



DOTT. EUGENIO PAGLIAI

Cura senza incisione delle mastiti acute suppurate e delle raccolte ascessuali in genere

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Pratica) anno XLVI (1939)

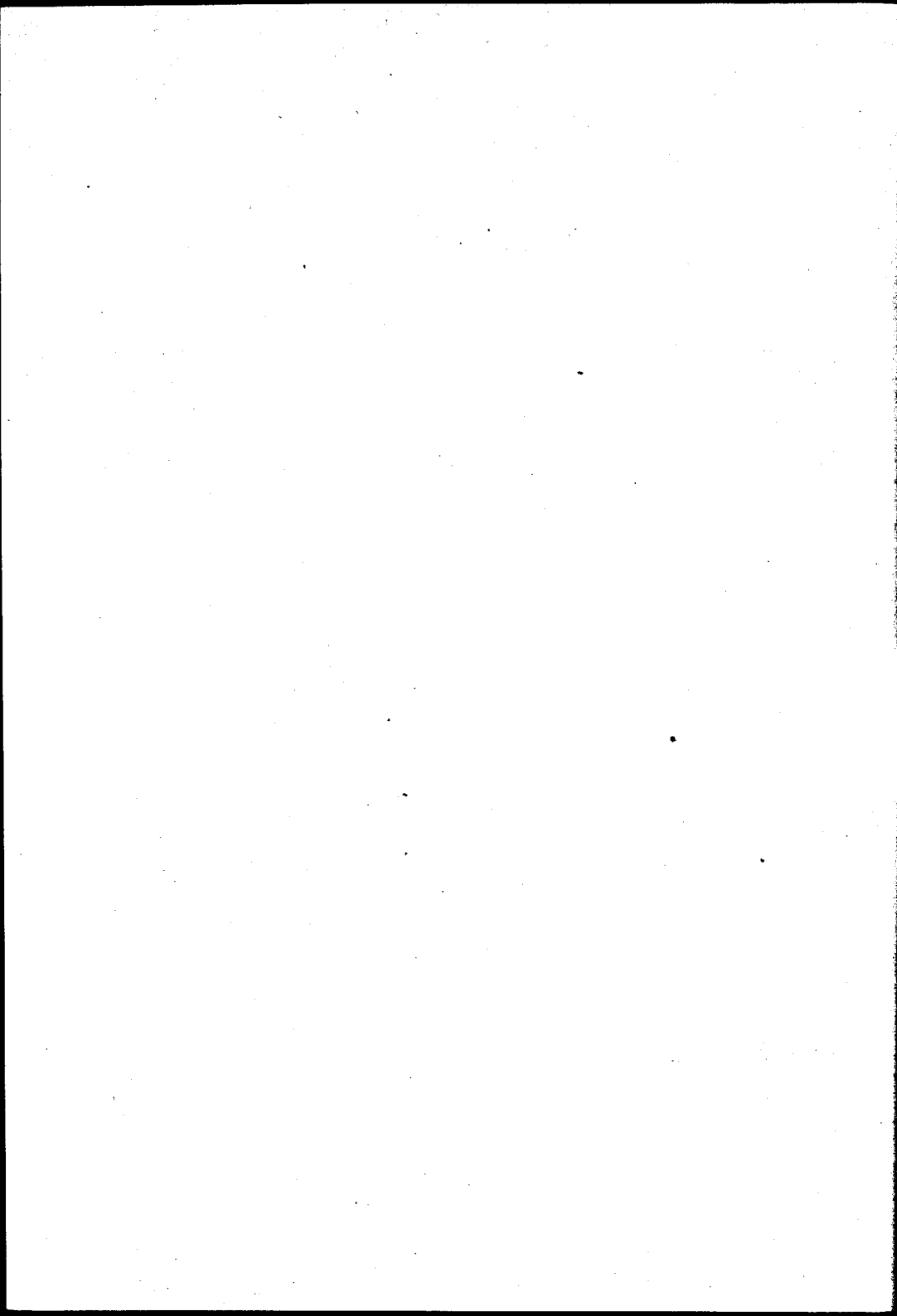


ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1939-XVII



DoIT. EUGENIO PAGLIAI

**Cura senza incisione delle mastiti acute suppurate
e delle raccolte ascessuali in genere**

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Pratica) anno XLVI (1939)

R O M A

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »

N. 14 — Via Sistina — N. 14

—
1939-XVII

PROPRIETÀ LETTERARIA

Roma. Stab. Tip Ditta Armani di M. Courier.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE E TERAPIA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI FIRENZE
Direttore: Prof. ANTONIO COMOLLI.

Cura senza incisione delle mastiti acute suppurate e delle raccolte ascessuali in genere.

Dot. EUGENIO PAGLIAI, aiuto inc.

In una lezione tenuta alla V Settimana Medica Padovana, giugno 1936, e pubblicata sul *Policlinico* (1), il prof. Comolli, trattando della cura con pomata all'olio di fegato di merluzzo in varie forme morbose chirurgiche, aveva occasione di rendere noti i primi risultati ottenuti dal trattamento senza incisione delle raccolte ascessuali mediante semplici aspirazioni ed immissioni di pomata all'olio di fegato di merluzzo. Citava fra l'altro le mastiti acute, suppurate, delle quali, a quel tempo, erano stati curati nella nostra Scuola alcuni casi con successo.

Ormai l'esperienza che abbiamo fatta in questo campo è abbastanza vasta; così che è possibile trattare la questione un po' più ampiamente e sulla base dei dati raccolti indicare le direttive da seguire nell'applicazione di questo modo di procedere. Modo di procedere che si stacca alquanto da quello di uso comune anche dopo l'introduzione in terapia della pomata all'olio di fegato di merluzzo proposta nel 1929, dal Löhr, inquantochè nell'uso di essa il criterio corrente fondamentale della incisione della raccolta è rimasto immutato. Si sa che il metodo di Löhr e di quelli che hanno seguito il suo esempio ha dato brillanti risultati, oltre che negli ascessi, in casi sva-

riati: osteomieliti acute e croniche, foruncoli, favi, paterceci, ulceri e piaghe torpide di varia natura, ustioni, ferite con o senza frattura ecc.

Il criterio seguito per queste forme, come è noto, è quello di applicare sulla parte una pomata a base di olio di fegato di merluzzo che avrebbe la proprietà di stimolare l'attività formativa dei tessuti (sia di origine connettivale, sia epiteliale), ed eserciterebbe, per quanto in modico grado, un'azione nociva sui germi. Veramente il metodo originale proposto dal Löhr, per la cura delle osteomieliti acute, consisteva nell'apertura del focolaio osteomielitico, alla quale facevano seguito il riempimento della cavità con pomata all'olio di fegato di merluzzo, la sutura della breccia e l'applicazione di apparecchio gessato. La nostra esperienza ci ha confermato l'importanza che ha nella tecnica della medicatura con pomata all'olio di fegato di merluzzo l'applicazione di un apparecchio gessato o se non altro di fasciatura amidata od anche di un semplice strato impermeabile di incerattino o di guttaperca.

L'elemento importante nell'apertura delle raccolte purulente appare così l'allontanamento del materiale purulento. Riconosciuta l'importanza che possono avere, dopo l'immissione della pomata all'olio di fegato di merluzzo, una successiva sutura della breccia e l'applicazione di materiali che tendono ancor più a racchiudere ed isolare il processo, si può an-

(1) COMOLLI ANTONIO: « Nuovi orientamenti terapeutici nel campo della piccola chirurgia ». *Il Policlinico*, Sezione Pratica, 1936.

che pensare che la messa allo scoperto del focolaio sia almeno non necessaria agli effetti del buon decorso della lesione.

Così che il semplice uso di una siringa munita di un grosso ago mediante il quale sia possibile allontanare con l'aspirazione il materiale purulento e portare dentro alla cavità, rimasta vuota, una debita quantità di pomata all'olio di fegato di merluzzo, dovrebbe rispondere alle condizioni richieste almeno per la cura degli accessi acuti. Oltre al rispetto delle due condizioni suddette, questo mezzo offre infatti il vantaggio di non ledere ampiamente i tessuti risparmiando la rete vasale ed infine di evitare cicatrici vistose.

I primi tentativi di aspirazione del pus e sostituzione con pomata hanno subito mostrato la fondatezza di queste induzioni. Abbiamo eseguito le prime prove su accessi da iniezione ed estese poi le applicazioni anche su altri tipi di accessi caldi. In seguito ai risultati veramente brillanti (si è ottenuto talvolta la guarigione in pochi giorni anche in casi di raccolte molto vaste) abbiamo pensato che il metodo avrebbe potuto offrire analoghi o superiori vantaggi quando fosse stato applicato nella cura delle mastiti acute suppurate le quali, come vengono generalmente curate, richiedono un lungo periodo di medicature dolorosissime, guariscono ordinariamente con cicatrici deturpanti in rapporto alle vaste incisioni e ai drenaggi prolungati, e rendono necessaria la sospensione dell'allattamento. Di solito anzi i metodi comunemente usati non solo rendono necessaria una interruzione dell'allattamento, ma in grandissima percentuale dei casi portano allo svezzamento completo; ciò che assume una importanza particolare se si considera che le mastiti insorgono in genere nelle prime settimane dell'allattamento.

In conseguenza poi delle incisioni più o meno ampie e degli scollamenti che si usano fare in seno alla ghiandola per scovare ed aprire le raccolte purulenti si ha la formazione di vaste zone sclerotiche che determinano quasi sempre una limitazione della funzione galattogena anche negli allattamenti successivi.

Dopo aver curato un numero ragguardevole di casi di mastite acuta suppurata col più lusinghiero successo ci siamo convinti dei vantaggi che l'aspirazione e l'iniezione di pomata all'olio di fegato di merluzzo ha sulla cura con incisione, e siamo pervenuti a regolare la tecnica perfezionandola man mano, e adattandola alle particolari condizioni del processo morboso.

*
**

Ecco come procediamo: appena risulta evidente la presenza di una raccolta ascessuale, senza attendere che si superficializzi, si ricorre alla puntura esplorativa. La zona scelta per la infissione dell'ago viene anestetizzata con novocaina all'1 % andando in profondità dalla cute fino al limite della raccolta. Una volta penetrati con l'ago esploratore (che sarà più o meno grosso a seconda dei casi, ma sempre di un buon calibro, da mm. 1,6 a 1,8) nel mezzo della raccolta, si estrae la maggior quantità possibile di pus; se esiste altra raccolta limitrofa la si vuota dirigendo l'ago dallo stesso tramite prima di estrarlo. Una volta evacuata la raccolta si lascia in sito l'ago e si sostituisce la siringa che ha servito all'evacuazione con altra carica di pomata; quindi si inietta questa con modica pressione, tenendo presente che non è opportuno riempire tutta la cavità ascessuale, ma sostituire soltanto un terzo circa del materiale estratto, specialmente nel caso che questo sia stato molto abbondante. Se esiste una certa reazione infiammatoria (indurimento dei tessuti intorno alla cavità ascessuale) conviene fare anche delle applicazioni risolventi (impacchi caldo-umidi con Clorosan).

La temperatura cade quasi subito, o nei giorni seguenti. Dopo lo svuotamento della raccolta e la sostituzione del pus con pomata, in conseguenza della diminuita tensione e dell'azione calmante della pomata, (specialmente se questa contiene novocaina) scompaiono rapidamente i dolori. Il giorno seguente si pratica un nuovo svuotamento. Di solito non è neppure necessaria una seconda infiltrazione di novocaina, quando si abbia l'accorgimento di penetrare nella cavità facendo seguire all'ago il tramite primitivo. Ordinariamente al momento della seconda aspirazione i caratteri del materiale estratto appaiono mutati: il pus è più fluido e commisto, oltre che a pomata, a materiale ematico. Si continuano queste sostituzioni con pomata quotidianamente, o a giorni alterni, a seconda dei casi, finché il materiale sia notevolmente diminuito e presenti caratteri nettamente ematici.

Se al momento della seconda estrazione si ottiene poco materiale, ed alla fine dell'aspirazione fuoriesce più che altro del sangue, avendosi già dei chiari segni del pullulare di buone granulazioni, si può tentare senz'altro di limitarsi allo svuotamento senza reiniezione di pomata. Ma se la cavità è molto grande, si immette nuova pomata, a meno che non si

riesca ad acquare le pareti dall'esterno con garza pressata sulla cute soprastante da una fasciatura ben aderente. Questa precauzione impedisce il facile raccogliersi di materiale liquido, più che altro sieroso, in un'ampia cavità beante; fatto che renderebbe necessarie nuove evacuazioni anche nel caso che il processo infiammatorio fosse già in avanzata regressione.

Può capitare che un ascesso mammario, in terza e quarta giornata di cura, dia l'impressione di essere in risoluzione mentre ricompaiono improvvisamente nuovi rialzi termici. Il caso non deve allarmare e indurre ad incidere: esaminando bene la mammella, si troveranno i segni di un nuovo ascesso nelle vicinanze dell'altro ed il più delle volte sarà possibile aggredirlo con l'ago attraverso il tramite già esistente.

Talora in un ascesso superficializzato, nonostante l'aspirazione si ha usura dei tegumenti; altre volte, nel caso di ascesso profondo che abbia richiesto molte aspirazioni, si può costituire un vero tramite lungo la breccia lasciata dalle ripetute infissioni dell'ago. In questi casi si ha tendenza allo svuotamento spontaneo della raccolta. Conviene continuare ad iniettare in cavità pomata anche se una parte fuoriesce al momento della immissione. Il pericolo della formazione di tramite fistoloso è escluso. Nessuno dei casi di mastite così curati ha mostrato tendenza alla fistolizzazione, poichè, ottenendo in breve volgere di tempo la oblitterazione della cavità per il rapido pullulare di granulazioni in rapporto all'azione stimolante della pomata, la chiusura del foro dell'ago, o della piccola soluzione di continuo, avviene pure rapidamente. Quando si abbia passaggio per il tramite di gocce di latte basta chiudere la breccia con collodio per ottenere rapidamente la cicatrizzazione.

È questa la tecnica che noi seguiamo nella cura di qualsiasi raccolta ascessuale comprese quelle a sede mammaria. Però nei casi di mastite trattandosi di lesione della ghiandola mammaria, che per di più interviene generalmente nel corso dell'allattamento, una particolare attenzione va riserbata alla funzione della ghiandola stessa.

Contrariamente a quello che si trova raccomandato in molti trattati, e che costituisce la pratica comune, prima cura sarà quella di conservare l'allattamento. Di fronte ad una donna che in periodo di allattamento presenta una tumefazione mammaria accompagnata da rossore e ipertermia, quando non si riesca, attaccando il bambino, a svuotare a sufficien-

za la mammella, è sempre indicato ricorrere all'aspirazione col tiralatte eseguita con manovre delicate e pazienti.

Del resto in molti casi insorti con fenomenologia tumultuosa si può trattare in ultima analisi di un semplice ingorgo latteo; vedremo allora regredire rapidamente tutto il quadro sintomatologico con la semplice aspirazione del latte, a cui eventualmente si può far seguire l'applicazione di impacchi caldo-umidi. Anche se si è già formato o si va formando una raccolta, è buona regola ricorrere prima di tutto all'aspirazione del latte.

Dopo questa manovra la mammella si detumefà nel suo complesso e si mette così meglio in evidenza la eventuale esistenza di una raccolta per il persistere di una massa dura localizzata. In tal caso si deve eseguire una puntura esplorativa tempestivamente anche senza attendere i segni di una netta fluttuazione ed applicare impacchi caldo-umidi. Una raccolta presa all'inizio sarà vinta dall'azione della pomata all'olio di fegato di merluzzo in pochissimi giorni. Eccone un esempio.

D. S. Elena, anni 27. Ad un mese di distanza dal parto, dopo allattamento regolare, la paziente ha cominciato ad avvertire dolori alla mammella sinistra tanto violenti da dover sospendere di attaccare il bambino. La temperatura è salita a 39°. Viene a farsi visitare al nostro ambulatorio.

13 gennaio 1937: Presenta in corrispondenza del capezzolo sinistro una profonda ragade, la mammella è tumefatta in toto, di consistenza uniformemente più dura rispetto all'altra; nella sua parte supero-esterna si palpa una massa della grandezza di un mandarino, dolente ad una modica pressione. Si pone la diagnosi di ingorgo latteo della mammella sinistra con ascesso, ragade del capezzolo sinistro. La paziente desidera essere ricoverata in clinica.

Cura: si estraggono col tiralatte circa 25 cmc. di latte; la mammella si presenta ora nella sua totalità meno consistente e si riesce meglio a palpare la massa che appare di durezza quasi lignea. Sul capezzolo si applica una pomata calmante, su tutta quanta la mammella un impacco caldo-umido. Ogni tre ore viene ripulito con acqua bollita il capezzolo, estratto latte col tiralatte e rinnovato l'impacco.

14 gennaio 1937: La mammella è di consistenza normale fuori che nella porzione ove esiste la massa che presenta sempre gli stessi caratteri. Il latte fuoriesce con facilità, così da poter riattaccare il bambino. I dolori in corrispondenza del capezzolo sono diminuiti, persiste dolore, anche spontaneo, in rapporto con la massa, che è un po' meno tesa, ma non presenta segni netti di raccolta. Si tenta comunque, previa anestesia novocainica, una puntura esplorativa con la quale si estrae poco più di un cmc. di pus denso che viene in parte sostituito con pomata all'olio di fegato di merluzzo e novocaina. I dolori diminuiscono; la temperatura si mantiene a 38°.

17 gennaio 1937: Persiste dolenzia in sede ascessuale. Si pratica una seconda puntura con la qua-

le si estraggono un paio di cmc. di materiale omo-purulento commisto a pomata. I dolori cessano completamente.

20 gennaio 1937: Nessun dolore, temperatura 36,8°, l'allattamento si compie regolarmente. Nella sede della massa non rimane che una zona limitata in cui i tessuti si presentano un po' più consistenti. Si continuano le applicazioni caldumide. Il giorno 22 gennaio 1937 cioè in nona giornata dall'ingresso la paziente viene dimessa guarita.

L'esistenza di una raccolta purulenta non costituisce una netta controindicazione per l'allattamento. È accertato per larga esperienza che il pus, commisto al latte di donna anche in una certa quantità, non costituisce pericolo serio per il lattante sano ed io non ho riscontrato inconveniente alcuno nella nostra ormai lunga esperienza nel continuare l'allattamento. È difficile dire quale importanza possano avere i timori d'insorgenza di leggeri fatti diarroidici ed in casi eccezionali di fenomeni di enterocolite. Comunque sia, per quanto si sa, queste forme avrebbero un decorso sempre benigno. Nei bambini ad esclusivo allattamento al seno la funzione della mucosa del tubo gastro enterico protegge da eventuali danni da parte del materiale purulento, senza contare che col latte vengono ingeriti anche principi difensivi sotto forma di anticorpi che precocemente compaiono nel latte di donna colpita dal processo suppurativo. D'altra parte i lattanti ingoiano, senza conseguenze dannose, materiale purulento in proporzioni talora considerevoli dopo l'apertura di ascessi retro e latero-faringei. Convien dunque, come del resto affermano e consigliano anche alcuni pediatri, una volta instaurata la cura chirurgica, riattaccare il bambino anche a costo di esporlo a succhiare una certa quantità di pus, pur di raggiungere questi due fini: a) impedire la stasi latte, la quale, oltre ad ostacolare la guarigione del processo in atto, può esser causa dell'insorgenza di nuovi focolai; b) impedire l'estinzione della secrezione latte per non essere costretti a dover rinunciare all'allattamento materno.

Del resto le punture evacuative, seguite da immissione di pomata all'olio di fegato di merluzzo nella cavità ascessuale, permettono di evitare l'estinzione della secrezione latte e la stasi latte inquantochè la funzione della ghiandola può essere con facilità conservata mediante aspirazioni del latte fatte col tiralatte e permettono al tempo stesso di evitare anche la ingestione del pus da parte del bambino. La secrezione purulenta è vinta ben presto dall'azione della pomata, (ho detto come i

caratteri del materiale estratto risultino nettamente cambiati al momento della seconda e della terza estrazione) così che basta sospendere per pochi giorni di attaccare il bambino alla mammella ammalata, dalla quale però il latte non utilizzato deve essere regolarmente estratto col tiralatte. Credo che a riattaccare precocemente il bambino esista una sola controindicazione: i casi, che del resto sono piuttosto rari, di galattoforite. In questi resta però pur sempre indicata l'aspirazione del materiale che per molto tempo continua a fuoriuscire dal capezzolo: pus commisto al latte, che non viene naturalmente utilizzato.

Nella maggior parte delle mastiti che non interessano tutta la ghiandola sotto forma diffusa flemmonosa con questo trattamento si riesce ad ottenere ad un tempo la guarigione del processo suppurativo e la conservazione della funzione. La secrezione della porzione di ghiandola non interessata può notevolmente aumentare e contribuire a mantenere l'allattamento.

Nel caso che qui riporto sono riuscito a conservare la secrezione latte e a far proseguire l'allattamento in una forma ostinata di mastite bilaterale, mentre è stato necessario dominare tre raccolte ascessuali alla mammella destra, una raccolta ascessuale alla sinistra e una profonda ragade del capezzolo di questo lato.

Z. Ada di anni 55 da Saonara. Ha partorito da due mesi e l'allattamento è preceduto regolare fino al 40° giorno, quando è comparso un dolore acuto alla mammella destra che si è tumefatta in toto. Nei giorni seguenti sono andate localizzandosi due distinte tumefazioni in corrispondenza delle quali è comparso un evidente arrossamento della cute, l'una nel quadrante superiore destro, l'altra nel quadrante inferiore destro; rialzi termici fino a 38°. Sono stati praticati impacchi freddi di acqua vegeto-minerale da un medico, il quale dopo una ventina di giorni, vedendo progredire la tumefazione e persistere i rialzi termici invia la paziente al nostro ambulatorio. Si presenta il giorno 5 settembre 1936.

Si trova a destra ingorgo latteo di tutta la mammella e due ascessi tendenti alla superficializzazione; in corrispondenza di uno di essi la cute è già seriamente compromessa. A sinistra una ragade profonda interessa il capezzolo, che si presenta tutto arrossato con larghe zone di disepitelizzazione alla sua base. La suzione provoca dolori intollerabili.

Si pratica puntura evacuativa dei due ascessi a destra penetrando con l'ago ad una certa distanza in cute sana nell'intento di impedirne la sua usura. Residua dopo svuotamento una larga zona di infiltrazione intorno alle due sacche ascessuali che vengono non completamente riempite di pomata all'olio di fegato di merluzzo: impacchi caldo-umidi rinnovati. Applicazione di pomata all'olio di fegato di merluzzo anche sul capezzolo

sinistro a scopo epitelizzante dove esiste la ragade.

La paziente, che abita in un paese distante vari chilometri si presenta all'ambulatorio soltanto dopo 5 giorni. Non accusa alcun dolore alla mammella destra e riferisce di essere stata apirettica. Nel punto ove la raccolta purulenta mostrava maggior tendenza a superficializzarsi, si è formata una piccola soluzione di continuo del diametro di tre centimetri dalla quale fuoriesce abbondante liquido ematico commisto a pomata. Altro materiale simile viene aspirato dall'altro ascesso infiggendo l'ago nel tragitto della prima puntura evacuativa. La infiltrazione è ridotta quasi del tutto. La secrezione latteaa appare perfettamente conservata. A sinistra è già stato riattaccato il lattante da un paio di giorni; il capezzolo è infatti completamente riepitellizzato. Piccola medicatura con garza in corrispondenza della soluzione di continuo.

La paziente si decide a tornare solo dopo 10 giorni per l'insorgenza di nuovi dolori alla mammella accompagnati da rialzo termico. I due accessi precedentemente curati sono in via di guarigione, la palpazione non risveglia il minimo dolore, non esistono più tracce di infiltrazione. Profondamente si apprezza una consistenza molle elastica che fa pensare alla esistenza di raccolta liquida. Penetrando con un grosso ago attraverso i fori precedentemente praticati si estraggono, dalle vecchie cavità ascessuali, pochi cmc. di liquido fortemente ematico commisto a tracce di pomata. Sono comparsi due nuovi accessi: uno di proporzioni piuttosto considerevoli nel quadrante superiore esterno della mammella destra, l'altro più piccolo alla mammella sinistra. A destra si estraggono col solito procedimento 15 cmc. che si sostituiscono con 6 di pomata; a sinistra se ne estraggono 3 cmc. che si sostituiscono con 1 di pomata. Impacco caldo-umido sulla mammella destra, che presenta nella zona circostante all'ascesso una certa resistenza alla palpazione. Si continua regolarmente l'allattamento con la mammella sinistra, e si fanno aspirazioni col tiralatte a destra. Le condizioni migliorano subito e scompaiono i rialzi termici. Cinque giorni dopo si apprezza soltanto una modica resistenza alla mammella destra in corrispondenza dell'ultimo voluminoso ascesso. Si estraggono da questo, attraverso il primitivo foro dell'ago, 7 od 8 cmc. di liquido nettamente ematico commisto a pomata. Si applica e si consiglia di ripetere impacchi caldo-umidi in corrispondenza della parte superiore della mammella destra. Residua una piccola soluzione di continuo, in basso, nel punto in cui il primo ascesso si era superficializzato. La secrezione latteaa è perfettamente conservata anche da questa mammella. Si consiglia di riattaccare il bambino anche da questa parte alternando una poppata a destra e una a sinistra. Si rivede la paziente a distanza di tempo: riferisce che l'allattamento procede regolarmente da tutte e due le parti; la soluzione di continuo è riepitellizzata, le due mammelle si presentano normali.

Come è avvenuto nei due esempi riportati qualche volta si trova difficoltà a conservare l'allattamento per la presenza di ragadi del capezzolo, ma anche in questi casi non lo si deve interrompere. Per evitare gli inconvenienti

prodotti dalla suzione da parte del neonato si pratica col tiralatte l'aspirazione del latte che può essere somministrato al bambino. Per la cura delle ragadi sarà indicata l'applicazione di pomate calmanti ed epitelizzanti (serve molto bene anche la pomata all'olio di fegato di merluzzo). Al momento di aspirare col latte o quando si potrà attaccare il bambino, si pulisce il capezzolo con acqua bollita astenendosi in modo assoluto dalle applicazioni di alcool, comunemente usate.

Ho curato fino ad oggi, e seguito anche a distanza, circa un centinaio di pazienti. In nessun caso, qualunque sia stata la entità e la gravità del processo morboso, è stato necessario ricorrere all'incisione. La guarigione si è ottenuta in media in una o due settimane; e, salvo casi speciali, in cui la paziente non ha scrupolosamente osservato i consigli ricevuti, sono riuscito a conservare l'allattamento. Sempre ottimo il risultato dal lato estetico.

Quanto ho qui riportato circa il modo di curare gli accessi mammari può essere ripetuto a proposito dei comuni accessi acuti ad altra sede, compresi quelli da iniezione e quelli in rapporto con linfadeniti acute suppurate.

Anche di queste forme ho ormai una esperienza non trascurabile: più di 600 casi curati senza incisione. I risultati sono stati sempre soddisfacenti. La guarigione in genere si è ottenuta in 8 o 10 giorni mentre altri hanno richiesto più di 20 giorni di cura. In casi di linfadeniti acute suppurate la guarigione può essere ritardata dal continuare del processo in rapporto con gangli vicini. Le applicazioni caldo-umide talora portano alla regressione, mentre altre volte si arriva alla suppurazione. Naturalmente è indispensabile in questi casi il trattamento delle singole nuove raccolte che si rendono manifeste. E però sempre possibile dominare il processo anche in queste forme che potrebbero sembrare le meno adatte per l'applicazione del nostro modo di procedere.

Con ciò non voglio affermare che questo trovi indicazione assoluta in tutti i casi. Dal canto nostro però le linfadeniti acute del collo, che sono così frequenti nella giovane età, le curiamo senza incisione in vista del buon risultato estetico.

Non ho trascurato di tentare questa terapia neppure nelle forme più ribelli, come negli adenoflemmoni: anche nella grandissima maggioranza di questi casi non si è resa necessaria l'incisione per modificare l'evoluzione del processo suppurativo.

Non escludo però che in particolari forme, come in accessi di grande mole, (e questo vale anche per le mastiti) possa apparire più conveniente delle ripetute aspirazioni l'applicazione di un drenaggio che mantenga costantemente vuota la cavità e acquattate le pareti; e così dicasi per quegli accessi superficiali con compromissione della cute e tendenza alla apertura spontanea. Anche in questi casi però applicando la pomata all'olio di fegato di merluzzo sono sufficienti incisioni minime, tali da permettere l'introduzione di un sottile tubo di gomma, attraverso il quale si possa nei giorni seguenti rifornire di pomata la cavità per una o più volte a seconda del bisogno. In casi particolari di accessi profondi, come in accessi perirenali e in accessi appendicolari, nettamente superficializzati alla parete addominale, abbiamo ottenuto risultati insperati dall'introduzione, appena eseguita la puntura esplorativa, di un catetere di Malecot attraverso una cannula di grosso tre quarti e l'applicazione di un drenaggio a sifone (che permette in poco tempo di svuotare la cavità) con la tecnica da noi usata nella cura degli empiemi pleurici sulla quale non è qui il caso di dilungarmi (1). Tolto il drenaggio è sufficiente introdurre per poche volte la pomata e si ottiene di solito la guarigione nel volgere di 10 o 20 giorni. Questi risultati sono veramente confortanti se si pensa al lungo periodo di cura che richiedono queste forme trattate con le incisioni di uso corrente. Senza contare che usando le modalità sopradescritte in casi di accessi appendicolari nettamente superficializzati alla parete addominale questa viene risparmiata col risultato di evitare il pericolo di sventramenti.

Per rendermi conto dell'importanza che nell'andamento delle raccolte purulente così curate può avere l'immissione della pomata in confronto del semplice svuotamento della cavità ho provato in alcuni casi a limitarmi a quest'ultimo. Ho trovato che alcuni accessi non molto voluminosi, anche a sede mammaria, con scarsa infiltrazione infiammatoria, sono giunti a guarigione abbastanza presto, mediante ripetute e tempestive estrazioni del pus; per altri, che hanno avuto un decorso più lungo, si è dovuto ricorrere all'iniezione di pomata, ottenendo il risultato di nette modificazioni benefiche nei riguardi dei caratteri della secrezione e dello stato dei tessuti limitanti la cavità ascessuale. Si verifica qui con la semplice aspirazione della raccolta quanto avvie-

ne qualche volta di accessi che abbandonati a sé stessi, si aprono, si svuotano spontaneamente, ed arrivano in breve tempo a guarigione, offrendo risultati estetici spesso migliori di quelli che si verificano in seguito ad ampie incisioni.

La constatazione delle guarigioni spontanee e di quelle che in casi particolari possono verificarsi in seguito a semplici punture evacuative non toglie nessun valore ai nuovi criteri terapeutici. L'applicazione di pomata all'olio di fegato di merluzzo si è mostrata sempre vantaggiosa tanto nel trattamento chiuso quanto nel trattamento con incisioni. Posso ricordare a questo proposito un caso particolarmente ribelle di adenoflemmone del poplite che presentava vaste raccolte propagate alla coscia e alla gamba per il quale erano state praticate varie incisioni, lunghe dai 12 ai 15 cm. Dopo tre giorni di applicazione di pomata il fondo delle larghe breccie era completamente deterse ed appariva ricoperto da ottime granulazioni. Avvicinati con cerotti i margini cutanei, che erano divaricati di 4 o 5 centimetri, si è ottenuto in una decina di giorni delle cicatrici lineari regolari.

L'esperienza clinica dimostra in modo esauriente che, a parità di condizioni locali riguardanti il processo infiammatorio, e della tecnica usata (aspirazioni, incisioni più o meno estese), l'applicazione della pomata all'olio di fegato di merluzzo accelera di gran lunga la guarigione ed offre risultati estetici migliori.

Dopo la comunicazione fatta nel 1936 (Comoli) sui nostri tentativi di trattamento chiuso con la pomata all'olio di fegato di merluzzo e sui primi risultati ottenuti, è uscito un lavoro del Masnata (1) sulle varie applicazioni di pomata all'olio di fegato di merluzzo.

Questo autore che ha provato anche il trattamento chiuso, eseguendo ricerche sperimentali e cliniche completate da esami batteriologici, ha visto che con le semplici punture evacuative, seguite da immissioni di pomata e fatte a distanza di due o tre giorni, si può ottenere la sterilizzazione della cavità ascessuale in 20 giorni, e « pur riconoscendo che questa medicazione è sufficiente in molti casi », dice di aver ottenuto migliori risultati dalle applicazioni di pomata dopo incisione, perché con le semplici punture evacuative la guarigione si protrae più a lungo. A questo proposito devo dire che molto importante è il seguire una tecnica rigorosa.

(1) PAGLIAI EUGENIO. *Contributo alla cura dell'empima pleurico con drenaggio a sifone senza cistostomia*. Boll. e Mem. Soc. Tosco-Umbra di Chirurgia, luglio 1939.

(1) MASNATA. *L'azione della pomata con Olio di fegato di merluzzo nelle forme settiche chirurgiche*. L'Ospedale Maggiore, XXV, num. 10 ottobre 1937.

Sono arrivato per gradi al convincimento che in generale le aspirazioni e le sostituzioni è bene siano frequenti, almeno giornaliere.

Non è dubbio che sia da riconoscere un'altra condizione molto importante per il successo anche nella bontà del materiale che si usa. E questo non soltanto nei riguardi della cura con aspirazione, ma di tutte le altre applicazioni della pomata a base di olio di fegato di merluzzo. In applicazioni le più svariate ci è capitato alcune volte di ottenere risultati nulli, e sempre abbiamo potuto constatare che la pomata fornitaci era mal confezionata con materiali non idonei. Insisto su questa circostanza perchè credo che certi scetticismi che ho sentito persistere nell'ambiente chirurgo siano da attribuire a questa causa.

In considerazione di ciò da circa due anni in tutti i casi curati ho fatto uso di una pomata preparata sempre nello stesso laboratorio, con materiali sicuramente puri, e conservata in tubi di stagno sterili. I risultati sono stati costanti. Questa pomata si allontana un po' anche nei riguardi della composizione da quella consigliata dal Löhr che risulta di due parti di vaselina e una di olio di fegato di merluzzo. Per ottenere una pomata meno densa che meglio si presti ad essere introdotta in cavità ascessuale sono state ridotte le proporzioni della vaselina rispetto all'olio di fegato di merluzzo; e nell'intento di renderla più attiva è stata aggiunta una debita percentuale di olio di fegato di Halibut, che ha un contenuto vitaminico 60 volte superiore a quella del merluzzo.

La formula usata è la seguente:

Olio di fegato di merluzzo finissimo . gr. 46	
Olio di fegato di Halibut » 4	
Vaselina bianca filante » 50	

Per le forme molto dolorose si è dimostrato vantaggiosa l'aggiunta di novocaina basica nella proporzione del 2%.

Non intraprendo a discutere il complesso problema, che è stato oggetto di studio anche nella nostra scuola, del meccanismo d'azione della pomata all'olio di fegato di merluzzo. Varie proprietà le sono attribuite dagli autori che si sono occupati dell'argomento. Una grande importanza viene data alla presenza delle vitamine A e D. L'esperienza clinica tenderebbe a mettere in evidenza una netta influenza stimolante sulla formazione del tessuto di granulazione e del tessuto epiteliale; meno evidente sarebbe l'azione antibatterica e quella litica sul pus. I migliori risultati ottenuti con pomata più ricca di vitamine, per l'aggiunta di

olio di Halibut, varrebbero a mettere in evidenza l'importanza del contenuto vitaminico.

*
*
*

Il criterio di curare gli ascessi, compresi quelli mammari, senza ricorrere all'incisione non è completamente nuovo. Già in passato sono state proposte delle punture evacuative, seguite o meno, da iniezioni di sostanze antisetiche. Ne risultavano troppo spesso delle fistole ribelli, per cui il metodo fu abbandonato.

Per quel che riguarda le mastiti alcuni chirurghi (Budin, Chassignac, Legroux) si sono limitati, specialmente in casi di galattoforite (quando non esiste ancora un vero ascesso, ma la suppurazione è limitata alla sola porzione intracanalicolare) a praticare delle spremiture del seno e applicazioni di ventose, o di speciali pompe aspiranti, allo scopo di provocare la fuoriuscita del pus dal capezzolo. Budin riferisce 8 casi di successo su 9. In tali casi il risultato favorevole è certamente dovuto oltre che alla fuoriuscita del pus anche alla aspirazione contemporanea del latte ristagnante.

È noto che ancor oggi alcuni autori usano e consigliano, nelle forme di mastiti iniziali, l'applicazione di coppe aspiratrici (tipo Bier), che avrebbero lo scopo di iperenizzare la mammella per favorire i processi difensivi, oltre quello che io credo molto importante, di vuotarla completamente del latte ristagnante.

Altri, partendo da un'altro punto di vista, hanno fissato l'attenzione sulla presenza dei fermenti proteolitici, che si liberano dai polinucleati nel focolaio purulento, al momento in cui questi cadono in disfacimento a contatto colle tossine microbiche. Tali fermenti destinati a sciogliere i tessuti necrotizzati, eserciterebbero in un primo tempo un'azione benefica, che in seguito diventerebbe nociva, perchè i fermenti prodotti in eccesso influirebbero sul mantenersi e l'estendersi del processo infiammatorio. Si è pensato perciò di praticare una specie di lavaggio della cavità ascessuale con liquidi organici (con siero di sangue o con liquidi ascitici, o con liquido di idrocele) che avrebbero il potere di neutralizzare i fermenti. Neutralizzando in tal modo la fase nociva dell'azione proteolitica si riuscirebbe ad influenzare favorevolmente il decorso dell'ascesso che in pochi giorni volgerebbe a guarigione.

Il Peiser (1908) (1) per primo tentò di applicare questo metodo, evitando di ricorrere all'incisione della cavità ascessuale e limitandosi a svuotare la raccolta con un piccolo tre-

(1) PEISER A. Münch. Med. Woch., 1908, nn. 17-18, citato da MARAGLIANO.

quarti e lavare col liquido la cavità ascessuale mediante una siringa. Ebbe ottimi successi, ma non costanti, tanto che egli stesso consigliò di ricorrere senz'altro all'incisione, in tutti i casi, nei quali in terza giornata e dopo ripetute aspirazioni e lavaggi non si notasse un nettissimo miglioramento.

Il Kolaczek (1908) (2) ha ottenuto buoni risultati mediante questo trattamento chiuso. Iochmann e Baetzner (3), lo consigliarono con molta prudenza. Presso di noi il Maragliano (1909) (4) preferisce al trattamento chiuso una piccola incisione, e mette in evidenza che tale trattamento permette di essere meno aggressivi nell'intervento, mentre assicura risultati definitivi esteticamente migliori.

Recentemente (1937) alcuni Autori francesi, Sapault, Lévy-Bruhl, Moulier (5) hanno riferito di aver potuto evitare l'incisione degli ascessi mammari, mediante l'introduzione in cavità ascessuale di anatossina stafilococcica. Hanno trattato 23 casi di mastiti con evacuazioni ripetute, seguite da immissione di anatossina, ed hanno ottenuto la guarigione in 21 casi e in periodo di 15-20 giorni. Negli altri due casi, dopo aver tentato senza successo questa cura, hanno dovuto ricorrere ad un intervento con larghe incisioni seguite da drenaggi.

Gli Autori attribuiscono gli insuccessi al fatto che si trattava in questi due casi di un'affezione streptococcica anziché stafilococcica, come avrebbero dimostrato le prove di laboratorio. Consigliano quindi l'esame batteriologico sistematico per poter decidere, una volta identificato l'agente patogeno, se sia possibile iniziare il trattamento con l'anatossina stafilococcica o ricorrere senz'altro all'incisione.

Gli esami di laboratorio da me eseguiti in un numero assai rilevante di casi, hanno messo in evidenza per lo più la presenza dello stafilococco, eccezionalmente dello streptococco o dei due germi uniti insieme; ma il decorso è sempre stato simile qualunque fosse il germe patogeno isolato dal pus.

I risultati ottenuti dai vari Autori con semplici aspirazioni e introduzione di liquidi or-

ganici contenenti fermenti proteolitici o di anatossina stafilococcica, sembrano simili, nei riguardi della celerità della guarigione e dei risultati estetici, a quelli da me ottenuti con la cura descritta. Appare però netto il vantaggio di usare la pomata all'olio di fegato di merluzzo sempre pronta per l'uso in confronto del siero di sangue, liquido di ascite o d'idrocele, difficili ad aversi nella pratica corrente sempre a portata di mano e in quantità sufficiente. Senza contare che colla pomata risultano non necessarie le ricerche di laboratorio (non alla portata di tutti) per determinare la natura del germe.

Prima di finire voglio ricordare che ho fatto dei tentativi con successo anche in altre forme flogistiche acute quali ad esempio le borsiti e le artriti.

Di queste due forme non ho però ancora una esperienza molto vasta per cui mi astengo per ora dall'insistere su di esse. Comunque dalle prime osservazioni, sembra che per le borsiti vi sia la possibilità di giungere rapidamente alla guarigione senza ricorrere all'asportazione della borsa; per le artriti mobilitando precocemente l'articolazione ed evitando l'artrotomia, di ottenere in pochi giorni la risoluzione dei fatti settici con buon ripristino funzionale.

*
*
*

Da quanto ho sopra esposto mi sembra apparire chiaro che tanto nel caso di mastiti e linfadeniti acute suppurate quanto nel caso di ascessi caldi i genere la cura con ripetute aspirazioni e introduzione di pomata all'olio di fegato di merluzzo debba essere presa in considerazione.

Essa presenta certamente netti vantaggi dal lato estetico per quei pazienti che esigono siano evitate cicatrici visibili. Ma anche a prescindere da questi casi, nei quali il procedimento si impone, credo che esso debba, in linea generale, esser preferito alle incisioni. Permette infatti di risparmiare le numerose e talora dolorose medicazioni richieste dalla cura con incisione, evitando il permanere in contatto dei tessuti del materiale di medicatura intriso di pus, spesso irritante e che talora emana anche odore poco gradevole.

Il procedimento è quindi ben accetto dal paziente per la più rapida guarigione, per il risparmio che incontra nello scarso consumo di materiale di medicatura e nell'evitare la ospitalizzazione, venendo così ad essere anche

(2) KOLACZEK. Beiträge zur Klin. Chir., Bd. LXI, H. 1, citato da MARAGLIANO.

(3) IOCHMANN e BAETZNER. Münch. Med. Woch., 1908, n. 48, citato da MARAGLIANO.

(4) MARAGLIANO D. *Gli antifermienti proteolitici nella terapia dei processi suppurativi acuti*. Riforma Medica, a. XXV, n. 44, 1909.

(5) MOULIER. *Traitement des abcès du sein par l'anatozine staphylococcique de Ramon*. Thèse de Paris, 1937.

meno limitato nella propria attività; nel caso di mastite acuta suppurata infine per la possibilità di continuare l'allattamento.

CONCLUSIONI.

Le mastiti acute suppurate, le linfadeniti acute suppurate, gli ascessi caldi in genere possono essere di solito curati con vantaggio senza dover ricorrere ad incisioni, sbrigliamenti, contro-aperture e drenaggi prolungati.

Il procedimento che consiste in svuotamenti ripetuti delle raccolte purulente mediante punture evacuative e successive iniezioni nella cavità ascessuale di pomata all'olio di fegato di merluzzo, ed è completato, nei casi adatti, da impacchi caldo-umidi, presenta i seguenti principali vantaggi:

1) Semplicità di trattamento, essendo evitato l'inconveniente del frequente rinnovo, per lo più doloroso, della medicatura intrisa di pus.

2) Riduzione del periodo di cura.

3) Assenza di cicatrice: circostanza non trascurabile specialmente nei casi di linfadeniti cervicali acute suppurate, così frequenti nei ragazzi.

4) Possibilità, nei casi di mastite, di curare i focolai suppurativi rispettando al massimo il resto della ghiandola sana, e conservandone la funzione, in modo da ottenere la guarigione senza interrompere l'allattamento.

RIASSUNTO.

Per la cura degli ascessi caldi, comprese le mastiti e le linfadeniti acute suppurate, l'A. descrive un metodo consistente nell'uso di semplici punture evacuative seguite da iniezione in cavità ascessuale di pomata all'olio di fegato di merluzzo.

Riferisce i risultati dell'esperienza di numerosi casi: (100 ascessi a sede mammaria, 600 ascessi ad altra sede).

Mette in rilievo i vantaggi del metodo insistendo, per ciò che riguarda le mastiti, sulla possibilità di conservare l'allattamento.

58758



112534



"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da Guido Baccelli e Francesco Durante

diretto dai proff. CESARE FRUGONI e ROBERTO ALESSANDRI

Collaboratori: Clinici, Professori e Dottori Italiani e stranieri

Si pubblica a ROMA in tre sezioni distinte:

Medica - Chirurgica - Pratica

IL POLICLINICO

nella sua parte originale (Archivi) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicchè i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della chirurgia e dell'igiene.

LA SEZIONE PRATICA

che per sè stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive, e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle discipline mediche in Italia e all'estero. Pubblica accurate riviste in ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono redatte da studiosi specializzati.

Non trascura di tenere informati i lettori sulle scoperte ed applicazioni nuove, sui rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, sui nuovi strumenti, ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici.

Contiene accurate recensioni dei libri editi recentemente in Italia e fuori.

Fa posto alla legislazione e alla politica sanitaria e alle disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, nonchè ad una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Prospetta i problemi d'interesse corporativistico e professionale e tutela efficacemente la classe medica.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Cronaca varia, dell'Italia e dell'Estero.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgono al "Policlinico" per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica rubriche speciali e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli vengono richieste.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO per gl'importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi e meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

PREZZI DI ABBONAMENTO ANNUO		Italia	Estero
Singoli:			
1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 70	—	115
1-a) Alla sola sezione medica (mensile)	" 35	—	65
1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	" 55	—	65
Cumulativi:			
2) Alle due sezioni (pratica e medica)	" 110	—	165
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	" 110	—	165
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	" 140	—	195
Un numero della sezione medica o chirurgica	L. 6,	della pratica	L. 4

Il Policlinico si pubblica sei volte il mese.

La Sezione medica e la Sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48-64 pagine ed oltre, che in fine d'anno formano due distinti volumi.

La Sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32-36-40 pagine, oltre la copertina.

— Gli abbonamenti hanno unica decorrenza dal 1° di gennaio di ogni anno —

L'abbonamento non disdetto prima del 1° Dicembre, si intende confermato per l'anno successivo

Indirizzare Vaglia postale, Cheques e Vaglia Bancari all'editore del "Policlinico", LUIGI POZZI

Uffici di Redazione e Amministrazione: Via Salaria, 14 — Roma (Telefono 42-302)