione putrefattiva.

Vi sono degli eccellenti antiputrefattivi: tipo *ipoclorito di calce*. Non facciamo che accennare ad un materiale d'uso comunissimo, la garza iodoformica, il cui potere antisettico non è certo da eguagliarsi a quello delle soluzioni che si sogliono usare. Della sua utilità riguardo medicatura asciutta su ferite sane diremo in altro capitolo. Nei casi di flogosi diffusa con complicazioni gravi di necrosi la pulizia con qualunque mezzo è più complessa e spesso impossibile a completarsi; si hanno brandelli di tessuti necrotici gangrenosi, tratti di organi, tendini, ossa, ecc. i quali devono essere rimossi: qui il miglior modo di rimozione è certo un tagliente, meglio anche il tagliente rovente ed è importantissimo il modo di praticarla; il cavo suppurante va vuotato del materiale purulento e deterso con garza asciutta; il lavaggio può essere utile in casi speciali di grandi cavità ben delimitate, ma deve essere sempre seguito dalle pezze assorbenti: indi i brandelli che pendono dalla superficie vengono asportati o col cucchiaino o con la forbice ed oculatamente, sia per gli organi interessanti che possono capitare, sia per le possibili diffusioni dal fondo verso altri spazi secondo la topografia della regione. Quindi bisogna asciugare con assidua vicenda, spiare ed esplorare i tessuti, gli organi, riconoscerli, controllarne l'aspetto sano o alterato. Se mai una diffusione si mostrasse divaricando e mettendo tutto a luce, spazzare la via e inseguire dappertutto la flogosi, lungo i muscoli, tra i tendini, nelle sierose fino ai limiti estremi.

Qui come dicemmo giova molto lo studio clinico esatto del caso e la cognizione dell'anatomia normale e la pratica chirurgica. Qui giova il procedere prudente e metodico e l'essersi tutto approntito; qui può molto la mano dell'uomo. Un processo flogistico aggredito completamente dopo due giorni è esaurito del tutto. In questi casi gravi è da considerare il gran giovamento che porta l'incisione all'asfissia de' tessuti onde il risorgere della resistenza d'essi e quindi l'arresto del male: i vasti sbrigliamenti e la ampia scoperta dei

recessi settici costituiscono la sola sufficiente cura. Il giovamento che vi si porta con tale procedimento è immenso, è tutto quanto si può fare, è più che sufficiente per arrestare qualunque processo flogistico. Il chirurgo che di ciò ha pratica ben può apprezzare la esattezza, la verità di tale asserzione; egli con tutta sicurezza fa una prognosi buona e misura la durata di malattia. Evidentemente spetta non poca importanza alla incisione d'un flemmone e non poco criterio occorre mettere in pratica perchè il procedimento che siamo per tenere sia il migliore che si possa tenere. In casi semplici, come dissi, basta una semplice incisione che dia esito alla raccolta, anche la rottura spontanea; ma l'incisione cieca e il più cieco scucchiamento e l'illusoria spremitura non sono sani procedimenti se non per i non pratici, i profani. Ogni volta che si ha da fare con un flemmone bisogna farne la diagnosi di sede particolareggiata, farne lo studio topografico, indi stabilire e disegnare un sistema d'incisione il più sicuro, il più innocuo per gli organi inclusi, il più pratico per le medicature, il più adatto per una pronta guarigione ed anche il meno deturpante. Allora non occorrerà che detersione, che pulizia con materiale assorbente asettico, garza sterile: la cura sarà tutta *meccanica*.

Una cavità settica, anfrattuosa deve essere semplificata e rapportata direttamente ad un'apertura per la quale dovrà essere medicata: su una superficie esterna settica non si fa che una medicatura a piatto; in una cavità si ha una superficie a volta sulla quale va fatta eguale medicatura, il materiale deve essere in contatto con tutta la superficie, deve mirare a mantenerne le forme, deve riprodurre la medicatura a piatto come se fosse piatta realmente ed esterna, si devono assolutamente evitare seppimentazioni e insaccamenti. L'importanza sta nel diretto contatto tra la sostanza assorbente asettica e la superficie ancora settica ma detersa; tutto il risultato nello scrupolo di daper tutto portare tale medicatura: gli spazi, le cavità aperte sono lo stampo, il cumulo di garza è un soffice modello: può succedere di trovare in ciò gravi difficoltà, per esempio un tendine, un nervo, un vaso, un muscolo, un osso per un tratto tutt'intorno disseccati; l'ingombro venga accolto e circondato da quel materiale asettico, sia adagiato in mezzo ad esso; non bisogna esser mai corrivi a sacrificarlo, spesso parte sopravvive e anche minima conserva una funzione che può essere importante. Questo contatto di materiale assorbente, esatto, completo, non trascuri adunque la minima foveola, potrebbe dar essa risveglio e propagazione; sui tessuti i più facili

alle flogosi diffusive basta il contatto del tampone; per arrestarle ed assorbire sicuramente è necessario raggiungere però tutto il focolo fino all'estremo. Il contatto per attuarlo bene va fatto con massima avvedutezza; è necessario un confezionamento speciale dei tamponi, fatto durante la medicatura, a dimensioni, lunghezza e spessore rispondenti allo spazio da riempire; in un piccolo tramite la forma di un nastro, nastro-tampone, tra uno strato ed un altro uno strato di garza che giunga fino al fondo estremo del fornice tra strato e strato in modo che la falda di garza stia come tra i fogli di un libro: assolutamente tutto ciò che si segrega deve inzupparsi la medicatura, i cencetti, i brandelli necrotici se ve ne sono ancora non devono sostando fra la melma settica ristabilire cumuli di cultura, le superfici non devono accollarsi ricostruendo immantinente focolai nuovi, il materiale settico scarso residuo o riformato deve da un lato subire l'offesa degli elementi dei tessuti, dall'altro il disagio della presenza d'un materiale asettico asciutto che assorbendo sottrae l'elemento migliore alla riproduzione. In tal modo ogni tentativo de' tessuti ad organizzarsi in difesa, a costituire una barriera alla sepsi, a connettersi continuamente con nuove produzioni, formanti uno strato delimitante, *la membrana delimitante*, non andrà perduto, e presto in tutta la superficie irregolare anfrattuosa, prima livello di distruzione dei tessuti, ora in contatto con la medicatura, si stabilisce una connessione, una continuità rassicurante; s'inizia, il lavoro di cicatrizzazione nè più nè meno che in una perdita di sostanza comune. Se però qualche tratto di superficie in un insaccamento lungo un organo non fu medicato e restò a sè stesso col suo contenuto settico ivi la flogosi persiste e progredisce; ecco l'importanza di riuscire con la prima medicatura ad aprire tutto; così pure se uno spesso tralcio di tessuto necrotico sia lasciato in posto, tra gli strati profondi di esso e i tessuti sani può persistere la sepsi e dar luogo ad altre diffusioni: ecco pure l'importanza di ripulire più che sia possibile la superficie aperta. In ciò semplicemente consiste il trattamento della flogosi, aprire tutte le localizzazioni di essa e ripulirne completamente le superfici. Avendo attuato ciò, noi abbiamo procurato uno stato tale di cose per cui certamente i tessuti prenderanno il sopravvento e s'avvieranno come abbiamo detto alla cicatrizzazione. La ragione unica e costante per cui la cura chirurgica di localizzazioni settiche non riesce è sita nella difficoltà di mettere ciò in pratica esattamente. In vero salvo eccezionali estesissime localizzazioni ed in regioni ricche d'organismi vitali, l'assistente oculato e paziente se non col primo in-

tervento con la prima e seconda medicatura riuscirà sempre a completare il detto trattamento.

Arrestata così la sepsi, noi saremo dinanzi ad una superficie irregolare, ad un cavo aperto il cui piano s'avvia alla cicatrizzazione nè più nè meno che una piaga piatta tutta esterna. Noi non possiamo far niente che superi la natura, niente che l'eguagli, noi siamo spesso invece nella necessità di disturbare il procedimento naturale, noi dovremo solo studiare di nuocere ad esso il meno possibile. Nella piaga piatta dovremo quindi favorire l'epitelizzazione, oltre ben inteso assicurarne ogni reinfezione; alla piaga, cavo, dovremo permettere che si ricolmi favorendo il naturale avvicinamento che subiscono le superfici, regolando la neoformazione e quindi dovremo curare l'epitelizzazione. Mano mano che tutto ciò si effettuerà, diminuiremo il materiale di medicatura, con parola brutta la riempitura, permetteremo la riduzione progressiva e sicura del cavo senza trascurare mai tratto alcuno della sua superficie; in ciò consiste la medicatura e a che sia praticabile facilmente, dovremo poter disporre di aperture sufficienti che mettano a quel cavo e sarà bene averle praticate ampie preventivamente nel primo intervento: in ciò è un altro punto importantissimo del trattamento della flogosi: spesso infatti per aperture insufficienti che rendono difficili e dolorose le medicature sfuggono secondariamente superfici e spazietti profondi dai quali procede di nuovo l'infezione.

Evidentemente l'apertura della flogosi troverà circa il numero e la direzione di sue incisioni norme speciali in rapporto alla regione agli organi invasi. Il materiale di medicatura non è assorbente nel senso assoluto della parola: quindi tra esso e la superficie degli spazi aperti v'è sempre ristagno di secrezione settica riprodotta, specie verso quella parte che per la giacitura del paziente costituisce il fondo ed ivi anzichè iniziarsi la reintegrazione prosegue la distruzione dei tessuti, per cui in ciò è un'altra ragione di norma dell'apertura della flogosi. L'assistente che pazientemente ha potuto da vicino seguire simili fatti patologici e con soddisfazione di un trionfo, regolarli secondo il proprio volere è coscientemente animoso di vincere qualunque flogosi.

Un focolaio invero, come tale è sempre estinguibile anche se si considerino casi di soggetti diatesici; i tessuti umani viventi vincono sempre sui germi se aiutati dall'uomo, questa capacità si confonde con la propria loro vitalità, ed è sufficiente, esuberante col suddetto trattamento, sicchè anche tessuti i meno resistenti (nei nefritici, ane-

mici, diabetici) hanno poteri efficaci se coadiuvati dal nostro opportuno trattamento. [Non si confonderanno quei casi nei quali è pronta e facile la setticemia per prepotente offesa microbica oppure la tossiemia abbia azione eccezionalmente deleteria]. Adunque se i tessuti abbiano ancora resistenza, e che la abbiano lo mostra la loro organizzazione vitale, è sempre possibile lo arresto dell'infezione locale, giacchè il proseguir d'essa è come si è detto il rapporto tra i poteri di difesa e quelli d'offesa e giacchè col nostro oculato ausilio possiamo fare quasi distruzione dell'infezione e non disturbare affatto le attività difensive.

Evidentemente più prontamente e completamente si deve arrestare la flogosi locale quanto minore è la difesa organica come negli anemici, nei nefritici e nei diabetici; la grande diffusione nei tessuti, purchè implichi una possibilità di completa aggressione, non avrebbe importanza se non per il maggior trauma chirurgico necessario.

Per quanto si è ricordato un intervento chirurgico per flogosi acuta è spesso un cimento per il chirurgo più provetto, in fondo non è che una medicatura nella quale però è riposta la salute di un individuo e per la quale si richiede la coscienza non dell'*incisione e scucchiamento solo*, ma di coefficienti di una veramente alta chirurgia.

A volte la regione per sè stessa e la presenza di organi essenziali impediscono di praticare incisioni per estensione e direzione le più adatte al caso, allora viene in campo tutto il criterio del chirurgo; una lunga incisione può essere sostituita da multiple in linea; gli organi di funzioni importanti, in casi di estrema necessità vanno anche sacrificati, a seconda crederà opportuno il chirurgo potranno essere isolati e compresi nella medicatura per soprassedere sulla loro ablazione e sulla estensione della stessa, che si determinerà facilmente nella prima medicatura o anche sull'abbandono a eliminazione spontanea. A volte si dovrà passare a ponte sotto muscoli, sotto tendini e nervi e l'importanza della medicatura e la sicurezza d'eliminare ogni ristagno al di là della ristrettezza è proprio nel mantenerla beante e larga, la cavità al di là deve essere drenata. L'ideale della formazione degli spazii da medicare è la forma imbutiforme con la base alla cute. Data una vasta cavità superficiale gli altri spazii e seni che mettono in essa, abbiano in questa la base e l'apice sia profondo: comunque la forma deve essere ampia all'esterno, gradatamente e uniformemente restringente all'interno. Perciò l'esito è riposto nel saper mantenere questa forma sino alla completa chiusura delle piaghe e più nell'esser stati radicali sin dal primo intervento, nell'aver su-

bito eliminata ogni sepsi, ogni assorbimento. In casi gravi talora al chirurgo è imposto di sottrarre all'infezione l'infermo in uno o due giorni; infatti spesso potendo lavorare al completo, al secondo giorno la febbre o cade o cede di molto, spesso la sera dell'intervento salisce più che precedentemente, poi al terzo giorno è finito ogni fatto d'assorbimento. Ad illustrare quanto sopra abbiamo accennato sarà opportuno ricordare qualche caso:

Fontana Gaetano di anni 39 fu ricoverato a S. Spirito il 19 ottobre 1903 per ernia inguino-scrotale sinistra strozzata. Era in istato gravissimo, faccia ippocratica, polso addominale, vomito bilioso.

All'operazione si riscontrò un'ansa del tenue nel sacco gangrenata perforata; previa accuratissima toletta si reseccò l'ansa facendone la riunione col bottone di Murphy su pareti perfettamente sane, si reseccò parte dell'omento e ridotti entrambi, si chiuse il sacco in alto con punti a borsa di tabacco passati all'interno, avendolo preparato solo nel suo colletto: la gran parte del sacco, quella libera contenuta nello scroto era divenuta verde gangrenosa e non sarebbe stato assolutamente possibile prepararla integralmente, fu aperta ed asportata a brandelli insieme a cenci d'omento aderenti, residuati dalla resezione. Insistendo nella pulizia minuziosa e ripetuta si tentò una riunione plastica alla Bassini con procedimento modificato: quattro punti pei muscoli ed aponeurosi col Poupart, quattro punti pel sottocutaneo e cute, la parte inferiore della ferita sottocutanea fu prolungata sino allo scroto e tamponata con medicatura che, come la esterna cutanea, era all'ipoclorito. Sulla cute e su' tessuti ripuliti dalla cangrena il danno che avrebbe potuto apportare il caustico sarebbe stato minimo: non v'ha dubbio che avrebbe su di essi costituito un ambiente sfavorevole alla vita de' germi e in quel caso non ne mancavano dei virulentissimi.

Nei tessuti profondi avrebbe certo agito oltre che sull'elemento infettivo, anche su tessuto sano qua e là scoperto con la toletta praticata: ma data l'estrema virulenza dei germi, un'antisepsi del primo trattamento che avesse distrutto anche superficiali e brevi strati sani era preferibile alla semplice asepsi.

Al secondo giorno dell'operazione avendo avuto un andamento clinico di risentimento peritoneale, essendovi elevazione di temperatura 39.5, persistendo il polso piccolo e l'aspetto apatico, si esaminò la ferita.

La regione scrotale sino alla radice che già prima dell'operazione era adematosa, appariva intensamente infiammata: tutta la cute del-

l'addome meno una minima parte nell'ipocondrio destro, quella degli inguini fino al di là delle creste iliache, edematosa, lucida, sollevata. Si apre la ferita inguinale togliendo i quattro punti: il sottocutaneo è necrotico e segrega icore fetidissimo che viene anche di sotto l'aponeurosi del grande obliquo e dagli strati profondi: tolti i punti muscolari è tutto un flemmone gangrenoso che ha circondato il cordone ed ha dilagato in tutti gli strati della regione: assorbito bene il secreto si rimuovono i tralci necrotici aponeurotici e muscolari e piano per piano, incominciando col prolungare l'incisione cutanea in alto fino sopra la cresta iliaca e verso i lombi. Facendo sollevare lo strato muscolare in alto e il cordone di lato si forbisce tutto il piano profondo tra i muscoli e la fascia trasversal e Poupart e lo si mantiene con tamponcini di garza asettica; qui del resto il processo è meno intenso e diffuso; verso l'allacciatura del sacco non v'è reazione alcuna. Sempre pulendo, rimuovendo tralci necrotici e penduli di vassellini trombizzati ed esplorando lungo essi si insegue la necrosi tra il piano muscolare e l'aponeurosi che è quasi tutta nera e di lato e in alto tra il grande obliquo ed il piccolo ove era un altro piano di diffusione; il bordo muscolare lì dove costrinsero i quattro punti è disfatto; si va fin dove appare tessuto di unione sano, di colore normale; il cammino fatto vien fissato con interposizione di garza a piatto, di nastritamponi, in modo da impedire dappertutto il riaccollarsi dei tessuti distaccati, con tamponamento a libro. Nel sottocutaneo, quasi tutto il grasso è sostituito da pus e tralci necrotici; rimuovendo ogni detrito e sollevando la cute si giunge a grasso in cui il pus apparisce come interposto, immischiato tra brevi tralci di connettivo meglio conservato, fino a che il pus è in minima parte e appaiono i tessuti sani. Qui ci arrestiamo, ma oramai pel sottocutaneo siamo al di dietro della spina iliaca anteriore superiore, all'ombellico, verso l'inguine e l'ipocondrio dell'altro lato; laonde regolandoci coi limiti esterni di cute alterata, pratichiamo una lunga incisione all'inguine destro ed un'altra al bordo costale sinistro di dove si raggiunge da un lato lo scollamento fatto dall'incisione sinistra e dall'altro si progredisce fin dove è estesa l'infezione.

Infine tutta la cute dell'addome è preparata e scollata lasciandola aderente per la regione pubica, per lo spazio costiliaco sinistro e per l'ipogastrico destro e per l'ombellico; sollevando con una grossa valva s'interpone uno strato di garza a larghe strisce, d'eguale spessore in modo che non comprima e ostacoli la nutrizione della cute. Lo scollamento è fatto con forbici e bisturi smagliando e recidendo

sempre finchè apparisce qualche minimo focolaio di pus o necrotico. La garza si ritenne opportuno imbeverla in soluzione di ipoclorito a metà saturo e bene spremuta poichè essendo antiputrefattiva per eccellenza avrebbe certamente contrastato i processi putrefattivi inevitabili nei numerosi cenci necrotici data la vastità delle superfici segreganti e la virulenza della sepsi; per quanto scrupolosi qualche minimo grumo di materiale settico poteva essere stato lasciato su qualche brandello di vaso o tessuto, giacendo su garza antisettica, avrebbe trovato territorio più sfavorevole.

Il lavoro durò due ore e fu sopportato dal paziente quasi insensibile per lo stato di grave tossiemia.

Il giorno seguente si rinnovò la medicatura con lo stesso metodo completando la pulizia e limitando la garza all'ipoclorito solo nelle parti ove era più intenso il rammollimento, a ridosso dei muscoli: tale strato di garza attorno a ciascun bordo muscolare costituiva un ambiente potentemente antisettico, perchè producendo necrosi di tutto ciò che era alla superficie del muscolo ancora infettato, insieme ad uno strato superficiale sano dello stesso distruggeva ogni elemento e focolaio settico, la cui eliminazione poi si sarebbe fatta per *vis bonum*, che non impaura. Lo stato generale era migliorato, calmati i fenomeni peritonitici, l'aspetto del malato meno itterico, meno apatico. In breve con medicature susseguentisi a solo fine di interporre garza ai tessuti fino a che tutte le superfici avessero granulato bene, s'ottiene lo scopo; dopo 7 giorni una sutura incavigliata riunisce l'incisione inguinale destra, più tardi la costale ed infine l'inguinale sinistra. L'andamento della riunione intestinale fu regolare, si ebbe l'emissione del bottone al 10° giorno; il 24 novembre, essendo stato operato il 20 ottobre, il Fontana uscì dall'ospedale completamente cicatrizzato. La regione in questo caso si prestò alla cura perchè si poté in prima seduta raggiungere la linea di avanzamento dell'infezione nei diversi strati ed esser quasi completi nel ripulire i tessuti, fu possibile una via larga, sicura, mancando ogni obbligo di rispetto per organi essenziali.

Ricordiamo un altro caso interessantissimo capitato pure a S. Spirito:

Buratti Sesto di 24 anni viene accolto il giorno 5 dicembre 1903 in condizioni gravissime per flemmone del collo. Stato tifico, febbre a 40°, polso aritmico; asfittico per dispnea da compressione della trachea. Presenta il collo deformato, enormemente gonfio sì che dal profilo della spalla e della prominente clavicola destra si va alla mastoide, alla nuca, alla mandibola per un piano convesso in fuori; ogni curva,

ogni fossa o prominenza è scomparsa, sulla linea alba, non più giugulo, non prominenza tiroidea, non incavo sopraioideo; a sinistra in minori proporzioni lo stesso fatto, fino a un breve tratto di tessuti integri dalla linea apicale cervicale al bordo del trapezio sinistro, quivi solo il collo è indolente, non tumido, non arrossato: a destra l'edema e la pastosità si estende anche per tutta la fossa sottoclavicolare e per il corpo dello sterno. La cute nel mezzo della regione carotidea destra è asfittica, cianotica e tesa, è per rompersi. L'infermo è quasi inconsciente: narrano che sei giorni prima era stato preso da febbre, dolor di gola e tosse leggera, dolori per gli arti; in casa v'erano stati casi d'influenza, fu curato opportunamente per influenza, ma presto il dolore passò al collo e insieme il gonfiore, sopraggiunse difficoltà di deglutizione e respiro, e la temperatura si fece altissima.

Si opera d'urgenza dopo aver esaminato attentamente il faringe e tutto il collo e torace; al torace nulla, al faringe edema diffuso, edema alla glottide: dolentissima la regione sopraclavicolare destra, impossibilità de'movimenti del capo, perchè dolorosissimi.

Siamo davanti un caso di flemmone largo forma Dupuytren; esso evidentemente è diffuso ad ambo i lati del collo sebbene più a destra e forse non ha evaso dal limite costituito dall'aponeurosi media non essendovi accenni a diffusione verso il cavo dell'ascella e verso il mediastino come fanno i flemmoni profondi retroposti al detto riparo. Si fa una lunga incisione dall'apofisi mastoide destra lungo il bordo posteriore dello sterno cleido mastoideo sino alla clavicola e oltre l'inserzione del muscolo stesso, attraversato il sottocutaneo viene fuori una grande quantità di pus: un dito inguantato ci guida per tutto lo scollamento che va dai limiti del capo al di là della clavicola, al di là del margine laterale destro del trapezio: sollevando con lunghi divaricatori il margine posteriore dell'incisione, si libera da qualche tralcio di connessione profonda il piano scollato finchè appare il margine del trapezio: in alto il sottocutaneo è integro giallo, connesso all'aponevrosi a livello di una linea occipitomastoidea, così in basso tre dita circa sotto la clavicola.

Lo strato sovrapposto al trapezio essendo tuttavia a focolai di pus interstiziali da tratti necrotici, richiede un'altra incisione sul bordo di esso, con la quale procedere fino quasi a livello della linea apicale, ove il sottocutaneo è normale. Anteriormente la suppurazione si è fatta strada tra il sottocutaneo e il platisma, sì che qui il lembo risultante dallo scollamento flogistico è doppio per circa 3 centimetri: si fa pulizia completa tra questi due strati, poi si sollevano insieme

per raggiungerne l'estremo profondo: al bordo della mascella e verso la linea alba la regione sopraiodea destra è immune: in basso con un'incisione sul giugulo dallo sterno fin quasi allo iode si completa l'esplorazione e toletta dello strato suppurante che sorpassa di poco la linea mediana; tale incisione fu necessaria sia per procedere verso il lato sinistro come verso l'incisione destra dalla quale non si raggiungeva la linea mediana per quanto si divaricasse il lembo. Nel mezzo del pus appare lo sterno cleidomastoideo per più della metà inferiore dissecato, con l'aponevrosi completamente distrutta. Il piano profondo che dal margine del trapezio viene avanti è una superficie irregolare ricca di cenci necrotici che viene dietro lo sterno cleidomastoideo davanti la zona vascolare e mostra l'omoplata iodeo; qui la diffusione della suppurazione è irregolare, s'è stradata tra cute e muscolo sternoiodeo in avanti e distruggendo tutte le guaine muscolari dell'aponeurosi media è giunta sullo sternotiroideo e già al di sotto di esso. Lungo i vasi s'è approfondita dietro la clavicola scoprendo il bulbo venoso inferiore ed avvicinandosi molto al mediastino anteriore; l'estremità interna della clavicola è dissecata dal pus per i due terzi del suo contorno superiore, inferiore ed interno; le guaine dei vasi sono integre, ma ad esse vanno i numerosi brandelli di vassellini trombizzati necrotici, qualcuno lacerato per la medicatura ancora sanguina. Così attraverso ai muscoli sottoiodei si va profondamente a sinistra; uno strumento fatto scivolare delicatamente fra i due muscoli e rivolto in avanti, lo si palpa per l'estremo sul margine anteriore dello sterno cleidomastoideo di sinistra, però lo scollamento del sottocutaneo si arresta vicino la linea mediana; con una incisione lungo il margine interno della porzione clavicolare del muscolo, senza raggiungere l'incisione giugulare mediana si attraversa il sottocutaneo, il platisma, l'aponeurosi e si cade in uno spazio sottoaponevrotico pieno di pus, ove è l'istrumento; divaricando e detergendo bene s'esplora; esso si estende dietro lo sterno cleido, è breve e facilmente drenabile; dalla breccia fatta non partono altri diverticoli. Per ciò, come dicemmo, siamo davanti ad un flemmone largo del collo che avendo distrutta l'aponevrosi superficiale si è mantenuto al di fuori del piano aponevrotico medio interessandolo però nella sua parte più debole ed inferiore ne' pressi della clavicola e di lì minacciando il mediastino. Fatto questo studio completo e riempiti tutti gli spazi mano mano che venivano aperti, per concorrere alla emostasi, si imprende il lavoro definitivo di pulizia e tamponamento. Sono preparati dei nastritamponi che saranno i definitivi come sa-

ranno tolti i provvisorii: in breve tutti gli spazi descritti furono esattamente occupati da strati di garza asettica, asciutta, il lembo anteriore presentava quindi nel suo spessore uno strato di medicatura, lo sterno cleidomastoideo ne era tutto attorniato, garza era nella fossa dietro l'articolazione sterno-clavicolare tra i muscoli sternotiroioidei e tra essi è la glandola tiroidea. Le incisioni erano disposte in modo da assicurare la nutrizione della cute, non alcun organo che pericolasse. Una giacitura orizzontale si ritenne necessaria per evitare il ristagno del secreto nel fondo retroclavicolare. Il giorno seguente alla prima medicatura si completò la ricerca dei diverticoli ed insaccamenti sicchè non alcuno più ne sfuggia; dopo 6 giorni tutta la descritta superficie ed organi granulavano e la piaga che appariva attraverso alla grande incisione centrale era quasi una preparazione granulante della topografia delle regioni laterali del collo.

La febbre cadde con indizio buono. Pareva finito ogni pericolo quando dopo pochi giorni ridestatosi il dolor di gola sopraggiunse una broncopolmonite a sinistra, tale che in breve condusse l'infermo a morte. Il fatto locale era guarito.

Si potrebbero moltiplicare i casi per dimostrare l'importanza di tale medicatura e tutti interessantissimi, flemmoni per traumi, fratture esposte, ascessi da appendiciti, flemmoni della pelvi, delle mani, piedi, gli stessi favi; in ogni parte del corpo l'ubicazione dell'ascesso è differentissima, ma caratteristica, ivi si ripete su per giù sempre egualmente. Ovunque, la medicatura deve riuscire a snidare subito ogni focolaio ed a dominarlo, a sorvegliarlo a piatto, a trarne fuori il secreto, a stabilirne uscita facile e sicura; il procedimento allora è necessariamente efficace.

Degno di nota è il caso del bambino Lozzi Luigi accolto nell'ospedale di S. Giacomo il 9 aprile 1905 per frattura esposta della gamba sinistra al 3° medio complicata da flemmone diffuso di tutta la gamba, era in uno stato tifico grave con febbre elevatissima; era già stato ampiamente sbrigliato ma la febbre persisteva, le condizioni peggioravano da decidere alla disarticolazione del ginocchio ed io stesso ne avevo assunto l'incarico. Nell'accingermi all'operazione, volli ispezionare il territorio dell'infezione; invero per tagli estesi erano allo scoperto i frammenti ossei dappresso alla frattura, privi di periostio e si potevano ben dominare per un'apertura sita sulla linea della cresta della tibia; era pure opportuna una controapertura di lato al tendine d'Achille: ma si era fatto fondamento sull'azione dei bagni a permanenza e dei lavaggi, mentre chiusi permanevano

focolai d'assorbimento e ristagni icorosi tra i muscoli e le ossa. Si esaminarono bene tutti i recessi, si asportarono cenci gangrenosi, si inseguì la sepsi in ogni spazio intramuscolare e sottocutaneo, si aggiunse un'incisione destra per dominare il perone, si estesero le precedenti in basso ed ovunque si tamponò con garza asettica. Si trattava di un bambino quanto mai indocile alla medicatura, ma in pochi giorni il miglioramento fu tale che la gamba era assicurata e mercé l'assidue cure di un egregio assistente finì per guarire avendo un arto per nulla inferiore al sano.

Emessa questa teoria di *cura meccanica*, assoluta, non è inopportuno dir qualche cosa di altri mezzi usati ai quali viene tuttora da molti annessa grande importanza. Le posche medicate antisettiche, i bagni a permanenza, gli impacchi; queste applicazioni riguardano o la coadiuvazione all'atto chirurgico o la così detta cura abortiva. Sappiamo già come un ascesso possa guarire spontaneamente, come un fatto settico possa iniziarsi ed esser vinto e sopraffatto spontaneamente dall'organismo senza alcun aiuto, quali saranno quindi i casi di cura ad effetto abortivo?

Eppoi con le teorie odierne sulla flogosi, dato un processo profondo senza continuità con una porta d'ingresso superficiale come possiamo agire su di esso? Con la temperatura, ghiaccio o caldo, col portarvi direttamente un antisettico, iniezioni: e dovremo dire ancora dei vescicatori adoperati anch'essi come mezzi abortivi? Odiernamente si dà molta importanza all'alcool. All'alcool, agli antisettici a freddo, a caldo non daremo maggior valore di una sterilizzazione della superficie e quindi di possibili sorgenti d'infezioni, non altro: al caldo, al ghiaccio un'azione sedativa del dolore. Alle iniezioni antisettiche, acqua ossigenata, acido fenico, sublimato ecc. un mezzo sufficiente per piccole localizzazioni e superficiali, che si possano dominare completamente. Ma parliamo delle posche; parrebbe a prima giunta quanto mai opportuno il porre a permanenza in un antisettico una superficie settica per la sterilizzazione; ma innanzi tutto ponendo gli arti al bagno non è la superficie settica a risentirne ma la cute integra; bisognerebbe tener divaricati i tessuti perchè il liquido tra essi dappertutto agisse: anche con un tamponamento a modo nostro sperando che attraverso la garza filtri l'antisettico, non avremmo che quella stessa condizione di cose di una medicatura antisettica che noi già dimostrammo quasi sempre superflua, dannosa; l'antisettico più o meno potente, fa uno strato più o meno alto di necrosi, che poi dovremo attendere si elimini e durante la sua eliminazione dovremo

evitare recidive di sepsi; anche nei pochi casi in cui potrà essere utile imbeverare la garza di antiputrefattivo (ipoclorito di calce, cloruro di zinco ecc.) il bagno non è consigliabile, l'azione dell'antisettico con esso non può essere governata, mentre per lo più è solo qualche punto che richiede l'antiputrefattivo. Noi il caustico lo possiamo adoperare limitatissimamente conoscendone la forza e l'espansività attraverso i vari tessuti, per tamponi imbevuti, ma solo in casi speciali e dopo il tagliente. I bagni danneggiano la cute, alterano l'aspetto esterno dei sintomi obiettivi, di prima importanza per assicurarsi dell'andamento delle cose, procurano fatti di assorbimento tossici.

Noi siamo lieti di fissare una bozza di procedimento di medicatura dei focolai settici, pensando che potrà essere accettato dai colleghi o per lo meno che verso di noi saranno essi benevoli, perchè tentammo di dare un concetto unico il quale è veramente necessario in mezzo a tanto progresso di antisettici, antiflogistici sotto tante forme e nomi!

Noi contro il flemmone appronteremo il tagliente ed un occhio vigile che ne sveli i recessi che li deterga e tali li mantenga, li domini con un potere assorbente e drenante (garza asettica) solo a volte ci gioveremo di un caustico chimico col quale avremo fatta buona conoscenza.

Il caldo, il ghiaccio ci gioveranno contro il dolore: l'impacco coibente umido al boudrouche potrà farci servizio per una facile rimozione delle medicature.

70718





