

436

Dott. VITTORIO PUCCINELLI
Primario chirurgo degli Ospedali di Roma

**LA RIDUZIONE INCRUENTA IMMEDIATA
DELLE FRATTURE DEGLI ARTI**

Estratto da *La Chirurgia degli organi di movimento*
Volume XIX, Fascicolo III - Anno 1934



81
B
11

L. CAPPELLI - EDITORE - BOLOGNA

Dott. VITTORIO PUCCINELLI
Primario chirurgo degli Ospedali di Roma

LA RIDUZIONE INCRUENTA IMMEDIATA DELLE FRATTURE DEGLI ARTI

In tutti i trattati di chirurgia e di traumatologia, in tutti gli studi che si pubblicano quotidianamente sull'argomento della cura delle fratture è concorde l'affermazione che la riduzione di una frattura va fatta il più presto possibile. KIRSCHNER, nel trattato che sta pubblicando, invoca per le fratture la riduzione incruenta immediata, ricordando le parole che STROHMAYER usava per l'ernia strozzata: «se trovi una frattura durante il giorno riducila prima che il sole tramonti; se la trovi durante la notte riducila prima che il sole si levi»!

Per quello che mi risulta io credo di potere affermare che le fratture trattate secondo questa direttiva, specialmente negli Ospedali, sono una minoranza assoluta e le cause del mancato trattamento «ideale» o, come forse potrebbe anche chiamarsi, del «*maltrattamento*» non dipendono certamente da ragioni intrinseche all'insorgenza e alla evoluzione della lesione.

Quello che io scrivo si riferisce naturalmente alla mia personale esperienza ospedaliera di chirurgo e di fratturato ed ha lo scopo unico di cercare di chiarire quelle cause che impediscono tanto spesso la cura esatta delle fratture per vedere se possono essere eliminate.

Nella maggior parte dei casi il fratturato viene trasportato nel luogo di cura assai presto dopo il trauma e viene subito visitato dal medico: ed è in questo

momento che generalmente incomincia la serie dei passi falsi! Nove volte su dieci il medico che per primo vede una frattura non fa la riduzione: applica l'apparecchio «provvisorio» di immobilizzazione per attendere l'esame radiologico. Purtroppo generalmente basta questo per far passare uno o due giorni, cioè il tempo più opportuno per provvedere nel modo semplice ed efficiente alla cura della frattura. Il criterio «d'urgenza» per il servizio radiologico degli Ospedali e specialmente dei grandi Ospedali è molto relativo: per il servizio radiologico di molti grandi Ospedali, forse della maggioranza dei grandi Ospedali, il sole si corica molto presto e si leva molto tardi e nelle ore in cui il sole scompare il servizio radiologico non esiste. Quando anche il fratturato arriva in ospedale nelle ore «solari» deve aspettare il suo turno per arrivare all'esame radiologico e questo viene fatto dallo «*Specialista*» radiologo e non dal medico che dovrà provvedere alla cura della frattura: e perciò l'esame radiologico si traduce talvolta in un foglio su cui è una «descrizione» della frattura fatta dal radiologo, più spesso in una radiografia che sarà «pronta» dopo un numero di ore che non è mai trascurabile e che spesso è rilevante.

Sicché il primo ostacolo alla pronta sistemazione di una frattura è costituito dalla necessità generalmente riconosciuta dell'esame radiologico: per eliminare que-

sta prima causa di ritardo ci sarebbero due modi: ridurre la frattura senza aspettare l'esame radiologico o trovare il modo di praticare l'esame radiologico immediatamente. Tanto l'uno che l'altro di questi rimedi potrebbero essere facilmente adottati: ogni medico, anche moderno, che vede un fratturato, deve o almeno dovrebbe, anche senza il sussidio dei raggi, ricostruire avanti agli occhi l'immagine approssimativa della lesione ossea che si è verificata in base all'esame dei sintomi che si rilevano: bisogna ricordare che per migliaia di anni e fino a meno di mezzo secolo fa le fratture venivano curate e spesso anche curate bene senza che esistessero le possibilità radiologiche. L'esame radiologico costituisce un grande progresso nel trattamento «ideale» delle fratture, ma a patto che non venga invece ad ostacolare l'applicazione dei secolari e sicuri canoni terapeutici, quale, ad esempio, è la riduzione più precoce possibile. E perciò è bene avere il controllo radiologico di una frattura prima e dopo la riduzione, ma è male rinviare le manovre di riduzione di una frattura, anche semplice, come generalmente si suole fare, per aspettare l'esame radiologico. Del resto appare facilmente applicabile anche l'altro rimedio e cioè la possibilità dell'esame radiologico immediato; è un problema, e non complicato, di organizzazione: basterebbe che nei locali di «pronto soccorso» di ogni ospedale venisse sistemato il più modesto impianto radiologico per poter giungere alla pratica corretta della sistemazione delle fratture. L'esame radioscopico di un arto fratturato non necessita la presenza di uno «specialista»; deve o almeno può far parte della capacità di qualunque medico. La ricerca radiologica elementare deve diventare dominio di ogni medico, come le ricerche elementari di laboratorio; come tutti i medici devono saper fare

l'esame chimico elementare di un'urina e l'esame microscopico di un preparato di sangue e debbono invece rivolgersi allo «Specialista» per le reazioni biologiche del sangue o per le ricerche complesse del metabolismo sulle urine, così tutti i medici dovrebbero saper fare le ricerche radiologiche elementari, riguardanti le fratture o le ricerche dei corpi estranei, lasciando agli «specialisti» radiologi il compito delle complesse indagini viscerali, di pratica così delicata. E negli Ospedali, come sono a disposizione di ogni reparto il microscopio e i reagenti chimici più comuni, dovrebbe esservi per ogni reparto il più semplice gabinetto radiologico, dove il medico, in qualunque ora, solare e notturna, potrebbe praticare l'indagine radiologica immediata, occorrente per l'esatto trattamento del caso «urgente».

Solo in questo modo la indagine radiologica verrebbe ad essere veramente un grande progresso nel trattamento delle fratture, e non un ostacolo, come spesso, involontariamente, finisce per essere oggi in molti Ospedali. Una simile possibilità renderebbe facili anche i tentativi di riduzione sotto il diretto controllo radioscopico, che attualmente sono così rari: una tale pratica, che certamente merita una diffusione maggiore di quella che ha, potrebbe riportare nei limiti del trattamento incruento anche molte fratture complicate che ora quasi sempre finiscono per dovere essere trattate operativamente. E a sostegno di tale mia affermazione riferisco qualche caso da me trattato.

Gli altri ostacoli, dopo quello radiologico, che si oppongono al buon trattamento ospedaliero dei fratturati sono sempre di indole organizzativa e naturalmente variano da ospedale a ospedale e credo siano più notevoli nei grandi Ospedali e nelle grandi città. Dopo la visita di

pronto soccorso e la sistemazione « provvisoria » e l'attesa e l'esame radiografico il fratturato deve avere la sistemazione « definitiva ». Per arrivare a questo deve « trovare posto » in un reparto dell'Ospedale e questo non accade sempre rapidamente: negli Ospedali di molte grandi città c'è oggi scarsità, talvolta assai rilevante, di letti disponibili nei reparti: mentre il fratturato attende deve dare la precedenza ai casi di urgenza ancora più urgenti, a quelli per i quali l'intervento immediato è indicazioni vitali. Non è raro nei nostri ospedali il caso della frattura che giunga alla sistemazione definitiva dopo quattro o cinque giorni, quando il trattamento esatto si trova di fronte a difficoltà ben più gravi di quelle che avrebbe trovato il trattamento immediato e deve dirigersi per strade più lunghe e difficili finendo per ottenere risultati lontani dalla perfezione.

Questo non deve accadere e può non accadere, e appunto per dimostrare come, senza grande sforzo, si possa riuscire a non farlo accadere, riferisco due casi particolarmente dimostrativi per il tipo delle lesioni, nei quali mi è sembrato che la riduzione incruenta sotto il controllo radioscopico abbia ottenuto risultati che altrimenti non sarebbe stato possibile sperare senza intervento chirurgico.

CASO I. - La signora H. H. a Firenze, calcando in un concorso (maggio 1932) al salto di un ostacolo, battè con la gamba e cadde. Trasportata in un luogo di cura rimase 24 ore in attesa di qualche decisione; allora fu ri-



Fig. 1.



Fig. 2.

chiesta la mia opera ed io esaminata con i raggi la frattura, sotto il controllo dei raggi stessi riuscii ad eseguire la riduzione. Le figure 1 e 2 dimostrano lo stato delle fratture prima e dopo la riduzione. Esisteva un vasto ematoma e senza il controllo dei raggi sarebbe stato assolutamente impossibile avere una qualunque idea sullo stato delle ossa e sulla qualità della riduzione delle fratture. La buona riduzione incruenta, controllata dai raggi, permise di escludere l'atto chirurgico.

Purtroppo, in questo caso, dopo circa tre mesi, essendosi verificato un ritardo di consolidazione ben facilmente comprensibile dato il tipo della lesione ossea e persistendo un lieve movimento nel focolo della frattura più bassa della tibia, un chirurgo intraprendente e aggressivo (la signora, straniera, era tornata in patria) parlò di pseudoartrosi e persuase la malata ad un intervento chirurgico che servì soltanto a trasformare la lesione, che era in via di buona guarigione, in una frattura esposta infetta, su cui poi si insediava un processo di osteomielite cronica che ha persistito anche dopo l'allontanamento dei fili metallici e dei sequestri ossei prodotti dall'operazione chirurgica (sembra sia stata trattata col metodo della « Aufsplitterung ») e perdura tuttora!

Ma anche per questa ulteriore evoluzione mi sembra il caso particolarmente dimostrativo!

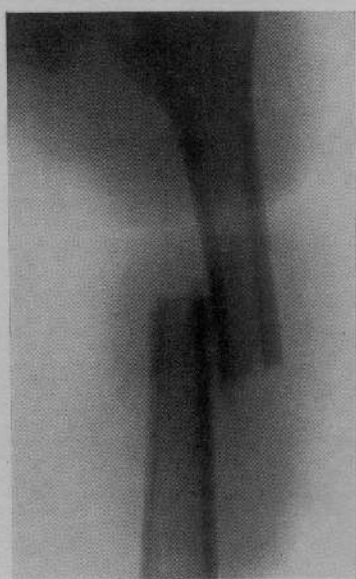


Fig. 3.

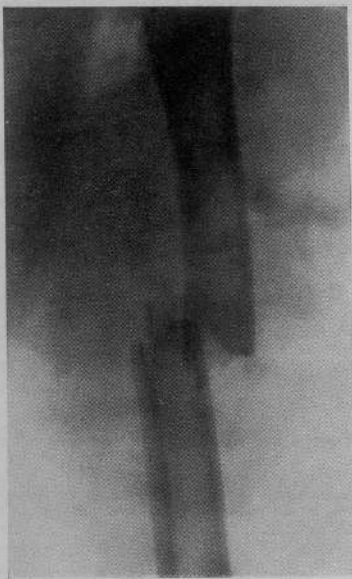


Fig. 4.

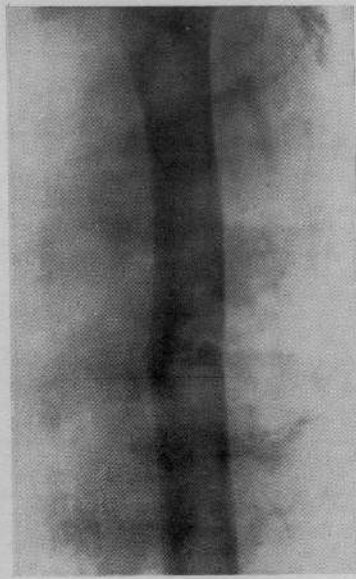


Fig. 5.

CASO II. - La signorina B. in un incidente d'auto riportò la frattura del femore destro al terzo medio. Ricevuta nell'ospedale più prossimo al luogo dell'incidente attese 48 ore l'esame radiologico che dimostrò (fig. 3) la frattura. Dopo altre 24 ore fu eseguita la riduzione in narcosi e l'applicazione di un apparecchio gessato. Il controllo radiologico eseguito *dopo* l'intervento dimostrò che la frattura era rimasta in posizione invariata (fig. 4). Richiesta la mia opera, in narcosi, sotto il controllo dei raggi riuscii ad eseguire la riduzione come dimostra la fig. 5 fissando in apparecchio gessato.

L'ulteriore decorso fu favorevole e la frattura guarì in modo perfetto.

Ho voluto riferire, in sintesi, questi due casi che mi sembra dimostrino in modo evidente non tanto la efficienza del

trattamento immediato, che in verità nei due casi non è stato tale, quanto la possibilità di ottenere con la riduzione sotto il controllo radiologico risultati che senza intervento chirurgico non si sarebbero potuti ottenere.

Molti altri casi ho trattato con buon successo mediante la riduzione immediata ed il controllo radiologico e molti, anche assai interessanti, ne ha riferito, trattati con lo stesso metodo, ROMAGNOLI, nel 1931 (¹). Ho creduto di richiamare l'attenzione sull'argomento perchè mi sembra che con un po' di buona volontà si potrebbero adottare più diffusamente tali direttive e ottenere più spesso il buon trattamento delle fratture, anche nei luoghi di cura non specializzati.

70991



(¹) ROMAGNOLI - « Rassegna della Previdenza Sociale » (1931), anno XVIII, n. 5.



