



Prof. ALFONSO MAGLIULO

Maggiore medico del R. E.

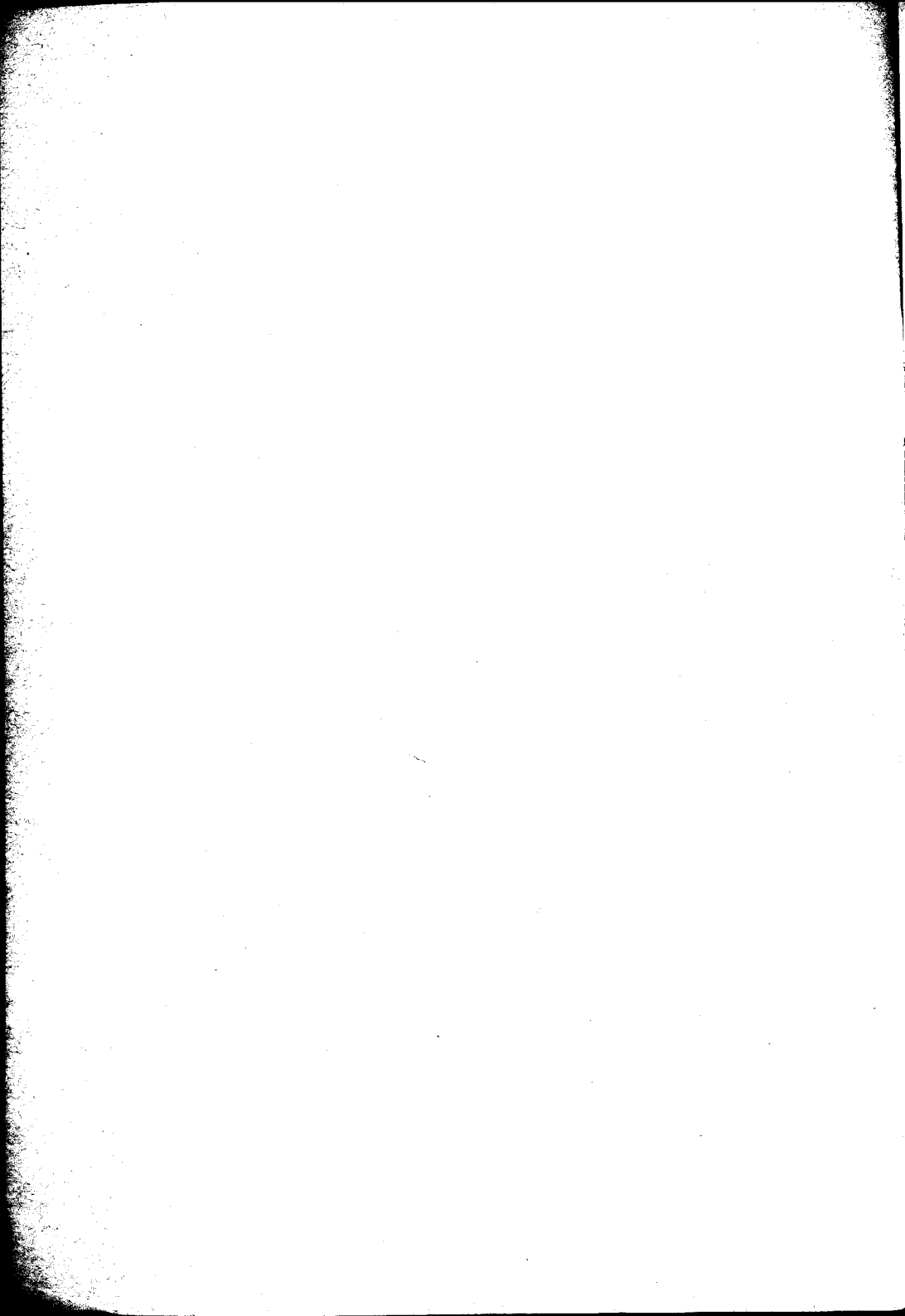
Trattamento delle fratture esposte nella pratica di guerra

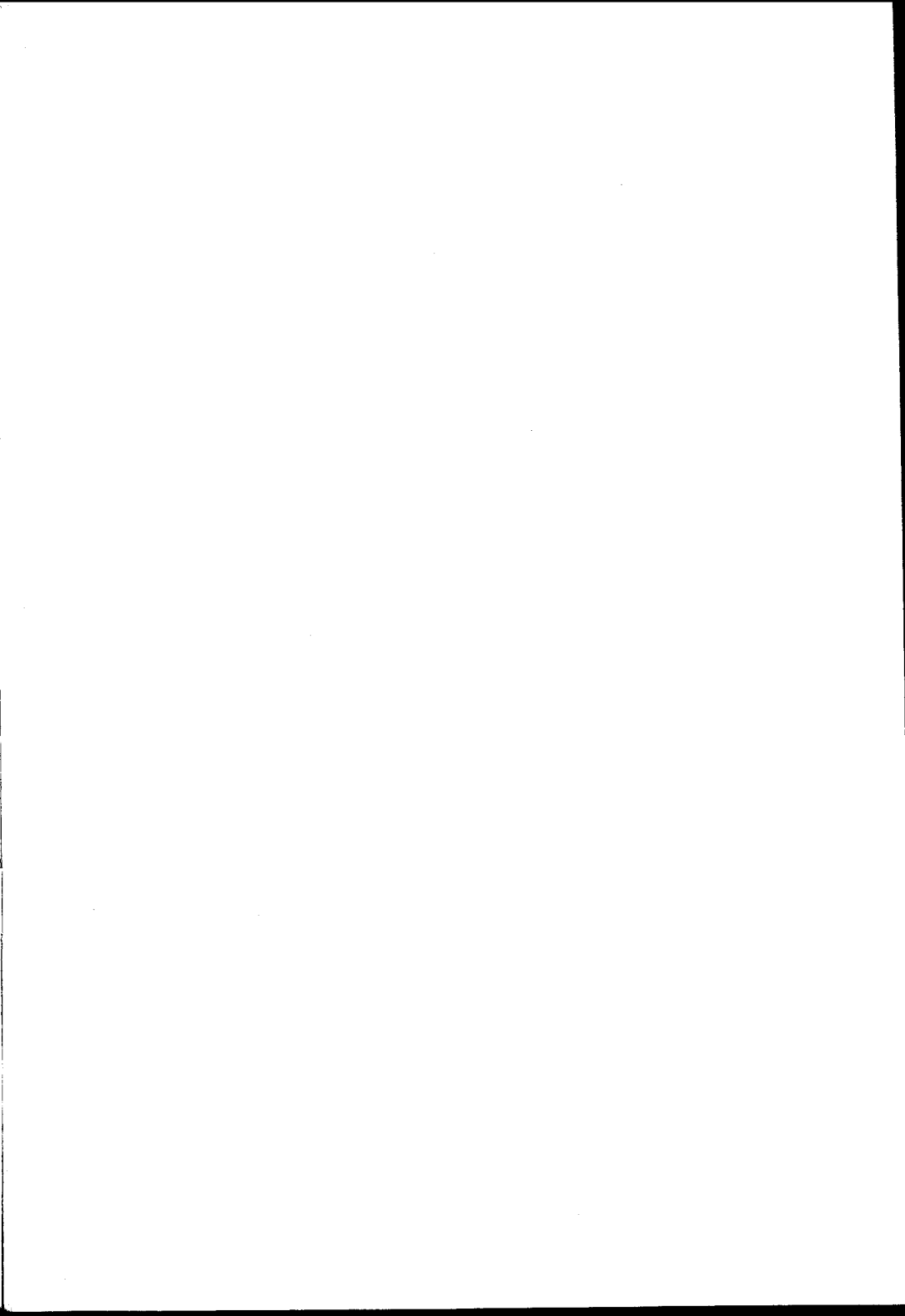
(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 18 del 30 settembre 1936-XIV)

Acc
B
56
132



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA",
ROMA . VIA DELL'ANIMA, 46







Prof. ALFONSO MAGLIULO

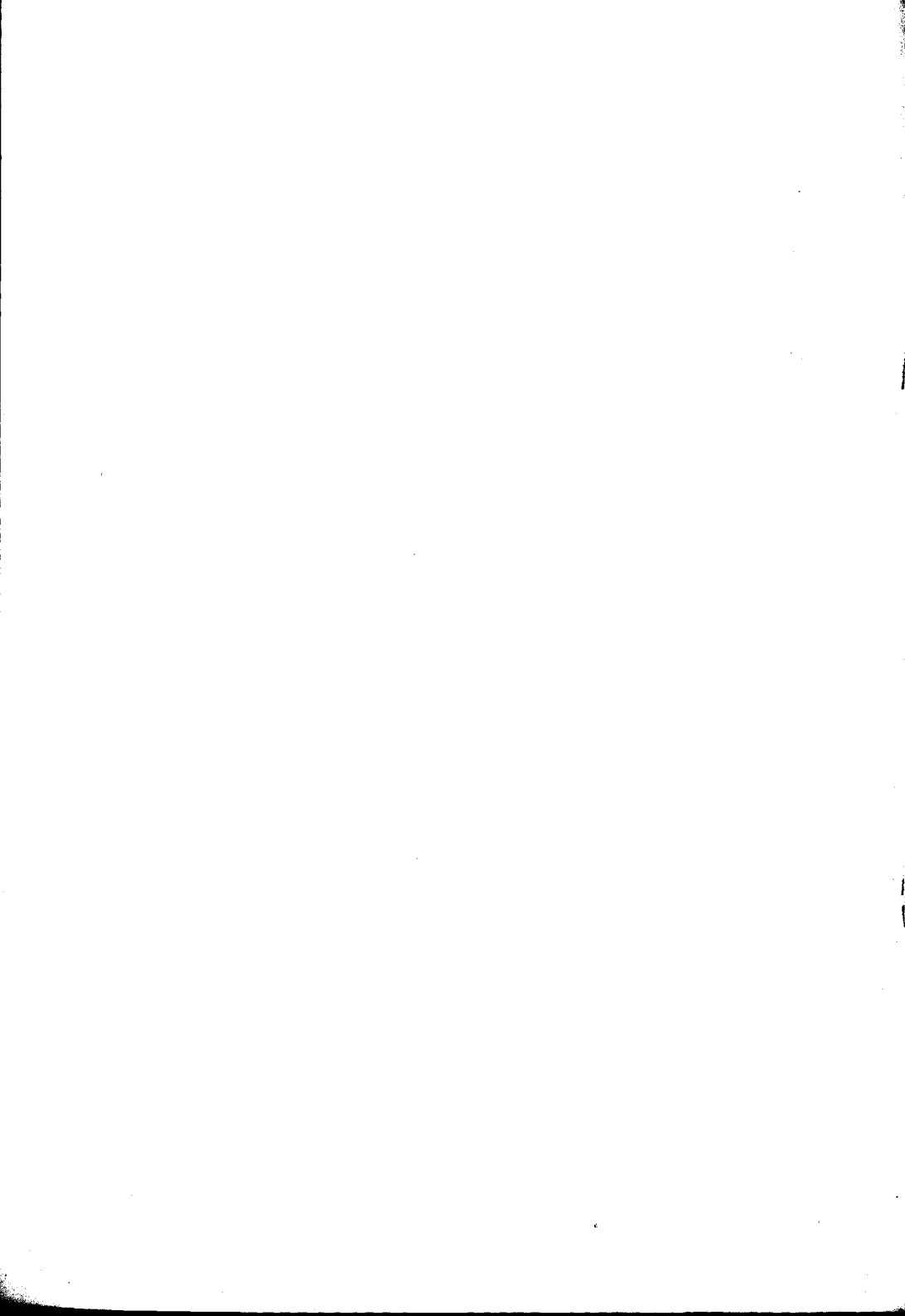
Maggiore medico del R. E.

Trattamento delle fratture esposte nella pratica di guerra

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 18 del 30 settembre 1936-XIV)



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA",
ROMA · VIA DELL'ANIMA, 46



Tra i capitoli della chirurgia di guerra, riguardanti la cura delle varie lesioni prodotte dai diversi agenti vulneranti, quella del trattamento delle fratture esposte è uno dei più importanti e nello stesso tempo il più vasto ed il più complesso per tutto un insieme di fattori rappresentati, oltrechè dal pericolo dell'infezione e conseguenti complicazioni, dalle particolari contingenze di ambiente, dalla relativa disponibilità e possibilità d'impiego dei mezzi più adeguati rispetto al numero ed alla gravità delle lesioni a carico dell'apparato scheletrico.

Uno studio sui metodi di cura delle fratture esposte nella pratica di guerra non può essere esauriente senza prendere in esame i vari fattori che ne costituiscono quella fisionomia nosologica e contingenziale che la contraddistingue dalle fratture della pratica civile.

Sono essi fattori basali e fondamentali che non si possono mettere da parte senza vagliarne tutto il loro valore, per poter discriminare i vari concetti terapeutici e poterli impiegare nello stesso ambiente in cui vengono a determinarsi le lesioni.

Sono appunto questi concetti basali e contingenziali che vanno studiati ed esaminati nei loro particolari per poter dare un indirizzo più razionale che si adatti e si innesti a quello che logicamente rappresenta l'organizzazione bellica nei riguardi dei bisogni e delle loro possibilità per renderli adeguati.

Non è quindi solamente problema tecnico, ma anche fundamentalmente problema di organizzazione quello del trattamento delle fratture di guerra che, come per tutti gli altri feriti di

altre lesioni, va dalla raccolta e dal primo soccorso alla cura definitiva del fratturato, attraverso le varie formazioni sanitarie, dalle più avanzate a quelle delle retrovie. Così egualmente va tenuto in massimo conto il tipo di guerra sia essa di posizione o di movimento ed in ciascun combattimento le varie fasi in rapporto al terreno, cioè di una guerra in pianura od in montagna.

Da questi molteplici aspetti bisogna far dipendere tutte le provvidenze che vengono dalle sollecitazioni di ordine tecnico, sia per il materiale che per il personale, allo scopo di ottenere risultati curativi più somiglianti a quelli che si ottengono con mezzi regolari nella pratica civile e quindi, dal punto di vista umanitario come anche da quello militare, ai fini del recupero degli effettivi di guerra.

Il trattamento quindi delle fratture esposte in guerra, oltrechè essere il più complesso ed il più lungo, è anche il più difficile a realizzarsi.

L'accresciuta potenzialità dei moderni mezzi d'offesa, specie di artiglieria, ha aumentata la gravità e la varietà delle lesioni a carico dello scheletro, che richiedono non solo competenza tecnica, ma anche una completa organizzazione con materiale vario ma razionale, da poter essere impiegato nei limiti di tempo e di luogo imposti dalle varie necessità di guerra, allo scopo non solo di salvaguardare la vita del ferito, ma anche di ottenere la reintegrazione anatomica e a restaurazione funzionale della parte scheletrica lesa.

Esso ha due obiettivi: quello della ferita e quello della frattura. L'uno e l'altro rivestono

carattere d'urgenza, essendo la prima strettamente legata a determinati limiti di tempo utile per prevenire l'infezione, la seconda alla precocità dell'immobilizzazione dei frammenti nel momento più vicino al trauma, per ottenere una buona e regolare contenzione definitiva.

Dal ferimento fino a quando il fratturato non ha raggiunto la formazione sanitaria per il trattamento definitivo, intercede un periodo di cure provvisorie che deve essere, per quanto è possibile, ridotto al minimo indispensabile.

In tale periodo due condizioni devono prevalere: la immobilizzazione provvisoria e lo sgombero immediato.

Sul campo di battaglia di regola sono gli apparecchi provvisori improvvisati che vengono impiegati, specie in una guerra di movimento.

L'immobilizzazione provvisoria, fatta con apparecchi adatti, che assicurino una immobilizzazione *immediata, razionale*, deve incominciare al posto di medicazione di battaglione o reparto equivalente, dove l'assistenza tecnica è affidata a personale competente.

Lo sgombero dal posto di medicazione di battaglione alla Sezione di Sanità, dev'esser fatto nel più breve tempo possibile, e, a seconda del terreno, con i mezzi più rapidi e più adatti.

Alla Sezione di Sanità, organo prevalentemente di smistamento e di sgombero, dev'essere eseguita la revisione e la sistemazione degli apparecchi immobilizzanti provvisori male condizionati. Gli altri fratturati, se bene sistemati, debbono essere senz'altro e al più presto trasferiti, a seconda delle loro condizioni di gravità, negli *ospedali specializzati per fratturati* d'Armata o della zona territoriale più vicina alla zona d'operazioni.

Nessun fratturato deve lasciare la Sezione di Sanità senza un'immobilizzazione provvisoria, *razionale, completa*.

I fratturati di *estrema urgenza* (emorragia, chock, osteoarticolari gravissimi) vanno curati presso i nuclei chirurgici od ospedali chirurgici di prima linea ed eventualmente presso la Sezione di Sanità.

Quelli di *prima urgenza* per i quali il trasporto a distanza comprometterebbe la vita del ferito, vanno ricoverati e curati negli ospedali avanzati, anch'essi *specializzati per fratturati*,

del territorio del Corpo d'Armata, collegati a quelli pure specializzati per fratturati del territorio nazionale, sui quali possono essere trasferiti in secondo tempo per la continuazione della cura.

L'estensione da ogni trattamento chirurgico trova la sua indicazione nelle ferite a setone, prodotte da pallottole camiciate e da piccole schegge.

Tutte le altre fratture esposte vanno operate.

Il trattamento chirurgico profilattico conservativo nelle fratture comminute, dev'essere eseguito nelle prime 12-14 ore, al massimo nelle prime 20 ore. Nelle fratture gravi della coscia, però, l'intervento chirurgico dev'esser molto precoce, per evitare lo sviluppo della gangrena gassosa.

Nello sbrigliamento delle parti molli bisogna esser larghi per poter fare una esplorazione profonda della ferita.

La scheggetomia primitiva è una necessità operatoria per scoprire ed esaminare il focolo osseo. Essa deve essere misurata, utilitaria e nello stesso tempo completa, assicurando un buon drenaggio midollare senza compromettere gravemente la continuità dell'osso al punto da influire sull'avvenire funzionale dell'arto fratturato.

Nell'applicazione del metodo della scheggetomia sottoperiosteica primitiva, sia essa più o meno larga o parsimoniosa, deve prevalere il criterio e l'esperienza clinica nelle varie circostanze ed a seconda dell'estensione e gravità della ferita.

La *sutura primitiva ed immediata* è possibile e rappresenta l'ideale del trattamento alle ferite in guerra. Essa, però, può essere effettuata in determinati casi ed esige, oltre che la precocità dell'intervento nel periodo preinfettivo, un ambiente chirurgico conveniente, competenza tecnica, periodo di calma e di minore affluenza di feriti e la certezza di poter continuare a sorvegliare la ferita. Il metodo quindi non può generalizzarsi e bisogna essere prudenti, specie quando si è poco esperti.

La *sutura primitiva ritardata* nelle fratture esposte è più sicura e tranquillizzante.

L'osteosintesi primitiva non può trovare indicazioni che in casi addirittura di eccezione.

Nelle fratture esposte già infette il trattamento è quello aperto.

La sutura secondaria parziale o totale trova la sua applicazione quando la ferita ha raggiunto la sterilizzazione clinica, o meglio ancora quando la curva batteriologica, risultante dai continui esami della ferita, va sempre decrescendo parallelamente alla temperatura.

La presenza dello streptococco costituisce una controindicazione.

Il trattamento ortopedico definitivo dev'essere contemporaneo o immediatamente consecutivo a quello chirurgico.

La riduzione dev'essere sempre controllata dall'esame radiografico.

L'anestesia locale per la riduzione è più indicata nelle fratture a setone. Quella generale, preferibilmente con etere, e la rachianestesia sono indicate nelle fratture complesse.

Fra i vari apparecchi ad estensione, i quali meritano la preferenza fra gli altri, sono consigliabili, nei limiti del possibile, quelli a trazione transcheletrica, specie se accompagnati alla sospensione.

Le amputazioni debbono avere la loro indicazione quando la gravità della ferita e l'infezione compromettono la vita del ferito, oppure quando la perdita dell'arto è inevitabile.

La sieroterapia per le infezioni aerobiche, specie se sostenute da streptococco, non è sempre di sicura efficacia.

La sieroprofilassi antitetanica va praticata in tutte le fratture esposte di guerra.

La sieroprofilassi antigangrenosa ha avuto scarsa applicazione; però in alcuni eserciti attualmente essa viene consigliata, considerando una sussidio alla cura chirurgica.

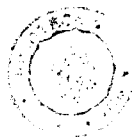
La vaccinazione antigangrenosa insieme a quella antitetanica a scopo profilattico, proposta in questi ultimi tempi, merita di essere presa in considerazione per quanto la questione sia abbisognevole di ulteriori ricerche.

Allo scopo di accelerare la guarigione completa delle fratture, le cure fisioterapiche debbono iniziarsi precocemente.

In complesso dal posto del ferimento fino all'ultima tappa della lunga *via crucis* che il fratturato è obbligato a percorrere, un insieme di previdenze e di provvidenze debbono correre a realizzare la complessa e non facile opera di prima assistenza e cura definitiva delle fratture di guerra.

In questo lungo e delicato lavoro con fisionomia del tutto particolare, soggetto agli imprevisti di ogni genere e legato alle difficoltà inevitabili imposte dalla guerra, una organizzazione perfetta con materiale e mezzi appropriati per qualità e quantità ed un indirizzo tecnico saggiamente ed utilmente condotto nelle varie circostanze, oltrechè al recupero degli effettivi, varranno a far diminuire il gran numero di storpiaggini e di mutilazioni che gravano sensibilmente sul bilancio economico delle Nazioni belligeranti anche per molti anni dopo la guerra.

54119



~~314757~~

