

20

DOTT. GUIDO CHIDICHIMO

con multa. H'ma
e r'icòscenza
fu' d'Ch'ichim

EVOLUZIONE SPONTANEA DEI PATERECCHI

Trattamento di essi col metodo chiuso (gesso)

:: :: con o senza intervento :: ::

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica) Volume LIV (1947)



80
B
16

ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1947

DOTT. GUIDO CHIDICHIMO

EVOLUZIONE SPONTANEA DEI PATERECCHI

Trattamento di essi col metodo chiuso (gesso)

:: :: con o senza intervento :: ::

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica) Volume LIV (1947)



ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »

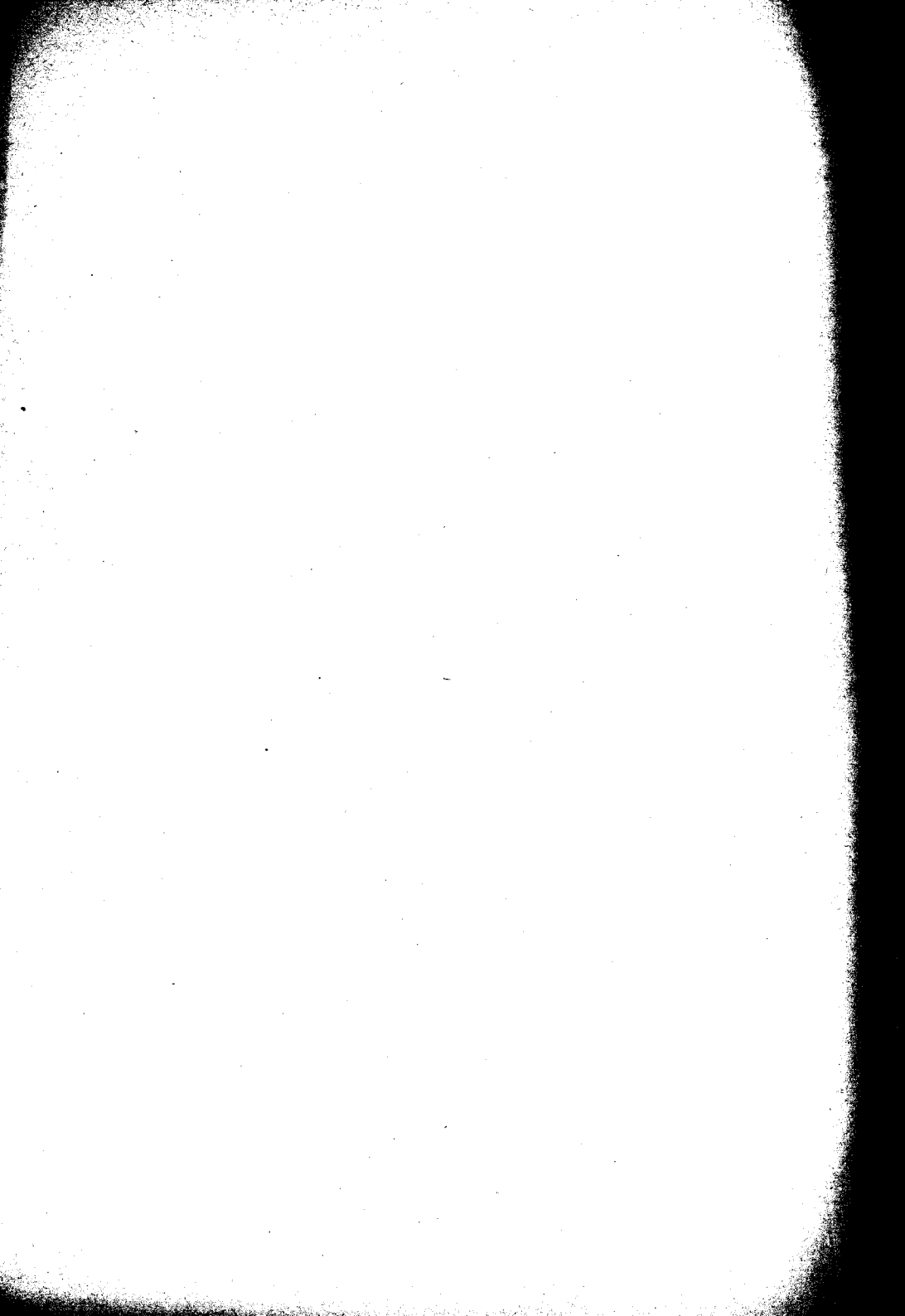
N. 14 — Via Sistina — N. 14

1947

80

B

16



ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA E PROPEDEUTICA CLINICA DI ROMA
OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I — 1° PADIGLIONE

Direttore Inc. e Primario degli Ospedali: Prof. VITTORIO PUCCINELLI

Evoluzione spontanea dei paterocchi - Trattamento di essi col metodo chiuso (gesso) con o senza intervento

Dott. GUIDO CHIDICHIMO, *aiuto volontario, assistente degli ospedali*

È classico consigliare per la cura dei paterocchi e delle infiammazioni acute della mano, un trattamento chirurgico energico e precoce, per evitare le complicazioni locali (diffusioni alle guaine tendinee, alle logge vicine, alle articolazioni, ecc.) e prevenire quelle settiche generali, spesso mortali.

Come norme generali si consigliano l'incisione in anestesia locale o generale, il drenaggio, le medicature con sostanze antisettiche, la vaccinoterapia, i bagni, gli antisettici generali, i sulfamidici, ecc.

Numerosi sono i tipi di incisione praticati e suggeriti dai diversi chirurghi, ognuno vantando, con statistiche personali, il proprio metodo. Interessanti sono a riguardo i lavori di KANAVEL, KLAPE, BECK, ISELIN, ZUR VERTH, ecc.

Ma accanto a questa corrente aggressiva, ve ne è stata una conservatrice, la quale ha dimostrato che il paterocchio può guarire, e bene, senza incisione o con la röntgenterapia (SPITZEMBARG, DJACENKO, ZAHOURAK, ecc.) o con impacchi di argilla e stasi alla BIER (WORTHMANN) o con un apparecchio gessato, a tipo di cappa, comprendente le due prime falangi (WYMER), il quale ha sperimentato questo suo metodo originale in numerosi casi di paronichia cronica, periungueale, con granulazioni torpide ed esuberanti, ottenendo la guarigione e la capacità lavorativa degli infermi dopo 8-15 giorni invece di 30-60; o con l'iniezione locale di culture di batteriofago (RAIGA, DUMAS, ISELIN, MOURE).

R. GRASSO al recente Congresso Italiano di Chirurgia ha riferito favorevolmente sul trattamento immobilizzante dei paterocchi. Altri Aa. invece seguono il metodo misto, praticando dopo l'incisione, per accelerare la guarigione del processo infettivo, l'irradiazione con lampada di quarzo (VOLGUKIN), i raggi X (ZAHOURAK); oppure gli impacchi con unguenti streptococcici o stafilococcici (TAKENCHI); o l'immobilizzazione su una ferula o in apparecchio gessato, previo trattamento locale con sulfamidici.

La tendenza ad immobilizzare gli arti sede di processi suppurativi, e quindi anche le infenzioni della mano, ha guadagnato in questi ultimi anni molto terreno tanto che oggi ISELIN afferma: « que la main infectée devait, d'emblée, être immobilisée, sans attendre la période de réparation comme je faisais autrefois ». Consigliano inoltre l'immobilizzazione nelle suppurazioni della mano LÖHR, MESCANIMOV e RAYMOND BERNARD, che preconizza di gessare tutti i paterocchi e i flemmoni della mano, pone evitare l'intervento o ridurlo al minimo.

Avendo notato gli effetti curativi, veramente sorprendenti, del trattamento immobilizzante delle osteomieliti acute ematogene degli adolescenti e delle ferite infette degli arti, praticato nel reparto del Prof. PUCCINELLI, dal Prof. GRASSO, ho

voluto applicare lo stesso metodo nelle suppurazioni acute delle dita e della mano, portando un contributo personale alla cura di esse.

Sono stato indotto ad usare questo trattamento terapeutico dalla constatazione quasi giornaliera, durante il servizio d'ambulatorio chirurgico, che numerosi paterecci erano stati incisi più volte, prolungando la malattia per settimane, con medicature dolorosissime, e parecchi casi con complicazioni gravi (tenosinoviti, artriti, ecc.) avevano avuto un trattamento chirurgico attivo sì, ma insufficiente o per imperizia o perché incisi senza tecnica. L'incisione va fatta quando c'è una raccolta purulenta da evacuare, e se l'incisione precoce deve evitare la diffusione del pus formato, essa è sicuramente molto dannosa se fatta prima che il pus si sia formato. Ho raccolto settanta casi che ho trattato sempre con l'immobilizzazione, anche quelli che erano già stati incisi altrove e che a volte presentavano delle complicazioni in atto. L'immobilizzazione l'ho fatta sempre con l'apparecchio gessato, unico modo di evitare i piccoli movimenti delle falangi, includendo nel gesso anche le due dita vicine a quello malato, arrivando fino all'articolazione del polso. Il gesso è stato fatto a pelle meno sul dito malato, dove mettevo dei tamponi con pomata o sostanza grassa (simanite, olio di fegato di merluzzo, vasellina, ecc.) dando alle dita e alla mano la posizione acamatica di riposo.

Seguiamo un poco l'evoluzione di questi paterecci prendendo prima in considerazione gli otto casi già incisi altrove, non tendenti alla guarigione e curati con l'immobilizzazione in gesso:

1º) Patereccio profondo del polpastrello del terzo dito mano sinistra, inciso 4 giorni prima, senza alcun vantaggio subiettivo e obbiettivo (persistenza del dolore e della febbre). Coll'immobilizzazione scompaiono i dolori e la febbre dopo 24 ore. In nona giornata, tolto il gesso, si trova che quasi tutto il polpastrello è occupato da un grosso cencio necrotico che arriva fino al tessuto osseo e che si asporta con la pinza senza alcun dolore. Guarigione in ventesima giornata.

2º) Patereccio delle falange ungueale del pollice sinistro, con osteomielite della falangetta. Il paziente è stato inciso cinque giorni fa; l'incisione non ha dato esito a pus; la febbre con rialzi fino a 39, il dolore, e la tumefazione sono continuati. Si è manifestata nel frattempo una linfoangioite del dorso della mano e dell'avambraccio. Una seconda incisione è stata rifiutata dal paziente. Si pratica un apparecchio gessato comprendente anche l'indice. Si calma il dolore e scompare la febbre in terza giornata. In dodicesima giornata, tolto il gesso, si nota che la ferita chirurgica è quasi guarita. Viceversa nel centro del polpastrello, poco sotto al margine dell'unghia, c'è una soluzione di continuo circolare del diametro di 3-4 mm. attraverso cui si asporta un grosso cencio necrotico e un sequestro osseo formato dalla estremità della falangetta. La linfoangioite è scomparsa, il dito è meno gonfio, non è arrossato e non duole. La soluzione di continuo viene medicata a piatto con pomata, senza drenaggi, ogni 3º giorno. La riparazione avviene in 20ª giornata con *restitutio ad integrum* della funzione; il paziente è in grado di flettere ed estendere la falange ungueale del pollice.

3º) Patereccio sotto-ungueale pollice sinistro, con ascesso a bottone di camicia. È stata asportata l'unghia 8 giorni fa. Nel solco ungueale si vedono delle granulazioni torpide; facendo pressione sulla cute circostante fuoriesce modica quantità di pus da una fistola. Si applica il gesso e dopo 8 giorni, toltolo, il letto ungueale è completamente asciutto, o non c'è più secrezione. La paziente è guarita: si deve però rigenerare l'unghia.

4º) Patereccio sotto-ungueale pollice sinistro, con una incisione chirurgica sul lato radiale, parallela al solco ungueale, non secernente pus. Febbre con massimi di 38º. Si applica il gesso e dopo 10 giorni si trova la cicatrizzazione della ferita chirurgica, mentre tutta l'unghia è completamente staccata dal letto ungueale: la si asporta senza alcun dolore. Rapidamente la secrezione scompare e si ha la guarigione.

59) Patereccio prima falange del 3° dito mano sinistra, con gonfiore notevole della mano, rossore, dolore, febbre. Presenta due incisioni, una dorsale praticata 10 giorni fa, e un'altra palmare praticata 3 giorni fa. In tali condizioni persistendo il dolore e la febbre si applica un gesso per 12 giorni. Il dolore e la febbre scompaiono in 2ª giornata. Tolto il gesso si nota che esso è imbevuto di pus che si è fatto strada in parte per la ferita chirurgica della regioneolare e in parte attraverso una soluzione di continuo spontanea della terza plica interdigitale. La mano è quasi sgonfia, i tessuti sono rosei e ben granulanti, la secrezione purulenta è cessata. Guarigione in 10ª giornata.

60) Patereccio periungueale quarto dito mano destra, curato 20 giorni fa con l'asportazione dell'unghia. Presenza di granulazioni esuberanti del solco ungueale, con secrezione purulenta. Con l'apparecchio gessato si ottiene la guarigione in 8ª giornata.

70) Patereccio prima falange indice destro, operato 10 giorni fa con due incisioni laterali e drenaggio trapassante. Dopo l'intervento il paziente ha continuato ad avere dolore e febbre, anzi ha notato che la tumefazione si era diffusa a tutta la mano e all'avambraccio, dove sono visibili delle strie linfoangioitiche (tenosinovite da inoculazione operatoria?). In tali condizioni preferiamo alle incisioni classiche, praticare un apparecchio gessato comprendente tutte le dita fino al 3° medio dell'avambraccio; in 2ª giornata si calma il dolore e scompare la febbre.

Dopo 12 giorni si toglie il gesso inzuppato di pus, la linfoangioite è scomparsa, l'avambraccio è sgonfio, persiste il gonfiore della mano sebbene ridotto. Alla regione tenar si è formata una apertura spontanea, in continuazione con l'incisione chirurgica precedentemente fatta, attraverso cui si asporta con le pinze e senza alcun dolore, un tratto di tendine flessore completamente separato dai tessuti circostanti. La paziente è guarita con il dito in posizione rettilinea e con la perdita dei movimenti di flessione-estensione.

80) Patereccio polpastrello pollice destro, inciso lateralmente 6 giorni fa. Non v'è stata fuoriuscita di pus. Persiste la tumefazione, il dolore e la febbre. Si applica il gesso e la sintomatologia su descritta si calma solo dopo due giorni. In 12ª giornata tolto il gesso; si nota una soluzione di continuo spontanea a forma circolare, nel centro del polpastrello da cui si asporta con le pinze e senza il minimo dolore, un cencio necrotico, grande quanto un nocciolo di ciliegia. Il paziente è guarito dopo altri 10 giorni, medicandolo a piatto ogni 3° giorno.

La descrizione succinta di questi 8 casi, già precedentemente incisi, ci dimostra come tutti i pazienti si siano avvantaggiati dall'immobilizzazione in gesso, non solo per la scomparsa dei fenomeni dolorosi e della febbre dopo 24-48 ore, ma anche per l'evoluzione più benigna e la guarigione precoce dei fatti suppurativi.

Interessanti sono i casi 2, 4, 5, 7 e 8 in cui l'incisione non solo è stata insufficiente per dominare il processo morboso, che ha continuato la sua evoluzione, ma è caduta in punti lontani da dove si è avuta poi l'apertura spontanea.

Questo avviene perché è difficile localizzare nel dito la raccolta purulenta, soprattutto perché spesso essa manca, prevalendo i fatti necrotici. Mai si è avuta con l'immobilizzazione diffusione alle guaine tendinee e ai tessuti connettivali circostanti: il pus si è fatto strada sempre verso la cute forse seguendo il tragitto d'inoculazione dei germi (spesso punture infette) e provocando in detta zona una necrosi processuale progressiva.

Con l'immobilizzazione in gesso ho trattato 26 paterecci periungueali e sottoungueali e tutti sono guariti in 10-15 giorni, mentre il dolore e la febbre sono scomparsi nella stessa giornata. Tolto il gesso, che era imbevuto di pus, si trovava l'unghia completamente staccata e la si asportava senza alcun dolore. Il pus si faceva sempre strada verso il solco periungueale, dove era la porta di entrata dei germi.

Hanno particolarmente richiamato l'attenzione i casi n. 10, 11, 22 e 25, in cui il gonfiore del dito, i dolori lancinanti, pulsanti, la linfoangioite e la febbre facevano pensare a un pateruccio del polpastrello o a una osteomielite della falangetta e in cui se si fosse intervenuti chirurgicamente l'incisione sarebbe caduta sul polpastrello, mentre il pus si è fatto strada spontaneamente verso il solco ungueale staccando completamente l'unghia.

Nei casi 22 e 25 insieme con l'unghia è venuto via un grosso cencio necrotico e un piccolo sequestro osseo; la guarigione funzionale è stata completa.

Anche nei paterucci superficiali del polpastrello (8 casi), ho ottenuto sempre la guarigione colla sola immobilizzazione in gesso, e dopo 10-15 giorni i pazienti hanno potuto riprendere il proprio lavoro. La raccolta purulenta si è aperta sempre spontaneamente verso l'esterno, e l'esito funzionale è stato ottimo.

Di paterucci profondi della terza falange ne ho curati 19, di cui 14 erano celluliti del polpastrello e 5 osteomieliti della falangetta. Sette di essi, di cui 5 del polpastrello e 2 osteomieliti, hanno avuto in un primo tempo il gesso. Ma persistendo, sebbene attenuati, i dolori anche dopo 7-8 giorni ho levato il gesso, e non avendo trovato alcuna apertura spontanea, ma viceversa ben localizzato il processo alla falange ungueale, ho praticato una incisione a semivalvola in anestesia locale, arrivando fino allo scheletro, senza asportare il cencio necrotico ancora aderente ai tessuti circostanti ed evacuando una modesta quantità di pus. Ho praticato nuovamente un apparecchio gessato chiuso e il paziente non ha più avuto dolori né febbre. Dopo 10 giorni dal gesso, il cencio necrotico si era distaccato spontaneamente dai tessuti vicini e ho potuto asportarlo senza alcuna sofferenza, con le pinze; nelle due osteomieliti si è eliminato spontaneamente anche un sequestro della falangetta. I malati sono guariti dopo poche medicature a piatto con esito funzionale buono. Negli altri 12 casi si è avuta l'apertura spontanea del focolaio infettivo, che è avvenuta sempre all'apice del polpastrello, vicino al margine ungueale per necrosi processuale, con eliminazione spontanea dei tessuti necrotici e dei sequestri.

In nessuno dei 19 casi ho avuto diffusioni tendinee. Anzi nei casi 9 e 45 in cui sembrava che tutto il dito fosse preso dall'infezione, con tenosinovite primitiva, il gesso ha localizzato il processo alla falange ungueale, dimostrando che non vi era interessamento della guaina tendinea. Nemmeno nei paterucci del primo dito abbiamo avuto tenosinoviti da propagazione.

E se ISELIN scrive che: «*Mais nous avons observé seulement au pouce cette complication de tenosinovite et jamais aux autres doigts, où elle semble être en rapport, quand elle existe, avec une inoculation opératoire*», noi possiamo affermare, in base ai casi da noi studiati, che anche le diffusioni tendinee del pollice sono in dipendenza di una inoculazione operatoria diretta, o secondaria a necrosi da compressione della guaina tendinea, in caso di drenaggio. L'inoculazione avviene nel cul di sacco superiore della guaina, non essendo quivi protetta dalla puleggia dei tendini flessori, ma trovandosi a diretto contatto del cellulare sottocutaneo.

Perché non sempre i paterucci profondi del polpastrello si aprono spontaneamente e in alcuni di essi è necessaria l'incisione per calmare il dolore a favorire la guarigione? Credo che ciò sia in dipendenza e della particolare struttura anatomica del polpastrello, che è formato da travate fibrose verticali che uniscono intimamente il derma al periostio e si affondano nell'osso stesso; e dell'interessamento dell'osso con scollamento del periostio e della trombosi vascolare che dà una necrosi del connettivo più che una suppurazione colliquativa, necrosi che è lunga a delimitarsi dai tessuti sani. In questo spazio angusto e inestensibile la compressione dei nervi è maggiore, e maggiore è anche il disturbo circolatorio e solo l'incisione può alleviare i dolori, dato che l'apertura spontanea è lenta, perché lento è il processo di demarcazione.

Infatti i 19 casi studiati dimostrano che nel pateruccio del polpastrello non c'è sempre una raccolta purulenta ma di frequente si forma un grosso cencio necrotico

biancastro, della grandezza di un nocciolo di ciliegia, che è impossibile e dannoso asportare prima che si sia spontaneamente delimitato.

Nelle osteomieliti delle falangi il processo di delimitazione della necrosi (sequestro) è ancora più lungo: questa necrosi avviene sia per uno scollamento periosteo sia per trombosi vascolare; è difficile che l'infezione raggiunga l'osso seguendo i tratti fibrosi che dal sottocutaneo arrivano nel tessuto osseo. In questi casi come nelle osteomieliti acute dell'adolescente, il gesso favorisce il processo e delimita il sequestro che deve essere asportato in un secondo tempo. L'irradiazione speciale della falangetta ci dimostra come la parte eliminata è quasi sempre l'estremità distale per interessamento dell'arteria diafisaria che nasce nel tragitto polpale, mentre viene rispettata quella della base che nasce a livello della seconda falange. Questo ci spiega anche perché in tali casi i movimenti di flessione-estensione vengono conservati: infatti il tendine estensore si fissa sulla base della terza falange e sui contorni dell'articolazione; e dal lato volare mentre il tendine del flessore superficiale si fissa alla seconda falange, quello del flessore profondo e del flessore lungo del pollice si fissa sulla estremità prossimale o base, della falange ungueale.

Per la terapia di questi paterecci sono da abbandonare le idee di un intervento precoce e demolitivo (amputazione, disarticolazione) sostenuti fra gli altri da HÜTTER, KÖNIG, KOCKER, DE QUERVAIN, QUÉNU, TIXIER e PATEL, ecc., e considerati come preventivi di una diffusione tendinea e articolare.

I chirurghi moderni in genere sono conservatori: KLAPP e BECK infatti dicono che è sufficiente levare in un primo tempo il cencio necrotico e soltanto dopo 15-20 giorni il sequestro se si è formato. Essi raccomandano di non toccare subito l'osso denudato, poiché non si può sapere l'estensione della necrosi futura. Per tale ragione è da scartare la tecnica consigliata da KANAVAL il quale avendo notato che spesso è l'estremità distale della falangetta che si necrosa e che quando la base persiste, la rigenerazione ossea è la regola, propone di resecare subito la falangetta dopo avere scollato il periostio, fino alla base, anche se il sequestro non si è delimitato.

L'esito di questi paterecci spesso è grave residuando a volte rigidità del dito, con deformità di esso. Nelle celluliti si può avere una restituzione ad integrum della funzione anche nel 100 % dei casi, mentre nelle osteiti se sono parziali la falangetta si ricostruirà e la funzione potrà riprendere, se sono totali non ci sarà ricostruzione ossea, il dito sarà più corto e i flessori inutili. (Su 5 casi di osteomieliti totali della falangetta abbiamo avuto 2 esiti sfavorevoli: mai però abbiamo dovuto amputare il dito per pandattilite).

Effetti veramente sorprendenti si sono avuti con la terapia immobilizzante nei flemmoni superficiali della regione volare della mano, flemmoni commissurali, e in quelli che comunemente vanno sotto il nome di calli sdegnati, e nei paterecci del tessuto sottocutaneo della falange basale. In questi ultimi c'è sempre una propagazione commissurale, perché mentre i setti fibrosi delle pliche interdigitali impediscono la diffusione verso l'estremità, sui lati il connettivo sottocutaneo della prima falange comunica con quello della commissura.

Nei 6 casi trattati il dolore è cessato in 1^a o 2^a giornata ed ho sempre avuto l'apertura spontanea nello spazio interdigitale corrispondente; mai ho notato la diffusione alle guaine tendinee o agli altri spazi intercellulari della mano; mai ho avuto la pandattilite di CHASSAIGNAC, in cui l'infezione invade tutti gli spazi e tutti gli elementi del dito.

Queste diffusioni invece si possono avere dopo operazione, per inoculazione diretta del cul di sacco inferiore della guaina delle dita, a contatto in questo punto col connettivo sottocutaneo.

Anche nelle artriti l'immobilizzazione favorisce la guarigione: io ho soltanto due osservazioni personali (artrite dell'articolazione fra seconda e terza falange, 4^o e 2^o dito, per inoculazione diretta, guarita col gesso, senza incisione, perché il pus si è riassorbito spontaneamente; è residuata soltanto una limitazione dei movimenti).

PRIMO GRUPPO.

Schema dei paterecci già incisi altrove e trattati con l'apparecchio gessato chiuso (8 casi). Guarigione funzionale buona in tutti i casi, meno nel 7° in cui c'era già una tenosinovite probabilmente post-operatoria:

1. - Patereccio profondo del polpastrello 3° dito mano sinistra.
2. - Patereccio con osteomielite falange ungueale pollice sinistro. Linfoangioite avambraccio.
3. - Patereccio sottoungueale pollice sinistro con ascesso a bottone di camicia.
4. - Patereccio sottoungueale pollice sinistro.
5. - Patereccio 1ª falange 3° dito mano sinistra.
6. - Patereccio periungueale 4° dito mano destra.
7. - Patereccio 1ª falange indice destro con tenosinovite in atto.
8. - Patereccio polpastrello pollice destro.

SECONDO GRUPPO.

Schema dei paterecci periungueali e sottoungueali curati e guariti con l'immobilizzazione in gesso senza incisione (26 casi). Esito sempre ottimo:

9. - Patereccio periungueale e sottoungueale pollice destro.
10. - Patereccio periungueale 4° dito mano sinistra con linfoangioite del dorso della mano.
11. - Patereccio periungueale e sottoungueale 3° dito mano destra con linfoangioite mano e avambraccio.
12. - Patereccio sottoungueale 2° dito mano sinistra.
13. - Patereccio sottoungueale 2° dito mano sinistra.
14. - Patereccio periungueale 3° dito mano sinistra.
15. - Patereccio periungueale 2° dito mano destra.
16. - Patereccio periungueale 2° dito mano sinistra.
17. - Patereccio periungueale 4° dito mano sinistra.
18. - Patereccio periungueale 4° dito mano sinistra.
19. - Patereccio periungueale e sottoungueale 4° dito mano destra.
20. - Patereccio sottoungueale pollice sinistro.
21. - Patereccio sottoungueale 2° dito mano destra.
22. - Patereccio sottoungueale e periungueale con osteomielite della falangetta 3° dito mano destra. Espulsione spontanea di un piccolo sequestro dal solco ungueale previa caduta dell'unghia.
23. - Patereccio sottoungueale 3° dito mano destra.
24. - Patereccio sottoungueale 2° dito mano destra.
25. - Patereccio sottoungueale con osteomielite della falangetta 1° dito mano sinistra. Espulsione spontanea di un piccolo sequestro dall'apertura spontanea sottoungueale.
- 26, 27. - Patereccio sottoungueale 1° dito mano destra e 3° dito mano sinistra.
- 28, 29, 30, 31. - Patereccio periungueale.
- 32, 33, 34. - Patereccio sottoungueale e periungueale.

TERZO GRUPPO.

Schema dei paterecci superficiali del polpastrello curati e guariti coll'immobilizzazione in gesso senza incisione (8 casi).

- 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42. - Ripristino normale della funzione.

QUARTO GRUPPO.

Schema dei paterecci profondi del polpastrello (5 celluliti della polpa e 2 osteomielite della falangetta) trattati col gesso in un primo tempo, per localizzare il processo, poi con l'incisione e nuovamente con l'immobilizzazione in gesso. Non si sono mai avute diffusi tendinee. L'esito è stato soddisfacente meno nel caso n. 48 guarito con notevole diminuzione della funzione.

43. - Patereccio profondo del polpastrello 5° dito mano destra. Incisione a semivalvola.
 44. - Patereccio profondo con linfoangioite del polpastrello del pollice sinistro. Incisione a semivalvola.
 45. - Patereccio profondo del polpastrello del 2° dito mano sinistra. Incisione chirurgica ad opercolo.
 46. - Patereccio profondo del polpastrello del pollice sinistro. Incisione chirurgica ad opercolo.
 47. - Patereccio profondo polpastrello pollice sinistro. Incisione a semivalvola.
 48. - Patereccio profondo con osteomielite totale della falangetta. Incisione a semivalvola.
 49. - Patereccio profondo con osteomielite parziale della falangetta. Incisione a semivalvola.

QUINTO GRUPPO.

Schema dei paterecci profondi del polpastrello (10 celluliti della polpa e 3 osteomieliti della falangetta) curati con la sola immobilizzazione in gesso. Apertura spontanea, con eliminazione spontanea del cecio necrotico o del sequestro. Esito funzionale buono meno nel caso n. 61. Mai tenosinoviti né diffusione a distanza.

- 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59. - Celluliti del polpastrello, di cui 3 con linfoangioite.
 60. - Osteomielite falange ungueale 4° dito mano destra con eliminazione spontanea del sequestro.
 61. - Osteomielite totale falange ungueale 2° dito mano destra con eliminazione spontanea di tutta la falangetta.
 62. - Osteomielite falange ungueale 3° dito mano sinistra con eliminazione spontanea di un piccolo sequestro.

SESTO GRUPPO.

Schema dei flemmoni interdigitali curati e guariti colla sola immobilizzazione in gesso. Delimitazione della raccolta, apertura spontanea senza diffusione agli spazi vicini, né alle guaine tendinee (6 casi).

- 63, 64, 65, 66, 67, 68.

SETTIMO GRUPPO.

Schema delle artriti interfalangee per inoculazione diretta, trattati col gesso (2 casi).

Nel 1° caso (artrite inter-falange-falangina 4° dito mano sinistra, non si è avuta alcuna apertura spontanea, né si è fatta alcuna incisione: il pus si è riassorbito).

Nel 2° caso (artrite inter-falangina-falangetta 2° dito mano sinistra), il pus si è fatto strada dal lato radiale dell'articolazione senza interessamento dei tendini. Guarigione con limitazione funzionale dell'articolazione.

Quando già le bozze di stampa del presente lavoro erano state corrette, ho avuto in cura un malato affetto da patereccio osseo della falange ungueale del pollice sinistro, che era stato inciso ben 5 volte in un importante ospedale di provincia. Egli aveva in atto come complicazione (forse conseguenti ai 5 interventi chirurgici) un empiema sinistro; un ascesso pararenale sinistro; un ascesso pararenale destro. Con le cure chirurgiche opportune è guarito di tutte le complicazioni.

Il dito, che presentava un tragitto fistoloso fino allo scheletro, è stato immobilizzato in gesso. Dopo 12 giorni, tolto il gesso, si è avuta l'eliminazione spontanea di parte della falange ungueale e la cicatrizzazione in breve tempo della fistola.

* * *

Qual'è l'azione che spiega l'immobilità in gesso per una evoluzione e una guarigione più rapida dei paterecci e delle suppurazioni della mano in genere? È difficile dirlo.

L'assenza dei movimenti diminuisce l'afflusso di sangue e la stasi circolatoria, e influenza beneficamente il sintoma dolore dato dall'irritazione del plesso simpatico

perivascolare e perinervoso e dalla compressione meccanica nervosa in uno spazio ristretto e inestensibile (come nelle celluliti della polpa e osteomieliti). Inoltre si impediscono le diffusioni locali e generali (mai abbiamo visto complicazioni gravi nei nostri casi) perché sopprimendo i movimenti si riduce l'intensità circolatoria e manca il risucchio dei germi nel torrente sanguigno. Oltre a questi fattori la medicatura grassa e il gesso chiuso formeranno probabilmente un impacco caldo-umido a permanenza che aiuta l'evoluzione della malattia.

La nostra esperienza sul trattamento chiuso col gesso dei paterreci e delle infezioni della mano ci porta alle seguenti conclusioni:

1°) Il gesso nello stadio infiltrativo localizza il processo e toglie quasi sempre il dolore. Il dolore persiste quando il paterrecio è profondo, celluliti del polpastrello o osteomieliti. In questi casi è meglio applicare il gesso per 7-8 giorni, toglierlo e incidere se la raccolta non si è aperta spontaneamente e immobilizzare nuovamente,

2°) Nei paterreci ungueali e periungueali e in quelli superficiali del polpastrello. il gesso ha dato sempre una guarigione più rapida, senza intervento e senza dolori.

3°) L'apertura spontanea ad opercolo che si ha nei paterreci del polpastrello avviene per necrosi processuale con eliminazione del cencio necrotico o del sequestro. Resta una perdita di sostanza a forma di cratere, che guarisce con una piccola cicatrice stellare indolente, e che non disturba la funzione.

4°) Nei casi trattati col gesso, o incisi in un secondo tempo, non v'è mai stata diffusione tendinea o articolare o a tutte le parti del dito (pandattilite di CHASSAIGNAC). Questo significa che la guaina tendinea rappresenta una barriera per il processo infiammatorio, e viene invasa solo se c'è una soluzione di continuo: inoculazione diretta operatoria, necrosi per drenaggio.

5°) Inoltre possiamo affermare che l'apparecchio gessato chiuso immobilizzante la mano e le dita nella posizione di riposo non dà mai per sé stesso alcun inconveniente come rigidità articolari e tendinee, atrofie ossee, retrazione dell'aponeurosi palmare.

RIASSUNTO

L'A. riferisce su 70 casi di paterreci e di flemmoni della mano trattati o con la sola immobilizzazione in apparecchio gessato chiuso per 8-10 giorni, o con l'incisione chirurgica e l'apparecchio gessato chiuso; o con l'immobilizzazione prima, poi l'incisione seguita da nuovo apparecchio gessato chiuso. Egli ha notato i benefici effetti dell'immobilizzazione in tutti i casi, ottenendo la guarigione dopo 8-10 gg. nei paterreci superficiali, e la circoscrizione del processo infettivo con diminuzione del dolore e talvolta l'apertura spontanea di esso, con eliminazione di un cencio necrotico o di un sequestro osseo, e scomparsa del dolore e della febbre, in quelli profondi. La stessa evoluzione benigna (circoscrizione del processo, apertura spontanea della raccolta) ha notato nei flemmoni della mano, con tale metodo non ho mai avuto diffusioni alle guaine tendinee del processo flogistico (tenosinoviti secondarie), nè altri inconvenienti a carico della mano immobilizzata (rigidità articolari e tendinee, atrofie ossee con dolori, retrazioni dell'aponeurosi palmare) per cui egli consiglia questo trattamento.

BIBLIOGRAFIA

BECK. *Dus Panaritium*, 1920.

CHASSAIGNAC. *De la suppuration*. Paris, 1857.

DUMAS B. *Traitement des injections à pyogène par l'association antivirus - bactériophage*. Thèse de Paris, 1931.

DJACENKO. *Röntgenologische Beobachtung au Knochenpanaritien, ihren Formen und Ausgängen*. «Sovet. Chir.» 2, pag. 70, 78, 1936.

- GRASSO. « Congresso chir. di guerra », 1942.
- ISELIN. *Ténosyno-vites digitales*. « Schweiz Med. Wochenschrift », n. 62, pag. 1159-1171, 1932.
- ISELIN. *Chirurgie de la main*. Masson, 1938.
- KANAVEL. *Infections of the upper extremity*, in « Christopher - Minor Surgery », pag. 662-691.
- KLAPP. *Das Panaritium*, 1920.
- KLAPP. *Das Panaritium und Phlegmon* « Münch. med. Wochenschr. », 80, pag. 1077-1079, 1930.
- LÖHR R. *Das Frühröntgen-bild des Panaritium ossale*. « Dtsch. Z. Chir. », 243, pag. 366-370, 1934.
- MESCANINOV. *Entzündliche Handkrankungen, ihre Klassifikation, Prophylaxe und rationelle Behandlung*. « Nov. chir. Arch. », 31, pag. 388-394-1934.
- MESCANINOV. *Ueber Behandlung der subcutanen Panaritien nach Klapp*. « Nov. chir. Arch. » 31, pag. 399-401, 1939.
- MOURE. *Traitement des furoncles et anthrax par la thérapeutique mixte*. « Bull. Mem. Soc. Chir. », tav. LVII, pag. 657-662, 1931.
- QUENU, citato da TIER et PATEL.
- RAIGA A. *Traitement par le bactériophage D'Herelle des panaris*. « Progrès Méd. », pag. 415-422, 1929.
- RAYMOND B., citato da ISELIN.
- SPITZEMBERG. a) *Roentgenoterapy of Panaritium Strahlentherapie*, pag. 62, 174-180, 1938.
- SPITZEMBERG. b) *Roentgenotherapy of Panaritium Fortschr. a. d. « Geb. Roentgen-strahlen »*, 56, pag. 60-61, 1937.
- TAKENCHI J. *Vergleich der kok-tigensalbe mit der Vacinesalbe von Strepto und Staphylokokken in therapeutischen Erfolge bei Panaritium*. « Arch. pag. Chir. », 13, pag. 523-533, 1937.
- TIER et PATEL. *Précis de Path. chirurg.*, tav. VI, pag. 605 e seg., Masson, 1935.
- VOLYNKIN N. *Panaritium beandlung mit der Quarzlampe*. « Sovet Chir. », 7, pag. 123-124, 1936.
- WYMER. *Klinisch und Behandlung der Paronychia cronica. Ein operationsloses, naturgemässes Behandlungsverfahren*. « Münch. med. Wschr. », 644-645, 1940.
- WORTHMANN. *Über Furunkel, Panaritien ähnliches*. « Münch. med. Wschr. », 11, 1834-1835, 1936.
- ZAHOURAK. *Röntgenbehandlung bei entzündlichen Leiden der Finger und der Hand*.
- ZUR VERTH. *Behandlung des Panaritiums im allgemeinen*. « Ther Gegenw. », 77, pag. 259-261, 1936.
- ZUR VERTH. *Das Panaritium*, in « *Ergeb der chir. und Orthop Bd* », 16, Julius. Springer, edit., Berlin, 1923.

70775

