

163
DOTT. ROSARIO GRASSO

**Ulteriore contributo clinico sul trattamento
fisico-dietetico-vitaminico dell'endoarterite
obliterante giovanile (M. di Buerger)**

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica), Vol. XLIX (1942)

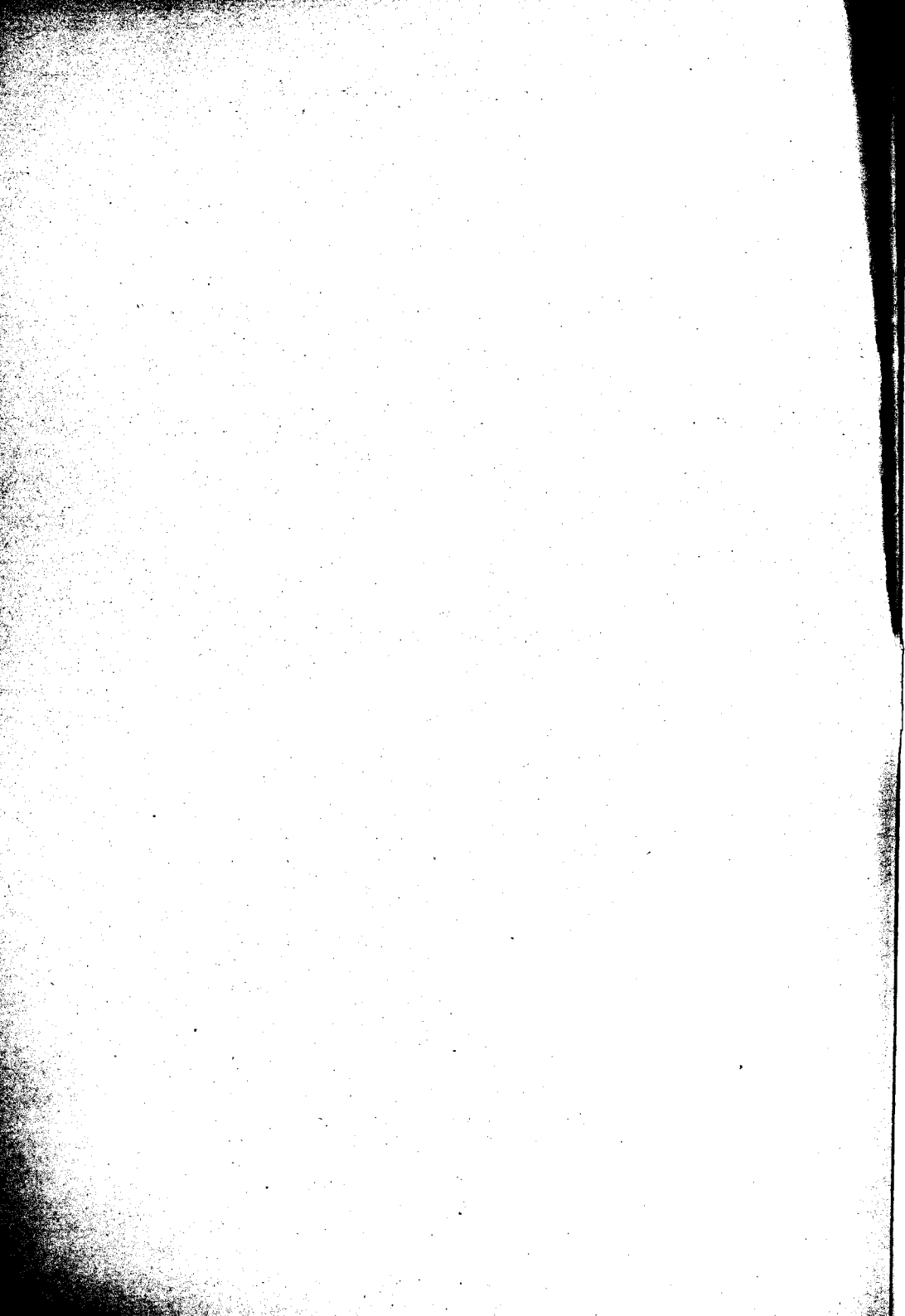


80
B
28

ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »
N. 14 — Via Sistina — N. 14

1942



OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
POLICLINICO UMBERTO I - PRIMO PADIGLIONE
Primario aggregato clinico: Prof. V. PUCCINELLI

Ulteriore contributo clinico sul trattamento fisico-dietetico-vitaminico dell'endoarterite obliterante giovanile (M. di Buerger).

Dott. ROSARIO GRASSO, aiuto chirurgo e docente

Dopo più di un anno dalla nostra pubblicazione « Terapia fisico-dietetico-vitaminica delle malattie obliterative e trofico-vascolari degli arti » (Forze Sanitarie n. 18, 1940) ritorniamo sull'argomento come avevamo promesso, allo scopo di riferire su un maggior numero di casi e su una più prolungata osservazione.

In questo lasso di tempo un interessante articolo del Clinico Chirurgo di Roma, è comparso in « Homo n. 12, 1941 ».

Il Prof. Paolucci, che già prima di noi (R. Paolucci - Obliter. endoart; Mediz. Klin. n. 5, 1940) aveva scritto favorevolmente sul trattamento fisico-dietetico-vitaminico (f. d. v.) del Morbo di Buerger (M. B.), in questa recente nota così conclude:

« dopo aver tentato le più varie operazioni per la cura e il miglioramento dell'endoarterite e dopo aver ottenuto qualche buon risultato, specialmente con la surrenectomia, le ho tutte abbandonate, senza rimpianto, come ho abbandonato qualsiasi amputazione se non costretti da fatti infiammatori gravi, minaccianti la vita ».

Ma altri autorevoli Chirurghi in Italia ed all'Estero, usano e vantano nel M.B., quelle operazioni che il Prof. Paolucci e noi abbiamo abbandonato.

Il contrasto, a nostro modo di vedere, è dovuto al fatto che costoro non hanno personale esperienza del metodo conservativo, che nella stampa si presenta forse con " veste empirica ", mentre in realtà ha solide basi di fisiopatologia e poggia su una buona statistica che tende sempre più ad arricchirsi di lusinghieri risultati.

Quindi ancora oggi sulla cura del M.B. non c'è accordo, ed il nostro modesto contributo clinico non vuole avere « carattere polemico » bensì « carattere statistico del trattamento medico » e, diciamolo pure, vuole « spinge-

re », « persuadere », « invogliare » altri, a prenderne conoscenza diretta, onde potere formarsi una idea personale, la sola in genere che « appaga e convince ».

E veniamo all'esposizione di questa seconda serie di casi.

CASI CLINICI.

CASO I. — Sepich V., a. 42; ufficiale di marina; da Fiume.

Forte fumatore; nega lues.

Entra al 1° padiglione il 12 ottobre 1940. Da 4 anni parestesie agli arti inferiori e *claudicatio intermittens* sotto sforzo. Nel 1937 episodio acuto alla gamba S. diagnosticato flebite. Una settimana addietro dolori violentissimi lancinanti, continui, al piede destro seguiti dalla comparsa di bollicine sierose, e poi da chiazze ecchimotiche e quindi da gangrena interessante le 4 ultime dita del piede D., e l'avampiede D. Concomitarono dolori al piede sinistro che divenne violaceo, quasi insensibile e sulla cui superficie plantare comparve un'escara circolare di pochi cm.

I dolori erano intolleranti, e poco si avvantaggiavano dei vaso-dilatatori e della morfina.

Consultato un valente chirurgo di Napoli gli fu proposta « l'amputazione della gamba D. al 3° superiore e l'amputazione della gamba S. al 3° inferiore » intervento da farsi al più presto.

Il paziente si rifiutò e per consiglio di altri venne a Roma al nostro padiglione per sottoporsi al trattamento medico.

Status all'ingresso. Paziente molto eccitabile, molto sofferente che si lamenta di dolori insopportabili agli arti inferiori.

Piede D. tumefatto, arrossato fino al 3° inferiore della gamba; zone di necrosi sulla reg. dorsale dell'avampiede; gangrena delle ultime 4 dita a tipo umido; zona di necrosi sulla reg. plantare all'altezza della testa del V metatarso.

Pulsazione arteria femorale: bilateralmente debole al triangolo di Scarpa; assente alla poplitea ed alla pedidia.

Azotemia 0,48 %; glicemia 1,42 %; R. W. negativa.

Date le sofferenze e le gravi lesioni degli arti si rinviava le misurazioni oscillometriche, e subito si inizia il trattamento f.d.v., completato da impacchi locali di Dakin.



FIG. 1. — Dopo 1 mese di trattamento F.D.V. (piede D.).

I benefici sul dolore sono quasi immediati: dopo 5 giorni è sufficiente 1 morfina e dopo 10 giorni anche questa viene soppressa. La gangrena non è progredita e si è ben delimitata, e la febbre è diventata remittente.

Oscillometria (22 ottobre 1940):

I.O. 3° inf. coscia D. 1,5 — S. 0,6.

I.O. 3° sup. gamba D. 1 — S. 0,1.

Dopo circa 1 mese le condizioni generali sono molto migliorate: il paz. è calmo, molto incoraggiato dagli effetti della cura; riposa senza stupefacenti; la febbre è scomparsa. Piede D.: le zone necrotiche superficiali del dorso del piede sono cadute e già è visibile un buon tessuto di granulazione ed un orletto epiteliale sui margini; il 5° dito è caduto spontaneamente; il 2°, 3°, 4° stanno per essere eliminati (vedi fig. 1); la gamba è detumefatta.



Fig. 2. — Dopo un mese dal trattamento F.D.V. (piede S.).

Piede S.: l'escara plantare è caduta scoprendo un fondo granuleggiante; buona epitelizzazione dei margini progredita già di qualche centimetro; colorito del piede roseo che diventa cianotico in posizione declive (vedi fig. 2).

Dopo 2 mesi la perdita di sostanza del piede S. è completamente cicatrizzata (vedi fig. 3).

Dopo 2½ mesi, la cicatrizzazione del piede D. è completa, aiutata dall'uso di pomata al rosso scarlatto, visibile nella fig. 4 nei tratti ancora disepitelizzati (vedi fig. 4).

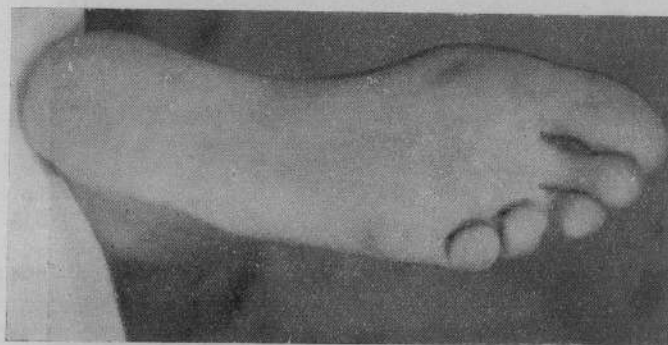


Fig. 3. — Dopo 2 mesi dal trattamento f.d.v. (piede S.).

Oscillometria 30-12-1940:

I.O. 3° sup. coscia D. 2,5 — S. 0,6,

I.O. 3° sup. gamba D. 1,4 — S. 0,1.

Dopo 3½ mesi di cura è completata pure la cicatrizzazione del piede D. (vedi fig. 5).

Il paziente chiede l'asportazione dell'alluce D. rimasto, perchè disturba la calzatura ed il cammino.

Da quest'epoca il trattamento f.d.v. viene seguito con una certa larghezza: bagno a giorni alterni; dieta meno severa; 2 volte la settimana pasta o riso e si aumenta la razione di pane e di acqua.

Il paziente comincia ad alzarsi ed a camminare e nota un senso di torpore al piede S., che spesso è freddo e cianotico; non dolori.

Il 12-2-1941 si esegue in narcosi gangliectomia del 1° e 2° L.S. (prof. Puccinelli). Dopo l'intervento il paziente accusa un maggior senso di calore all'arto inferiore S., ma i disturbi subiettivi precedenti persistono.

Oscillometria (21-2-1941):

I.O. 3° inf. coscia D. 3 — S. 0,7;

I.O. 3° sup. gamba D. 0,6 — S. 0,1.



FIG. 4. — Dopo 2½ mesi dal trattamento f.d.v. (piede D.).

Il 1° maggio 1941 sospende completamente la cura f.d.v., pur mantenendo un regime vegetariano e vitaminico.

Persistendo al piede S. parestesie e cianosi, si pratica Roentgenterapia: 2 cicli di 600 R. su due campi; uno interscapolare, l'altro lombare a distanza di 1 mese uno dall'altro (Dr. Bianchini).



FIG. 5. — Dopo 3½ mesi (piede D.); l'alluce è stato volontariamente asportato.

Durante tale trattamento il paziente notò un certo miglioramento dei disturbi all'arto S.

In giugno sul dorso del piede D., al centro della pregressa piaga, ulcerazione cuta-

nea di un centimetro senza dolore. Riprende la cura fisica ed in 20 giorni la cicatrizzazione è completa.

Oscillometria (26-8-41):

I.O. 3° inf. coscia D. 6 — S. 2;

I.O. 3° sup. gamba D. 3 — S. min. oscillaz.

Il 30-8-1941 viene dimesso in ottime condizioni generali; può camminare senza avvertire dolori. Gli arti inferiori sollevati mantengono per alcuni minuti il colorito roseo.

Notizie recenti (febbraio 1942): « continua il miglioramento; il piede D., quello mutilato, non mi dà alcun inconveniente e così pure il relativo polpaccio; le dita del piede S. hanno perduto quel colorito cianotico che avevano a Roma e lentamente riprendono il colorito normale; mi sento ambedue i piedi caldi nonostante il clima freddo della nostra regione; ho fatto senza sofferenze passeggiate di 4 ore; fra breve ritornerò al mio lavoro ». In aprile è già imbarcato.

Caso II. — Morcelli E., a 44, pittore, da Roma.

Modico fumatore e bevitore; gentilizio negativo.

Da 1 anno accusa crampi alla gamba D. sotto sforzo. Quattro mesi addietro, a seguito di una lunga permanenza nella neve, sopraggiunsero dolori lancinanti ai piedi.

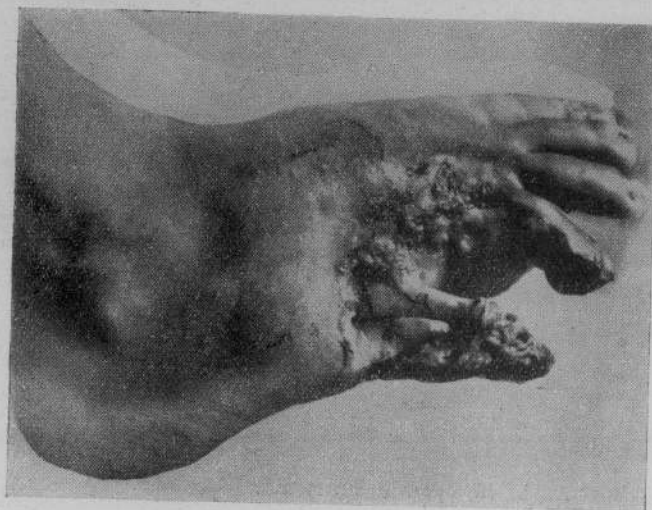


FIG. 6. — Piede D. all'ingresso.

Dopo 1 mese il piede D. si tumefecce e le dita si arrossarono diventando dolentissime. Ricoverato in ospedale e curato con impacchi, ne uscì poco migliorato.

A casa le ultime dita del piede D. si fecero cianotiche e poi vi comparvero chiazze di necrosi.

Il 26 aprile 1941 entra al I padiglione.

Status all'ingresso.

Paziente sofferente a causa di violenti dolori ai piedi. Piede S. con dita edematose, arrossate; con lieve cianosi e distrofie ungueali; sulla pianta ulcerazione superficiale con secrezione sieropurulenta.

Piede D. tumefatto, arrossato; cangrena delle ultime 2 dita estesa all'avampiede. Le parti molli del V dito sono cadute scoprendo le falangi e il metatarso (vedi fig. 6).

I dolori sono molto intensi per cui si ricorre ad antinevralgici e morfina. R. W. neg.; temperatura afebrile.

Oscillometria (28-4-1941).

I.O. 3° inf. coscia S. 1 — D. 0,3.

I.O. 3° sup. gamba S. 0,3 — D. 0,2.

Il 5 maggio inizia il trattamento f.d.v. e localmente fa impacchi caldi.

Dopo 4 g. i dolori sono quasi scomparsi e si sospende la morfina.

Dopo 5 mesi di trattamento, la zona cangrenata è completamente caduta, e dopo 7 mesi la cicatrizzazione è completa (vedi fig. 7).

Oscillometria (20-10-41).

I.O. 3° inf. coscia D. 1,5 — S. 0,5.

I.O. 3° sup. gamba D. lievi oscillazioni — S. 0.

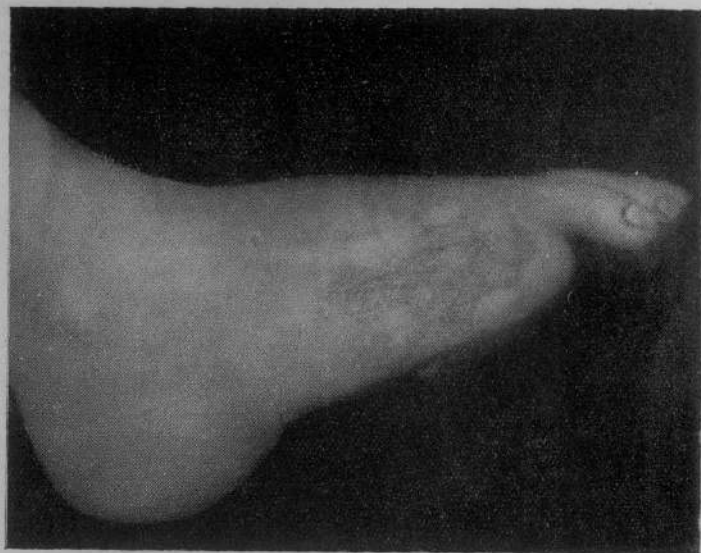


Fig. 7. — Piede D. 7 mesi dopo.

Dimesso l'8-12-41 completamente cicatrizzato; senza dolori; in ottime condizioni generali.

Notizie recenti (febbraio 1942): « il piede è sempre guarito e camminando non accuso dolori; sono contento ».

Caso III. — Mori A., a. 46, operaio, da Roma.

Fumatore; modico bevitore; gentilizio negativo.

Nel 1936 cominciò a soffrire di dolori ai polpacci, che nella deambulazione si trasformavano in veri crampi.

In seguito sopravvennero turbe fisiopatiche al piede D.

Ricoverato in un reparto ospedaliero nel 1939 gli fu praticata « gangliectomia destra » con pochissimo miglioramento.

Nell'aprile 1940 comparve piccola zona di necrosi sottoungueale all'alluce D., dolentissima.

Ricoverato in altro reparto e sottoposto al trattamento f.d.v. ne trasse grande vantaggio.

Sottoposto però ad asportazione parziale dell'unghia e ad una piccola incisione per una iniziale suppurazione della zona necrotica, le condizioni locali peggiorarono; il dito e l'avampiede si arrossarono; i dolori si fecero intensi e sopraggiunse febbre.

Uscito in tali condizioni entrò il 27-1-1941 al I Padiglione.

Status all'ingresso.

La regione sottoungueale dell'alluce D. è sede di necrosi e secerne pus; il dito è arrossato e tumefatto; la pressione è dolentissima (vedi, fig. 8, 9). Temperatura 37,8. R. W. negativa. Glicemia 1%. Azotemia 0,29 %.

Assente la pulsazione della pedidia bilateralmente; presente la pulsazione della femorale al triangolo di Scarpa.

Oscillometria (1-2-41):

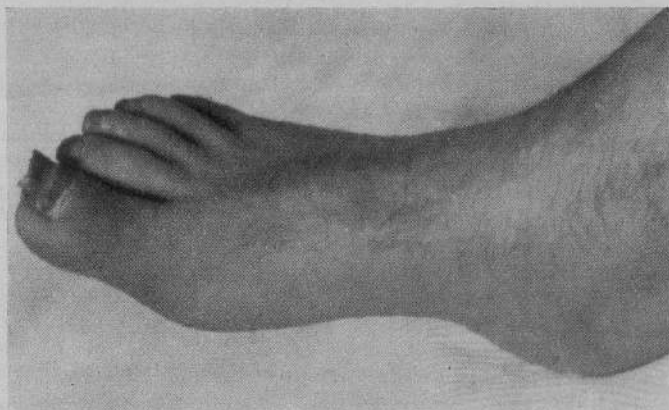


FIG. 8. — Piede D. all'ingresso.



FIG. 9. — Piede D. all'ingresso.



FIG. 10. — Piede D. dopo 2 mesi di trattamento f.d.v.

I.O. 3° inf. coscia D. 1,5 — S. 1,9;

I.O. 3° sup. gamba D. 1 — S. 1,8.

Si inizia il trattamento f.d.v. e localmente si medica con Recorcina oleosa al 5% (formula Paolucci: olio fegato merluzzo — recorcaini).

Contro i dolori morfina 2 f. al giorno.

Dopo 6 giorni i dolori sono cessati e si sospende la morfina.

Finchè persiste la flogosi, il miglioramento locale non è molto evidente.

Scomparsa la flogosi, dopo circa 1 mese, la zona necrotica cade e la cicatrizzazione avviene rapida (vedi fig. 10).

Nessun dolore al dito e al polpaccio, pure dopo deambulazione. Condizioni generali ottime.

Oscillometria (22-4-41):

I.O. 3° inf. coscia D. 1. — S. 1,1;

I.O. 3° sup. gamba D. 1 — S. 1,5.

Dimesso il 26-4-41.

Rivisto nel novembre 1941, la guarigione clinica si mantiene ed il paziente è molto contento del suo stato.

Caso IV. — Cimarra A., a. 33 muratore, da Spoleto.

Fumatore; modico bevitore. Gentilizio negativo.

Da circa 3 anni dolori e parestesie agli arti inferiori che diventavano freddi e cianotici nella stazione eretta.



Fig. 11. — All'ingresso.

Nel gennaio 1941 comparve ulcerazione all'alluce S. per cui fu asportato il dito. La ferita operatoria non si è più chiusa ed è divenuta secernente e dolorosissima, richiedendo più volte al giorno la morfina.

Il 15-3-1941 entra al I Padiglione.

Status all'ingresso.

Mancanza dell'alluce S. già amputato; la pregressa incisione operatoria ha margini ispessiti, scollati e secreca pus; le parti molli circostanti sono edematose arrossate (vedi fig. 11).

Il piede S. è pallido e di colorito cianotico nella posizione declive, con distrofie ungueali.

Temperatura 37,4; R. W. negativa; glicemia 0,90%.

Assente la pulsazione della pedidia bilateralmente; poco percettibile la pulsazione della femorale bilateralmente.

Oscillometria (16-3-1941):

I.O. 3° inf. coscia D. 1 — S. 1,5;

I.O. 3° sup. gamba D. assente — S. oscillazioni minime.

Sottoposto al trattamento f.d.v. il paziente migliora rapidamente e dopo pochi giorni può riposare senza morfina.

Sopravvengono dolori gastrici e vomito con un reperto radiologico negativo, che cessano spontaneamente dopo qualche settimana.

Ai primi tentativi di deambulazione l'infiltrazione flogistica al piede S. quasi scomparsa si riaccentua; la secrezione purulenta aumenta; si tumefà la pianta del piede; i dolori ritornano intensissimi. Dopo un trattamento locale con impacchi caldi si pratica una incisione, ampliando la precedente, che dà esito a pus. In pochi giorni scompare la flogosi e il dolore e si ha la cicatrizzazione completa della ferita. Sottoposto a Roentgenterapia: 1 ciclo di 600 R. su due campi, uno interscapolare e l'altro lombare, accusa un miglioramento del dolore sotto sforzo.

Dopo 2 mesi di trattamento la oscillometria è imm modificata ed il 6-7-14 viene dimesso cicatrizzato senza dolori. Rivisto dopo 6 mesi le condizioni locali rimangono ottime per quanto riguarda il piede S., mentre sono comparsi dolori al piede D.

Il 12-2-42 rientra al I Padiglione. Il piede S. permane guarito e non è sede di dolori. Il piede D. è pallido all'avampiede e leggermente cianotico alle dita. L'unghia dell'alluce D. si presenta scollata da una raccolta di pus; l'alluce è arrossato e molto dolente.

Riprende il trattamento f.d.v. con discreti vantaggi; i dolori sono di molto diminuiti senza oppiacei.

Il 2-4-41 lamentando ancora dolori al piede D., onde cercare di giovare al paziente con tutti i mezzi conservativi, si esegue gangliectomia estraperitoneale D. (Grasso), riuscendo ad asportare completamente L. 2 e parzialmente L. 1.

L'oscillometria prima dell'operazione dava assenza completa alla coscia e alla gamba bilateralmente.

Nei giorni successivi l'arto D. è accusato più caldo dal paziente ed i dolori al piede D. sono scomparsi del tutto e viene dimesso.

Caso V. — Sallustri, a. 50, impiegato da Cori.

Fumatore; modico bevitore; gentilizio negativo.

Da 1 anno soffre di parestesie ed a volte di dolori ai piedi che si fanno spesso cianotici.

Circa 1 mese addietro è caduta l'unghia dell'alluce sinistro ed è comparsa un'erosione sul polpastrello di questo dito, che si è fatto molto dolente.

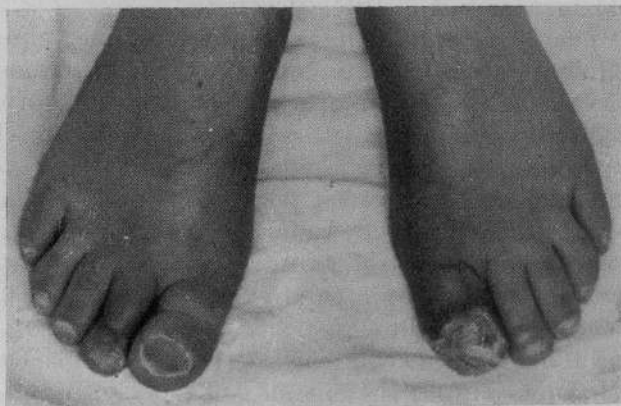


FIG. 12. — All'ingresso.

Il 24-4-41 entra al I Padiglione.

Status all'ingresso.

Manca l'unghia all'alluce S.; presenza di erosione estesa a tutto il polpastrello dell'alluce S.; colorito cianotico dell'avampiede bilateralmente; unghia distrofiche (vedi fig. 12).

Non si palpa la pedidia bilateralmente; pulsazione valida della femorale al triangolo di Scarpa.

Oscillometria 22-4-1941.

I.O. 3° inf. coscia D. 2 — S. 1,5;

I.O. 3° sup. gamba D. assente — S. assente.

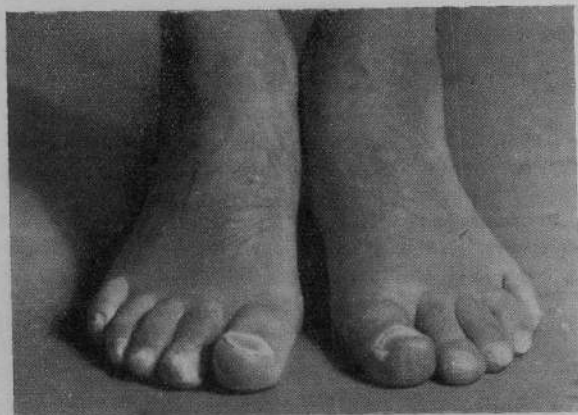


FIG. 13. — Dopo 2 mesi di trattamento f.d.v.

Sottoposto al trattamento f.d.v. dopo una settimana i dolori sono cessati; dopo 2 mesi l'unghia è cresciuta mentre l'erosione è guarita; pure le altre unghie si presentano non più distrofiche (vedi fig. 13).

Notizie recenti (febbraio 1942): « stò benissimo, non ho più dolori ».

Il trattamento f. d. v. usato in questi pazienti è quello riferito nel nostro precedente articolo su « Forze Sanitarie » n. 18, 1940, con l'aggiunta di acido nicotinico (vitamina PP) nel periodo doloroso.

Per comodità del lettore e dato lo scopo della presente nota, riteniamo utile riportarlo per esteso.

« 1) Proibizione di fumo, caffè, alcoolici;

« 2) Abbondanti verdure (lattuga, indivia, carote, cipolle, pomidori ecc.) preferibilmente crude condite con olio crudo e limone (nel caso di cottura questa va fatta a fuoco lento in recipiente chiuso, in olio, senza acqua); un litro di latte al giorno e latticini a volontà (mozzarella, mascarpone, jogourt); pesce una o due volte alla settimana; niente uova nè carne; « permesse le marmellate ed il miele; poca acqua, un bicchiere al giorno; « molta frutta, specie aranci, limoni, banane; pane di segala o integrale o per « diabetici e poco; una bottiglia al giorno di pomodoro A.B.C. Cirio; inie- « zioni quotidiane intramuscolari o endovenose alternate di vitamina B¹, vi- « tamina C, vitamina PP (a volte).

« 3) Bagno biquotidiano degli arti inferiori che, dalla temperatura ini- « ziale di 26° sale in 15 minuti a 42°; sosta a 42° per 5 minuti; discesa a 26° « in 15 minuti; sosta di 5 minuti a 26°; indi breve doccia fredda agli arti.

« A bagno ultimato gli arti vengono avvolti con una coperta di lana per « due ore riscaldandoli con delle borse calde. Quindi massaggio per sfiora- « mento e per impastamento per 10 minuti.

« Il bagno serale va fatto in vasca interessando gli arti ed il tronco sino all'ombellico.

« 4) Localmente, quando esiste ulcerazione, impacchi di soluzione fisiologica o applicazione di pomata alla Simanite o di Recorcina oleosa (dolori intensi).

« Il trattamento deve avere la durata di tre mesi e poi va continuato mantenendo una dieta prevalentemente vegetariana, vitaminica. I bagni si ripetono a 2 o 3 per settimana; le iniezioni di vitamina vanno sospese.

« Se durante il trattamento compaiono eczemi, si consiglia un purgante leggero e breve periodo di vitto normale.

CONSIDERAZIONI

Riteniamo utile dopo l'esposizione dei casi clinici, intrattenerci a considerarli singolarmente.

A) Il caso I venne alla nostra osservazione con gangrena dell'avampiede D. e chiazze di gangrena plantari al piede S.; cianosi marcata sino ai polpacci; dolori violentissimi che non cessavano agli oppiacei. Aveva rifiutata l'amputazione propositagli dal chirurgo.

Il nostro trattamento in pochi giorni vinse i dolori; contribuì a circoscrivere la gangrena; limitò la mutilazione ai tegumenti dorsali dell'avampiede D. ed alle ultime quattro dita.

Mutilazione quindi spontanea, senza rischi operatori, che ha interessato esclusivamente la zona necrotica, e che è stata seguita da buona cicatrizzazione.

La gangliectomia lombare S., eseguita tardivamente in periodo di benessere, non fu seguita da apprezzabile miglioramento, mentre la Roentgenterapia dorso-lombare diede un subiettivo beneficio.

B) Il caso II rappresenta pure un grave Buerger con gangrena di due dita del piede e dolori violenti che il trattamento f. d. v. riuscì a dominare con la cessazione dei dolori e la delimitazione e la caduta spontanea della zona necrotica seguita da cicatrizzazione rapida.

C) Il caso III riguarda un Buerger operato da altri di gangliectomia L.D., con scarso miglioramento subiettivo, che dopo l'anno soffriva di dolori al piede D. con consecutiva necrosi sottounguale e del polpastrello dell'alluce, accompagnata da flogosi, che col trattamento f. d. v. si esaurì con la caduta dell'escara e la cicatrizzazione.

D) Il caso IV è un Buerger non diagnosticato all'inizio che, manifestatosi come paterccio dell'alluce S. fu sottoposto da altri all'amputazione del dito, cui seguì la mancata cicatrizzazione della ferita operatoria e l'aggravarsi dei dolori e della cianosi al piede S.

Il trattamento f. d. v. troncò i dolori, ottenne la cicatrizzazione della ferita operatoria e riportò il colorito del piede al normale.

In questo caso, due mesi dopo aver sospeso il trattamento, comparvero dolori all'arto D. che, pur avendo ceduto rapidamente al nuovo trattamento f. d. v. e pur essendo bene spiegabili con la pessima oscillomateria dell'arto (zero), stavano a dimostrare che il compenso circolatorio collaterale di quel-

l'arto era precario e che il male persisteva. I dolori infatti ricomparvero e cessarono dopo gangliectomia lombare.

E) Il caso V rappresenta un Buerger non grave, che ha però dolori e distrofie cutanee ed ungueali bilaterali ai piedi e che, sottoposto al trattamento f. d. v., in meno di due mesi esce clinicamente guarito.

Riassumendo diremo che il trattamento f. d. v. rispose in tutti i casi sopprimendo il dolore, delimitando la gangrena preesistente, favorendone la eliminazione e la cicatrizzazione. Solo in un caso si dovette ricorrere alla gangliectomia che fu efficace sui dolori, mentre in un altro sembrò senza effetto sui lievi disturbi di circolo residui al trattamento f. d. v.

Ci permise di non usare mai il « coltello » anche nei casi in cui (caso I e II) l'amputazione sembrava indispensabile.

Oltre i buoni risultati locali il trattamento f. d. v. ci sembrò avere una nella favorevole influenza sullo stato generale di questi infermi, che sono in genere « ansiosi » « eccitabili » e che il trattamento rende calmi e fiduciosi. Ci mancano ancora risultati a grande distanza. Il nostro caso più antico è quello comunicato alla R. Accademia Med. di Roma nel novembre 1939, il cui brillante risultato piacque ai presenti, ma giustamente fu ritenuto molto recente.

Ebbene, questo caso, che nel maggio 1939 aveva chiesto per ben due volte l'amputazione della gamba per insopportabili dolori e persistente necrosi cutanea al piede (era stato operato altrove senza successo di simpaticectomia periferomale) ritornato alla campagna ed al faticoso lavoro, *dopo tre anni*, ci dà le seguenti notizie: mi sento bene; da un anno non faccio più cura; dolori niente quando cammino; ulcera sempre chiusa perfettamente, solo sembra volersi accalorare il piede quando cammino molto accelerato.

In tutti gli altri casi pubblicati in precedenza (Forze Sanitarie, n. 18, 1940) ed in questi attuali (tranne il caso IV), la guarigione clinica si mantiene da parecchi mesi ad oltre un anno.

Anche altri chirurghi, che hanno usato questo trattamento si dichiarano contenti (Paolucci, Valdeni, Mattonola, ecc.) e pure nella Clinica Medica di Firenze, diretta dal Greppi, il trattamento medico con ginnastica vascolare ha dato ottimi risultati nel Buerger (Della Maggiore; Cuore e Circolazione, n. 2, 1942).

Ma all'Estero i fautori della « Pavaex » sono parecchi.

Oltre agli ideatori del metodo (Herrmann-Reid-Collens, ecc.) altri AA., dopo vasta e prolungata esperienza, si sono dichiarati favorevoli al metodo (R. Mahorner-Kramer-W. David-K. Nygaard, ecc.).

« Concludendo, i nostri buoni risultati concordano perfettamente con quelli riferiti dal Prof. Paolucci, e sono tanto più interessanti, in quanto « provengono da reparti di chirurgia, ove prima si interveniva chirurgica « mente direttamente o indirettamente, in questi poveri infermi ».

A noi personalmente, che per anni avevamo visto ed avevamo dovuto mutilare questi pazienti, spinti in genere dagli insopportabili dolori o dai fatti gangrenosi, questi risultati ci sembrano del « Massimo interesse » e « molto confortanti ».

I risultati sono stati migliori, quanto più la cura è stata eseguita scrupolosamente. *In ospedale abbiamo infatti ottenuto il massimo e nella clien-*

tela privata molto di meno. Il trattamento f. d. v. sottrae l'individuo alle proprie occupazioni. Basti pensare che i due bagni quotidiani richiedono, compresa la reazione, 6 h. circa, e che la dieta cui è sottoposto non consente una normale attività.

Volendo adesso analizzare il metodo di cura da noi usato, possiamo dire che esso si compone: a) di una *dieta vegetariana altamente vitaminica*; b) di una *ginnastica vascolare attiva*.

Come abbiamo scritto nel precedente articolo, poco sappiamo sull'azione della dieta vegetariana e vitaminica nel M. Buerger.

« La dieta vegetariana forse agisce per azione sedativa e disintossicante, coefficiente terapeutico di un certo interesse, se si pensa che oggi si tende ad avvicinare il Buerger alle affezioni allergiche (tabacco?, proteine?). »

In Germania gli studi sul Buerger vertono oggi verso questo indirizzo.

La lesione quindi infiltrativa-produttiva, obliterante dei vasi, rientrerebbe tra le infiltrazioni allergiche, che la patologia moderna tende sempre più ad ammettere ed a sostenere.

Interessantissimo sarebbe quindi un caso, venuto a nostra conoscenza, di Buerger in fase dolorosa, molto migliorato a mezzo di uno cecale.

Il tempo darà a riguardo il suo inesorabile giudizio!

La vitamina B' agirebbe sul fattore nervoso periferico (L. Durante ha denominato il Buerger « angioneurite »).

La vitamina C esplicherebbe la sua azione sul fattore vasale endoteliale e capillare; la vitamina PP. sul fattore angiospastico.

Molto invece sappiamo e più ancora sapremo in appresso, sull'azione della ginnastica vascolare che, oltre alla sua azione locale, ha benefica azione a distanza, per un processo vasomotorio riflesso.

Questa ginnastica vascolare, sia attiva (idroterapia a dislivelli termici), sia passiva (Pavaex-terapia), sviluppa il circolo collaterale, supplendo alla deficienza di circolo dovuta alla occlusione trombotica processuale delle principali arterie dell'arto.

La ginnastica vascolare non vuole « sturare i grossi vasi chiusi » (come ironicamente ci fu chiesto da un collega), ma vuole sviluppare al massimo il circolo collaterale. *L'oscillometria infatti rimane in genere inmodificata.*

Scopo del circolo collaterale è quello di sopperire ad eventuali deficienze circolatorie dei grossi vasi.

Tanto più appare mirabile questo congegno, quanto più si pensa che *« le affezioni che colpiscono i grossi vasi, risparmiano i piccoli e viceversa ».*

E nel Buerger sono colpiti i grossi e medi vasi, mentre i piccoli ed i capillari sono indenni.

E poiché l'endoarterite obliterante giovanile ha andamento cronico ed a periodi, il circolo collaterale ha tempo di formarsi.

In questi arti in cui l'arteria femorale, politea, pedidia non pulsano: in cui l'oscillometria è zero (caso IV), la circolazione vitale per i tessuti si compie attraverso questo mirabile e diffuso circolo collaterale, che si mostra soltanto insufficiente nelle forti richieste funzionali (crampi da sforzo) o quando sopravvengono squilibri circolatori per sopraggiunta flogosi o per spasmi riflessi al dolore.

Per dimostrare quanta importanza oggi si dà al « circolo collaterale ».

basta ricordare le « arteriectomie » nelle embolie non recenti; le « arteriectomie » nelle arteriti circoscritte e nella tromboangiite giovanile (Leriche).

R. Fontaine (Bull. et Mémor. de la Soc. Nation. de Chir., tome LVII, n. 26, 1931) riferisce un buon risultato in una claudicatio da arterite giovanile, trattato con la resezione bilaterale dell'arteria femorale.

Valdoni mi comunica un successo nel Buerger dopo resezione dell'arteria femorale comune, seguita da trattamento f. d. v., che prima era stato poco efficace.

Coll'asportare quel tratto di arteria trombizzato si vuole sottrarre la « spina irritativa » da cui in via riflessa partono stimoli vaso-costrittivi periferici sui capillari e piccoli vasi, che ostacolano lo stabilirsi del circolo collaterale di compenso (Stricker et Urban: Journal de Chirurg., n. 36, 1930).

Nelle arteriti, nelle embolie arteriose, la claudicatio, la cancrena, si stabiliscono non tanto perchè è chiusa l'arteria principale dell'arto, quanto perchè a tale insufficienza circolatoria, concomita uno spasmo vasale periferico.

Il Clinico Medico di Catania, Prof. Condorelli (Min. Med. n. 31, 1941) sotto l'azione dell'acido nicotinico (spasmolitico) ha visto in cinque casi di embolia periferica, ritornare il colore dell'arto, scomparire la cianosi e la sindrome algica, pur rimanendo il tronco arterioso chiuso dall'embolo.

Leriche con l'anestesia d'urgenza del ganglio stellato, ha stroncato o migliorato gravissime sindromi emboliche polmonari.

E per finire su questo interessante argomento, riporto i due casi di trombosi dell'aorta e delle arterie iliache comuni con turbe ischemiche degli arti inferiori, trattati con successo da Leriche con la « resezione dell'aorta terminale e delle a. iliache primitive » completata dalla gangliectomia lombare! (La Presse Médic., n. 54-55, 1940).

Ci sembra adesso giustificato chiederci, quanto spetti nel trattamento f. d. v. al « fattore dieta » e quanto al « fattore ginnastica vascolare ».

Senza poter contrapporre, per mancanza di materiale, i risultati su pazienti trattati esclusivamente coll'uno o coll'altro metodo, a noi risulta che, per avere buoni risultati nei casi di Bueger in atto, specie nei periodi di riaccutizzazione, nei periodi dolorosi cioè, occorre agire contemporaneamente colla « dieta » e colla « ginnastica vascolare ».

In queste acuzie un solo fattore terapeutico non basterebbe, mentre, come « cura di sostegno » la semplice ginnastica vascolare attiva ci è sembrata in genere sufficiente.

E' bene sottolineare che, nei casi complicati da fatti settici o suppurativi, l'azione del trattamento f. d. v. ritarda.

In questi casi, a maggior ragione, bisogna saper aspettare insistendo col trattamento conservativo.

In quanto poi al problema di come convenga attuare la ginnastica vascolare, se cioè a mezzo dello scarpone aspirante-premente di Hermann-Reid o col bracciale di Collens-Wilenski, per la pressione intermittente venosa (*ginnastica vascolare passiva*) o a mezzo dei bagni a dislivelli termici (*ginnastica vascolare attiva*), noi non possiamo dare un sereno giudizio personale, avendo usato sempre questa seconda.

Salvo speciali controindicazioni individuali o ambientali, la ginnastica vascolare attiva deve preferirsi perchè di facile attuazione, perchè non ri-

chiede apparecchi, perchè agisce pure come « sedativo » sul sistema nervoso e perchè a causa della successiva abbondante sudorazione agisce da « disinfossicante » e quindi in accordo ai più moderni concetti patogenetici del Buerger.

Tuttavia ci sembrerebbe utile potere, in casi gravi, sottoporre la notte l'arto alla ginnastica vascolare passiva, a mezzo del bracciale di Collens-Wilenski.

Volere ottenere una ginnastica vascolare, sfruttando l'azione ipertermica e quindi vasodilatatoria del vaccino anti-tifico (F. Burke: Surg. Gyn. u. Obst. vol. LIII, n. 3, 1931; R. Mahorner: loc. cit.) non ci sembra cosa migliore ed attuabile in tutti i soggetti ed a lungo.

Sull'efficacia nel Buerger della Roentgenterapia e della associazione Roentgen-Marconiterapia, entrata ormai nella pratica giornaliera anche in Italia (Palmieri, Isola, Piergrossi, ecc.) non possiamo pronunciare.

Nei nostri due casi (caso I e IV) in cui la Roentgen fu chiamata a coadiuvare il trattamento f. d. v., il risultato ci sembrò buono, corrispondendo un sicuro miglioramento obiettivo.

Per tanto siamo portati a consigliarla come complemento del trattamento f. d. v. anche perchè, al pari di questo, esplica azione vaso-dilatatoria, ed è un mezzo conservativo e sicuramente innocuo.

PATOGENESI DELLA CANCRENA NEL BUERGER E SUO TRATTAMENTO.

I vari AA. che si sono interessati del M. Buerger, non si sono soffermati a spiegare il perchè, in un dato periodo evolutivo di questo male, ed in genere negli stadi avanzati di esso, si formano zone cancrenose in genere limitate alle dita o alle parti distali del piede, che non hanno carattere progressivo, che si accompagnano a dolori intensi, insopportabili, che non cedono ai comuni sedativi e che, « prima o dopo » portano all'amputazione, ritenuta dal paziente o dal medico l'unica risorsa liberatrice.

Sembrerebbe a prima vista che, questi fatti cancrenosi, fossero legati ad insufficiente circolo, per una maggiore estensione della malattia obliterativa a nuovi territori vascolari.

Questa crediamo essere l'opinione più diffusa.

Noi invece, dallo studio dei numerosi casi osservati ed in base alle suaccennate conoscenze fisiopatologiche sul circolo periferico « principale » e « collaterale » ci siamo fatta un'idea ben diversa di « come si formano le cancrene nelle fasi tardive del Buerger ».

« Noi pensiamo che, nei casi avanzati di Buerger, il circolo principale dell'arto, a causa della obliterazione più o meno diffusa dei principali vasi arterio-venosi, sia molto precario ma ancora sufficiente, per l'azione ricambiante del circolo collaterale, il cui letto vasale è rappresentato da piccoli vasi e da capillari, che la patologia insegna non partecipano al processo obliterativo. »

« Se in un arto così irrorato, che vice del circolo collaterale, si stabilisce uno spasmo periferico di lunga durata, si ha o si può avere la cancrena delle parti più periferiche, più esposte, meno irrorate. »

« Questo spasmo riconosce quasi sempre come causa determinante il dolore. Quei tremendi dolori asfittici spontanei o processuali nel corso di complicate settiche, sono i responsabili dei prolungati vasospasmi riflessi necrotizzanti di questi infermi (1).

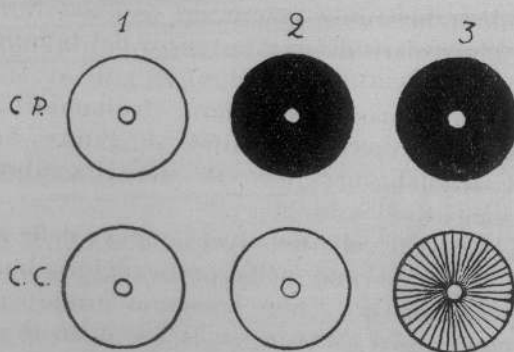


Fig. 14. — (schematica).

- 1). Nel soggetto normale l'irrorazione dell'arto si compie attraverso il circolo principale e collaterale.
- 2). Nel Buerger avanzato il circolo principale è quasi del tutto obliterato e la circolazione avviene attraverso il circolo collaterale, risparmiato dal processo trombo-angiotico.
- 3). Nel Buerger stimoli dolorosi, termici flegistici protratti, attraverso il vasospasmo, limitano per durata varia il circolo collaterale, causando necrosi periferiche.

Una riprova, che ha il valore di un vero esperimento, l'abbiamo nelle cancrene precoci seguite ad operazioni di gangliectomia lombare eseguite in questi pazienti a scopo terapeutico.

Pieri, su 17 casi di gangliectomia lombare, ebbe 4 casi di gangrena precoce degli arti inferiori, di cui due bilaterali. Pieri pensa che le « manovre operatorie sul simpatico » abbiano determinato una vaso-costrizione periferica, che è stata fatale per quegli arti.

Noi pensiamo invece che il dolore post-operatorio possa essere stata la causa della vaso-costrizione periferica.

Nel trattamento f.d.v. con bagno biquotidiano, noi vediamo il rimedio sovrano per « prevenire » e i parossismi dolorosi e le piccole flogosi digitali, che segnano l'inizio spesso del periodo cancrenoso.

In nessuno dei nostri casi così trattati, il cui periodo di osservazione in un caso risale a circa tre anni, si sono avverati o sono recidivati dopo la cura, fatti cancrenosi.

Nel trattamento f.d.v. noi vediamo pure il rimedio migliore per « curare » le cancrene in atto.

In tutti i casi di Buerger con cancrena in atto il trattamento f.d.v. è riuscito « sempre » e « da solo » a circoscrivere la necrosi, a mantenergli il carattere secco, a facilitarne la delimitazione e la cicatrizzazione completa.

Con questa affermazione che scaturisce dai fatti (vedi figg. 1, 5, 6, 7, 9, 10) noi vogliamo non soltanto dire, ma bensì « sottolineare che, il M. Buerger con cancrena in atto, va trattato conservativamente con cura f.d.v. senza amputazioni e senza interventi sul simpatico centrali o periferici ».

« *Perchè si amputa nel M. Buerger?* ».

Si amputa per allontanare la zona necrotica, sede di violenti dolori.

E infatti il paziente che chiede spesso la mutilazione liberatrice!

Ed in questa amputazione alcuni sono « larghi », amputando alla gamba e financo alla coscia, per cancrena parziale o totale del piede.

E per giustificare questa estesa mutilazione, parlano di « persistenza dei dolori » di « necrosi marginale dei monconi » nelle amputazioni economiche.

E basandosi su questi concetti e sulla guida dell'oscillometria amputano alto, pur di troncare il dolore, pur di ottenere una guarigione per prima!

Così loro trovano pure conferma anatomica del loro operato, con la dissezione del pezzo che dimostra i grossi vasi obliterati.

Sembra incredibile che si dia ancora tanta importanza al circolo principale dell'arto in questa angiopatia ad andamento cronico in cui, come dimostra la palpazione delle grosse arterie e l'oscillometria dell'arto, la vitalità di questo già da lungo tempo era mantenuta esclusivamente o quasi, dal circolo collaterale.

A proposito Linenthal (*Arch. of Surg.*, vol. XIX, n. 4, 1929) scrive: ricordarsi che nel Buerger l'evoluzione del processo trombo-angiotico è molto lenta, dando il tempo alla circolazione collaterale di svilupparsi, prima che i grossi vasi siano completamente chiusi.

Marchak (*Bull. et Memoir. Soc. Med. Hopit.*, Paris, t. LXX, n. 33, 1933) consiglia, dovendo amputare, di andare molto alto, nella speranza di ottenere l'arresto della malattia!

La letteratura purtroppo è ricca di casi di amputazione di coscia per cancrena di un dito del piede (Giroto: *Min. Med.*, n. 42, 1931; N. Clark: *The Lancet*, vol. CCXIX, n. 5578, 1930; P. Weber: *The Britisch. Med. Journal*, n. 3633, 1930, ecc.).

F. Burke e W. Mejerding della Mayo Clinic (*Surg. Gyn. u. Obst.*, volume LIII, n. 3, 1931) in base a 102 amputazioni per Buerger, discutono se convenga amputare sopra o sotto al ginocchio e concludono, specie negli anziani, di amputare alla coscia!

E pensare che le cancrene nel Buerger sono molto distali e limitate e che la malattia non viene dal basso!

In opposizione ai fautori dell'amputazione alta, altri AA. consigliano amputazioni economiche, limitate proprio alla parte cancrenata.

Altri infine cercano migliorare il circolo collaterale prima di amputare, o col vaccino antiftico (ipertermia-vasodilatazione); o col trattamento fisico (bagni a dislivelli termici); o colle operazioni centrali sul simpatico (ganglietomia).

Confrontando i risultati da noi ottenuti col metodo conservativo nei malati trattati dal 1939 al 1941 (vedi fig. 176) con quelli ottenuti da altri col metodo demolitore (vedi fig. 15) ci accorgiamo della netta superiorità del primo metodo.

Chi amputa un Buerger deve pensare che, la malattia è presto o tardi bilaterale, e che quindi il suo paziente rischia di diventare, per il sopraggiungere di cancrena all'altro lato, un « grande mutilato » (vedi fig. 16 n. 14).

Come si cerca di conservare il rene del calcoloso perchè affezione unilaterale, spesso bilaterale, così si deve cercare di conservare l'arto dell'endoarteritico, perchè affezione angiotica sistemica.

Noi siamo certi che, se il chirurgo partisse dal principio di « conservare l'arto » ci riuscirebbe sempre o quasi.

S. Samuels (*The Journ. of the Méd. Assoc.*, vol. CII, n. 6, 1934), sfiduciato del metodo demolitore poté, negli ultimi otto anni, in « 300 casi ricorrere una volta soltanto all'amputazione ».

Secondo noi il segreto sta nel togliere al più presto i dolori all'emmatalo, che spingono all'amputazione.

E questo noi l'otteniamo costantemente e presto con il trattamento f. d. v. Come la terapia vaso-dilatatoria calma i dolori « dell'anginoso » così la terapia fisica vaso-dilatatoria calma i dolori « dell'endoarteritico ». Scomparsi i dolori bisogna « sapere attendere » osservando il malato « senza toccarlo ».

La fretta di asportare il tratto cangrenato è ingiustificata.

In queste cangrene manca il carattere settico e diffusivo e dal nostro intervento il paziente ha tutto da perdere e nulla da guadagnare.

Lo stesso dicasi per le piccole lesioni in genere digitali, periungueali, suppurative o necrotiche, dolorosissime, che segnano spesso l'inizio del periodo cangrenoso.

Guai ad incidere queste lesioni iniziali; guai ad amputare quel dito dolente e flogosato!

Bisogna saper curare questi stadi del male con le « mani in tasca », curandone la protezione e la disinfezione con pomate grasse o con impacchi, e sorvegliando la più scrupolosa applicazione del trattamento f. d. v.

In quei casi complicati da flogosi, bisogna saper insistere, sapere attendere, convincere il malato a pazientare un po', perchè la cessazione del dolore è meno rapida.

Soltanto in secondo tempo, se si formano raccolte purulente ben fluttuanti, si può incidere tranquillamente, evitando l'anestesia locale.

VALORE TERAPEUTICO DELLA GANGLIECTOMIA NEL M. BUERGER E SUE INDICAZIONI

Stabilito che nel Buerger le turbe funzionali hanno spesso un coefficiente funzionale, molti chirurghi hanno ricorso alle simpaticectomie, onde sopprimere più o meno definitivamente tale spasmo.

Accelerata poi la distribuzione metamERICA del simpatico e la sua notevole distribuzione perinervosa, i moderni hanno abbandonato le simpaticectomie perivasali per le simpaticectomie centrali e cioè per le gangliectomie cervicali (stellato) o cervico-toraciche (stellato, 1° T, 2° T) per gli arti superiori; lombari (1° L, 2° L) o lombo-sacrali (4° L, 1° S, 2° S), per gli arti inferiori.

Dal 1925, anno in cui il Diez segnalò la resezione del simpatico quale possibile cura della endoarterite obliterante ad oggi, i casi di Buerger così trattati sono molto numerosi.

Senza citare nomi diremo che molti AA. riportano risultati soddisfa-

centi con le simpaticectomie centrali, certo vari a secondo dello stadio della malattia.

In Italia Chiasserini, che si è interessato dell'argomento, ha scritto anche di recente (*Le Forze Sanit.*, n. 18, 1941) molto favorevolmente.

Pieri invece, (*Arch. Ital. Chirur.*, vol. III: Scritti in onore di M. Donati) riporta con serena obiettività i risultati di 17 casi di Buerger da lui trattati con simpatectomia lombo-sacrale (vedi fig. 16), facendoli seguire da considerazioni che credo del massimo interesse.

Di questi 17 operati uno morì al 3° g. di insufficienza cardiaca; uno all'8° g. di embolia polmonare; due morirono al 3° e 8° g. in singolari condizioni, in quanto in essi alla operazione seguì estesa gangrena degli arti inferiori; uno infine ebbe il giorno seguente gangrena della gamba che richiese l'amputazione di coscia.

Negli altri casi i risultati furono discreti. Riteniamo poi interessanti i casi riferiti da Pieri di « gangrena postoperatoria precoce », alla cui autopsia risultarono gravissime lesioni endoarteritiche.

Per spiegare tali effetti paradossi, Pieri cita l'esperienza di Sacchi e Foà (1934). Detti AA. resecando nel cane la catena simpatica lombo-sacrale di un lato constatarono una vaso-costrizione nell'arto corrispondente, che era spiccata sino al 4° g. per poi cedere ad una vaso-dilatazione.

Gergua (*Rinasc. Med.*, n. 3, 1933) riporta pure una gangrena della gamba, seguita ad una simpaticectomia perfemorale, priva di incidenti operatori (vedi fig. 16, caso 13).

Noi abbiamo potuto osservare due casi di « gangrena precoce post-simpaticectomia » in pazienti operati da altri (vedi fig. 16, caso 12, 9).

Nel caso 12, ad una simpaticectomia femorale, seguì gangrena estesa che richiese amputazione alta sotto-trocanterica di coscia.

Nel caso 9, ad una gangliectomia lombare seguì gangrena di gamba, che portò ad amputazione di coscia.

Da quanto sopra rimane assodato che, l'intervento sul simpatico nel Buerger oltre che gravato di una certa mortalità operatoria, può essere dannoso e pure controindicato in pazienti con lesioni endoarteritiche molto avanzate.

Pieri quindi non si dimostra soddisfatto dei risultati delle gangliectomie nel Buerger.

Dello stesso parere è Valdoni che, avendo avuto nel Buerger colla gangliectomia risultati molto poco incoraggianti, da due anni l'ha abbandonata.

Così pure ricordo come, dei casi operati dal prof. Alessandri durante il mio servizio in Clinica Chirurgica, solo uno ebbe un risultato veramente buono e trattavasi di una forma degli arti superiori!

Altra considerazione di alto interesse è che, gli effetti di queste operazioni sul simpatico non sono definitivi.

È stato proprio Leriche a far rilevare come col tempo, gli effetti delle resezioni simpatiche, anche centrali, regrediscono per una secondaria rigenerazione compensatoria delle parti residue.

Il caso 14 fig. 16, già operato di gangliectomia lombare bilaterale, qualche anno dopo veniva amputato bilateralmente di coscia per gangrena.

Malgrado ciò, noi non crediamo dovere escludere la simpatectomia.

dagli interventi utili nel Buerger, per quanto essa non si è dimostrata capace a prevenire o circoscrivere i processi cancerosi (vedi fig. 15).

La sua azione benefica, anche se non definitiva, sul coefficiente spastico e sul circolo collaterale è ormai dimostrata.

La nostra esperienza ci porta però a consigliare l'intervento sul simpatico come primo indirizzo terapeutico.

Secondo noi si deve prima provare col trattamento f.d.v. che ha, oltre ad una azione vasale locale, consimile e forse maggiore a quella della simpaticectomia, una azione generale evidente.

Assolutamente controindicata è, a nostro giudizio, la simpaticectomia nel periodo acuto del male, nel periodo dei forti dolori, e nell'iniziale periodo gangrenoso.

I cattivi risultati su accennati, si devono proprio alla coincidenza dell'intervento chirurgico, col periodo d'acuzie del male.

Allo spasmo processuale può aggiungersi uno spasmo operatorio riflesso, un qualsiasi disturbo di circolo, con gravi conseguenze per arti a circolazione molto precaria.

Noi infatti siamo intervenuti felicemente con simpaticectomia lombare, in tre pazienti già favorevolmente trattati per mesi col metodo conservativo f.d.v. e già sanati della loro cancrena, già in periodo non doloroso, ma ancora funzionalmente insufficienti. Seguendo i più, decisa la simpaticectomia, consigliamo la gangliectomia lombare alta (L1, L2).

L'esiguità dei casi, di cui uno recente, non ci permette di trarre serie conclusioni sull'azione combinata medico-chirurgica, sebbene il primo caso, che seguiamo da due anni e mezzo incoraggi al metodo combinato (buoni pure i risultati negli altri due casi).

Avremmo voluto sperimentare il trattamento misto in un maggior numero di soggetti ma, i risultati della cura f.d.v. sono stati così soddisfacenti per noi e per l'infermo, da non autorizzarci a proporre un intervento chirurgico, che sarebbe stato respinto dal paz. in stato di apparente guarigione clinica.

Sulla efficacia di altri interventi proposti nel Buerger (L. Durante: resezione del nervo splanenico; Leriche: arteriectomie segmentarie; Læven: congelazione del nervo sciatico; ecc.) non possiamo pronunciarci per mancanza di esperienza personale. Essi appaiono però isolati tentativi di alto interesse scientifico, ma di poca utilità pratica nella generalità dei casi.

Non migliori debbono considerarsi i risultati della surrenalectomia, che è stata abbandonata dai più e che potrà avere soltanto indicazioni speciali, nelle forme dolorose.

SCHEMI GRAFICI RIASSUNTIVI

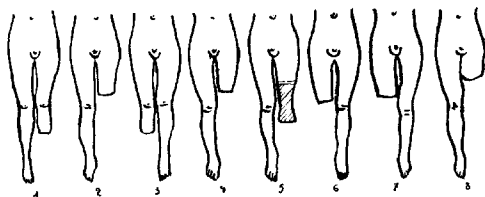


FIG. 15. — Casi di Buerger di nostra conoscenza amputati da altri.

FIG. 15. - CASO 1. — Gangrena 2° dito piede S. - gangliectomia L. - la gangrena si estende al piede - amputazione 3° sup. gamba.

CASO 2. — Gangrena 4° dito piede S. - amputazione dito e simpaticectomia periferomale - la gangrena si estende al piede ed alla gamba - amputazione 3° inf. coscia.

CASO 3. — Gangrena alluce con chiazze necrotiche al piede che è arrossato e dolentissimo - amputazione gamba 3° sup.

CASO 4. — Gangrena 4°-5° dito piede; chiazza di necrosi plantare; dolori - amputazione gamba - dolori continuano, necrosi marginale e profonda del moncone, febbre - amputazione alta di coscia.

CASO 5. — Dolori e chiazze di necrosi al piede - amputazione gamba - dolori ancora più violenti e sfacelo del moncone - amputazione alta di coscia.

CASO 6. — Gangrena secca tre dita piede e dolori vivissimi - amputazione piede - necrosi marginale moncone - persistenza dolore - amputazione bassa coscia.

CASO 7. — Gangrena avampiede e dolori - amputazione bassa coscia.

CASO 8. — Gangrena avampiede, dolori, edema gamba - amputazione alta coscia.



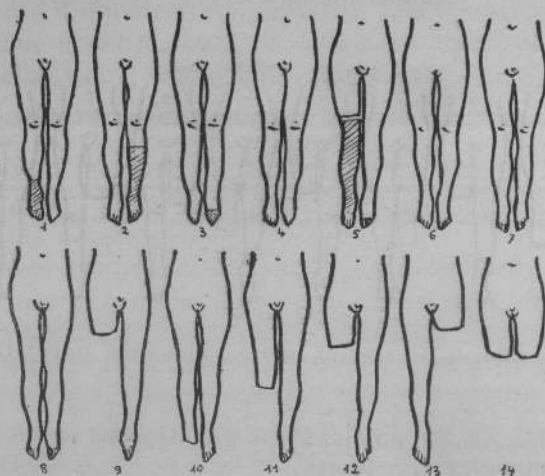


Fig. 16. — Casi di Buerger di nostra conoscenza trattati colla gangliectomia.

Fig. 16. - Caso 1. (Pieri). — Necrosi alluce D. dolori - gangliectomia lombo-sacrale transperitoneale bilaterale - cangrena precoce piede D. - morte al 7° giorno.

Caso 2. (Pieri). — Dolori e turbe circolatorie bilaterali ai piedi - gangliectomia lombo-sacrale transperitoneale bilaterale - cangrena precoce gamba S. - morte al 3° g.

Caso 3. (Pieri). — Disturbi distrofici e di circolo al piede S. - gangliectomia lombo-sacrale bilaterale transperitoneale - chiazze necrotiche avampiede S. - disarticolazione mediotarsica.

Caso 4. (Pieri). — Dolori estremità; piede D. tumefatto - gangliectomia lombo-sacrale transperitoneale bilaterale - morte al 3° g.

Caso 5. (Pieri). — Dolori gamba S. - gangliectomia lombosacrale transperitoneale bilaterale + cangrena precoce postoperatoria gamba - amputazione coscia.

Caso 6. (Pieri). — Cangrena avampiede S.; dolori - amputazione mediotarsica - necrosi marginale moncone - amputazione gamba - recidiva dei dolori al moncone - gangliectomia l. s. bilaterale transperitoneale - morte all'8° g. per embolia polmonare.

Caso 7. (Pieri). — Claudicatio, dolori, cianosi piede D. - gangliectomia l. s. bilaterale transperitoneale - diminuiti i dolori e cianosi, persiste claudicatio.

Caso 8. — Ulcera sottoungueale alluce S., crampi gamba - asportazione alluce, gangliectomia lombare alta - la ferita non cicatrizza, falliscono tentativi di innesti, si ulcera anzi sulla gamba la zona di prelevamento di questi - guarigione con trattamento f.d.v.

Caso 9. — Crampi e ulcerazione dito piede S. - gangliectomia lombare alta - cicatrizzazione ulcera e scomparsa dei dolori - recidiva all'altro piede con dolori ed ulcerazioni dita - amputazione due dita piede e gangliectomia lombare alta - miglioramento immediato - recidiva 2 mesi dopo con dolori e chiazze di necrosi alla gamba e alla coscia - amputazione alta di coscia.

Caso 10. — Ulcerazione quasi guarita 3° dito piede D., dolori lievi - gangliectomia lombare alta D. e ritocco dito - si necrosa il dito ed altre due prima sane - si asportano le 3 dita - si asporta poi l'avampiede - si amputa più tardi al 3° inf. gamba.

Caso 11. — Necrosi parziale alluce D., dolori - gangliectomia lombare ed asportazione dito - cangrena si estende altre dita, dolori continuano - amputazione 3° inferiore gamba.

Caso 12. — Cangrena avampiede D. - gangliectomia L. - cangrena estesa gamba - amputaz. alta coscia.

Caso 13. — Dolori piede D. - simpaticectomia perifemorale seguita da cangrena postoperatoria della gamba - amputazione alta coscia.

Caso 14. — Cangrena dita piede D. e dolori - gangliectomia lombare bilaterale estraperitoneale in due tempi - miglioramento - recidiva dolori e cangrena piede e gamba D. - amputazione coscia D. - recidiva dolori e cangrena gamba S. - amputazione coscia S.

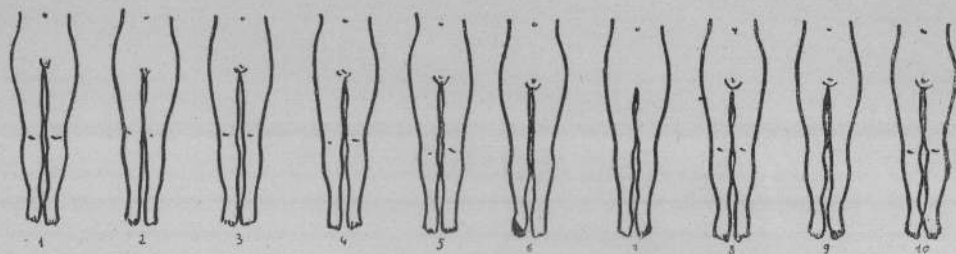


FIG. 17. — Casi di Buerger da noi trattati col metodo conservativo (f.d.v.).

In questi si è avuta mutilazione spontanea soltanto nel caso 6° (avampiede); nel caso 7° (due dita del piede); nel caso 8° (polpastrello alluce); nel caso 9° (alluce), per « caduta spontanea delle parti necrotiche ».

Mutilazione quindi minima ed inevitabile!

A questi casi bisogna aggiungerne parecchi altri curati privatamente, più lievi, guariti senza alcuna mutilazione e senza alcun intervento.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce altri casi di Buerger, favorevolmente curati col trattamento conservativo (f.d.v.), che consiglia in ogni caso.

Con idee personali dà al fattore « dolore » molta importanza nelle genesi delle gangrene del Buerger.

Si dichiara contrario alle amputazioni e discute l'indicazione delle simpaticectomie centrali (gangliectomie), che ritiene, a volte, utile ausilio del trattamento conservativo, purchè fatta nei periodi non dolorosi e meglio ancora a complemento del trattamento f.d.v. e solo nei rari casi di incompleto successo di questo metodo.



70718

"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, sicché 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 sé 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 nonché 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 gli 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 (1943)		Italia	Estero
Singoli:		—	—
1) Alla sola sezione pratica (settimanale) L.	100	—	L. 145
1-a) Alla sola sezione medica (mensile) . .	70	—	» 80
1-b) Alla sola sez. chirurgica (mensile) . .	70	—	» 80
Cumulativi:			
2) Alle due sezioni (pratica e medica) . .	155	—	» 210
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica) .	155	—	» 210
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	200	—	» 275

Un numero della sezione medica o chirurgica L. 7, della pratica L. 5

IL POLICLINICO si pubblica sei volte il mese.

La Sezione medica e la Sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 32-36-40 pagine ed oltre, che in fine d'anno formano due distinti volumi.

La Sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 28-32 pagine, oltre la copertina.

Gli abbonamenti hanno unica decorrenza dal 1° di gennaio di ogni anno. L'abbonamento non è addebito prima del 1° dicembre, si intende confermato per l'anno successivo.

Indirizzare Vaglia postale, o Assegno Bancario all'editore del "Policlinico", LUIGI POZZI
L'importo dell'abbonamento può essere versato anche nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dello stesso Editore - Roma
Uffici di Redazione e Amministrazione: Via Sistina, 14 - Roma (Telefono 42-388)