

GUIDO LERDA E L'ANESTESIA LOCALE PER LE FRATTURE: UN PATRIMONIO ITALIANO OSCURATO DAL TEMPO

Ci sono nomi che rimangono nascosti nei ripostigli della storia. Per tirar fuori quello di Guido Lerda bisogna scavare un po' e accontentarsi di quel che si trova. Inutile cercare in giro un suo profilo biografico; il curriculum professionale lo si può appena dedurre per sommi capi; manca, soprattutto, un'immagine che possa in qualche modo raffigurarne il volto. Eppure, a questo nome – e al suo volto a noi sconosciuto – l'ortopedia deve qualcosa. Il personaggio in questione era un chirurgo piemontese dei primi del '900, epoca in cui i gas anestetici e l'antisepsi listeriana avevano già tolto al bisturi gran parte della brutalità e dell'imprudenza del passato. Erano anche gli anni in cui l'apparato scheletrico non veniva ancora pienamente nobilitato, per così dire, dal culto di una specialità autonoma. Progressi importanti, ma orizzonti che dovevano ancora aprirsi. Allora bastava avere un po' di ingegno – oltre naturalmente alle conoscenze di base – per escogitare strumenti e metodi nuovi, o anche solo per sperimentare qualche novità di cui si era sentito parlare. Al nostro Guido Lerda fu sufficiente tendere l'orecchio verso una lontana eco proveniente dagli Stati Uniti, che accennava all'impiego di un anestetico locale per il trattamento delle fratture. L'idea gli piacque, la mise in pratica in un buon numero di casi, vi scrisse su un articolo. Il suo nome cominciò a circolare in Italia e in Europa, ma senza clamori e con meno riconoscimenti di quanto avrebbe meritato. Così, col tempo, se ne sono perse le tracce; ed è rimasto là, dimenticato in un angolo.

L'ARTICOLO SULLA RIVISTA TEDESCA CHE LO LANCIÒ ALLA RIBALTA

Era il 1905 quando il dott. Lerda, appena laureato, fece il suo ingresso all'Ospedale San Giovanni Battista di Torino, il più antico della città. Nata più di due secoli prima come rifugio per i malati poveri, l'istituzione aveva assunto sempre più importanza, divenendo tra l'altro – sotto gli auspici di Casa Savoia – la nobile sede della Regia Università. La figura di Antonio Carle, direttore della locale Clinica Chirurgica, era una di quelle che davano maggior prestigio, essendo a capo di una scuola davvero all'avanguardia, già affermata del resto all'Ospedale Mauriziano, altro nosocomio torinese di grandi tradizioni.

La carriera di Lerda seguì fin dall'inizio un indirizzo chirurgico, sulla scia di una tesi di laurea che manifestava chiaramente l'interesse in tal senso – *Sul comportamento della funzione ovarica in seguito a lesioni chirurgiche dell'utero e delle trombe* – e che gli valse il massimo della votazione, 110/110 e lode. Si ritrovò assistente nel reparto diretto dal prof. Ludovico Isnardi, "genialissimo operatore" (così viene ricordato), in un ambiente ideale per far maturare la sua buona predisposizione al lavoro e allo studio. C'era in lui, evidentemente, anche la voglia di contribuire all'evoluzione della scienza, se è vero che fin dall'inizio si diede da fare per proporre percorsi diagnostici e terapeutici del tutto innovativi, il primo dei quali fu proprio quello di utilizzare l'anestesia locale nelle fratture.

La decisione di presentare il lavoro su una rivista tedesca risultò determinante per l'iniziale successo divulgativo. Il *Zentralblatt für Chirurgie* era a quei tempi una delle voci più autorevoli del settore in campo internazionale, anche perché la scuola chirurgica alemanna poteva vantare una posizione di assoluta preminenza. La selezione era rigorosa, solo un articolo in grado di offrire un reale apporto scientifico poteva superare il vaglio della revisione critica. Il giovane

N. SPINA

*U.O. di Ortopedia e Traumatologia,
ASUR Marche – Zona territoriale n. 9, Macerata*

Indirizzo per la corrispondenza:

Nunzio Spina
via Cioci 50, 62100 Macerata
Tel. +39 0733 30827
E-mail: nunzspin@tin.it

Ricevuto il 25 marzo 2011
Accettato il 19 aprile 2011

Lerda non si fece scrupoli: era la sua prima richiesta di pubblicazione, ma sapeva di avere per mano una novità interessante e volle tentare l'impresa. Andò bene! Sul numero 49 della rivista, datato 7 dicembre 1907, il suo articolo si guadagnò addirittura l'apertura del fascicolo, anche perché fra i tanti elencati nel sommario (più di cinquanta) era l'unico a essere accompagnato da un'etichetta che indicava l'originalità del lavoro.

Il titolo dovette già suscitare una certa curiosità, non fosse altro che per il tipo di patologia da trattare, così comune nell'esercizio quotidiano: *Die praktische Anwendung der Lokalanästhesie bei Frakturen* ("Sull'impiego pratico dell'anestesia locale nelle fratture"). Un errore di stampa nell'intestazione – "San Giovanni" in Turin – sembrava quasi tradire un pizzico di irriverenza nei confronti dello sconosciuto chirurgo italiano, che si affacciava su una ribalta così vasta e importante. Per un motivo o per l'altro, comunque, c'erano dei buoni motivi per leggere il contenuto di questo "klinischer Beitrag" ("contributo clinico"), che aveva tutta l'aria di essere il prodotto di un'esperienza vera, genuina, maturata sul campo.

Il primo nel mondo a sperimentare l'uso di un anestetico locale (la cocaina) su una lesione scheletrica era stato un tale Conway, di New York, nel 1885: si era limitato a un report di tre casi di frattura di Colles e uno di lussazione

posteriore del gomito. Questa fu l'eco giunta alle orecchie di Lerda, senza peraltro che lui avesse avuto la possibilità di consultare il lavoro del lontano collega. Poi c'era stata, nel 1903, una proposta simile da parte di un autore francese, Paul Reclus, professore a Parigi: aveva applicato il metodo su un paziente affetto da una frattura di femore, ma al solo scopo di rendere il trasporto più confortevole possibile. Due anni dopo, il chirurgo tedesco Heinrich Braun pubblicava un piccolo manuale circa l'applicazione pratica dell'anestesia locale, riferendo di un impiego anche in alcune fratture del cranio, delle coste e della clavicola, per alleviare i dolori persistenti da esse causate.

C'era un background al quale fare riferimento, quindi, ma come genere ed entità di casistica l'esperienza clinica riportata da Guido Lerda rappresentò una vera priorità. Erano circa trenta i pazienti che – nell'arco di due anni, quindi fin dai suoi esordi – aveva sottoposto con successo a questo metodo, al fine precipuo di facilitare le manovre di riduzione in certe lesioni scomposte. Le fratture della estremità distale del radio costituivano la sede di elezione, ma venivano documentate pure fratture dell'avambraccio, dell'olecrano, dell'epifisi distale dell'omero, della diafisi e delle epifisi distali delle ossa della gamba, della regione sovracondiloidea del femore; senza contare quelle localizzate nelle varie ossa della mano e del piede (metacarpi, metatarsi e falangi).

Era una sorta di rivoluzione di pensiero, pur considerando i tentativi pionieristici prima accennati. Fino allora, infatti, l'approccio manuale alle fratture aveva trascurato – o considerato inevitabile – la reazione dolorosa del paziente. Se mai, si poteva fare ricorso all'anestesia generale, la quale però, per quanto già largamente impiegata, risentiva ancora di un altissimo rischio di complicazioni generali; per cui ci si guardava bene dall'andare incontro a pericoli per un semplice "strattono" a un osso.

L'idea di "trovare rifugio" (efficaci le parole di Lerda) in una più rassicurante anestesia locale appariva come una giusta soluzione di compromesso. Tutto stava nel trovare il coraggio di metterla in pratica, identificando soprattutto la sostanza e il dosaggio più adeguati, così da scongiurare spiacevoli effetti collaterali; per l'apprendimento della tecnica di esecuzione non ci sarebbero stati problemi.

COCAINA TRA LE OSSA, ALLA SCOPERTA DI NUOVE SENSAZIONI

I benefici effetti delle foglie di coca erano già noti alle popolazioni Inca, che fin dal XIII secolo ne coltivavano la pianta sugli altipiani del Perù e della Bolivia: tenute in bocca e succhiate a lungo, queste foglie svolgevano un'azione tonica e stimolante, che permetteva di rendere più tollerabile la vita ad alta quota, di alleviare la stanchezza, di calmare i morsi della fame.

Isolata per la prima volta nel 1859, la cocaina (il principale alcaloide estratto) svelò in forma ancora più completa l'azione sul sistema nervoso centrale, e il primo a esaltarne

FIGURA 1.

Il frontespizio del numero della rivista tedesca che, nella stessa pagina, ospitò l'articolo di Lerda; in evidenza (sezione in basso) l'intestazione, il titolo, il nome dell'autore e le prime righe dello scritto.



le proprietà fu il neurologo austriaco Sigmund Freud, fondatore della psicanalisi, che aveva voluto provarla su se stesso: "...il pensiero si fa più chiaro – rivelava – la parola più facile, aumenta la capacità di concentrarsi su quello che si sta facendo, si prova una sensazione di benessere, di sicurezza e di controllo della situazione...". Gli erano però sfuggiti, a parte tutte le conseguenze nocive che l'overdose avrebbe presto smascherato, gli effetti locali della sostanza, che erano fondamentalmente due: anestesia e vasocostrizione. A questa scoperta arrivò prima un suo compagno di lavoro, l'oculista Carl Koller, che nel 1884 utilizzò la cocaina negli interventi di cataratta, guadagnandosi così – e in qualche modo sottraendola a Freud – la gratificazione del primo impiego in campo medico.

Per la scelta della sostanza da utilizzare, dunque, Lerda poteva basarsi su più di un ventennio di esperienza generale, nel corso del quale la cocaina – grazie soprattutto all'iniziativa del chirurgo statunitense William Halsted – aveva anche aperto le frontiere del blocco nervoso regionale e della rachianestesia. Se questi erano i traguardi già raggiunti, penetrare col liquido nella sede di una frattura non doveva poi risultare così audace. Dal 1885 in avanti c'erano stati solo sporadici tentativi, come abbiamo visto; bisognava ora che qualcuno si dedicasse alla materia in maniera più sistematica, affidandosi a una casistica clinica significativa.

L'originalità del lavoro realizzato dal giovane chirurgo di Torino stava nei numeri e nella sostanza. Egli espose in maniera chiara – diremmo quasi didattica – ogni aspetto del metodo da lui adottato, descrivendo i particolari della tecnica e le reazioni del paziente, precisando obiettivi e campo di indicazioni. Tutto era farina del proprio sacco: intelligenza, acuto spirito di osservazione, semplicità nel comunicare. Il contributo che ne venne fuori aveva il merito, tra gli altri, di offrire a tutti la possibilità di riprodurre quella esperienza.

I suggerimenti di Lerda partivano, innanzitutto, dal materiale da utilizzare. Ci voleva una siringa fornita di un ago lungo e resistente, perché la condizione principale per l'applicazione della metodica – lo sosteneva con forza – era la capacità di diagnosticare con la più grande precisione possibile la posizione della frattura, oltre alla sua sede. Solo così il liquido poteva essere iniettato sui punti giusti, prima tra i frammenti e poi tangenzialmente agli stessi, in modo che l'anestetico potesse agire sull'intero focolaio della lesione scheletrica, sul midollo osseo, sul periostio, sui tessuti molli circostanti. Una spiegazione che a noi oggi può apparire di una banalità disarmante, ma allora – e sono trascorsi più di cento anni – non doveva sicuramente essere così!

Aveva quasi sempre utilizzato una soluzione di cocaina (1 di cocaina su 200 di soluzione di cloruro di sodio) alla quale aveva aggiunto un po' di adrenalina (una goccia di adrenalina all'un per mille per 1 cc di soluzione di cocaina), in maniera da ritardare, grazie al rinforzo dell'azione vasocostrittiva, l'assorbimento dell'anestetico

e limitare anche la formazione di ematomi. Il dosaggio da lui consigliato, da 5 a 8 cc, non aveva mai procurato effetti collaterali, e ciò naturalmente rappresentava un riferimento importante per chi voleva cimentarsi in questa novità senza correre rischi particolari.

Se la tecnica era stata eseguita correttamente, e se si era anche riusciti a tranquillizzare il paziente (altrimenti il dolore fisico sarebbe stato esaltato dall'eccitazione mentale), si poteva osservare nel giro di pochi minuti che i piccoli movimenti degli arti interessati erano indolore, che la contrattura muscolare era quasi completamente sparita e che, in definitiva, si era raggiunto un livello tale di anestesia da rendere facile per l'operatore, e soprattutto ben tollerata dal malato, la manovra di riduzione manuale in alcune fratture scomposte. Unico inconveniente che veniva riferito era la spiacevole sensazione di tensione, causata dalla dilatazione del tessuto edematoso. Lerda, tra l'altro, aveva avuto l'opportunità di fare un confronto abbastanza indicativo tra una riduzione senza e una con anestesia locale, trattando due volte nell'arco di un anno lo stesso paziente per una frattura della *epifisi inferiore radiale*: i vantaggi dell'infiltrazione di cocaina erano stati evidentissimi, sia in termini di sintomatologia riferita che di qualità della riduzione.

Alle indicazioni si è già accennato: fratture scomposte delle estremità degli arti, in prevalenza, ma a volte anche di distretti più prossimali, quali gomito e ginocchio; veniva riportato anche il buon esito della riduzione ottenuta in una lussazione interfalangea datante da due mesi, così come in una frattura dell'osso nasale (erano tempi in cui non si era ancora arrivati alla ...spartizione dello scheletro tra i vari specialisti). Decisamente sconsigliata, invece, l'applicazione in sedi profonde e difficili da localizzare, come nelle fratture di femore, dove era da preferire il metodo della trazione diretta, già da qualche anno divulgato dal direttore dell'Istituto Rizzoli di Bologna, Alessandro Codivilla (che per i dovuti riconoscimenti dovette anche lui pensare non poco!).

L'augurio col quale Lerda concluse il suo articolo si rivelò una felice profezia: "Posso solo esprimere l'auspicio che a questo metodo molto semplice e innocuo di anestesia venga conferito un posto importante nella pratica, e sono convinto che sarà il metodo ideale per evitare dolori inutili...". Pronosticò, in particolare, l'utilità dell'applicazione nella traumatologia di guerra, un campo nel quale gran parte dei chirurghi – lui compreso – sarebbero presto stati chiamati in causa.

RICONOSCIMENTI E CITAZIONI: LE TRACCE ABBANDONATE QUA E LÀ

Letto, riletto e preso a modello. Sul *Zentralblatt für Chirurgie* quello scritto non poteva passare inosservato. Il "metodo gentile" di ridurre le fratture con l'anestesia locale si sarebbe diffuso in Europa e oltre, cancellando a poco a poco anni di inadeguatezza, di anacronismo

quasi, dal momento che sostanze in grado di bloccare la trasmissione del dolore ne erano già state scoperte da tempo. Sembrava una invenzione ovvia, alla portata di tutti: solo che qualcuno doveva pur provarla in un buon numero di casi, e soprattutto renderla pubblica. Lerda, quanto meno, ebbe questo merito. Non fu né l'unico al mondo, né il primo; ma quelle quattro pagine sulla rivista tedesca ne fecero, indiscutibilmente, uno dei più grandi promotori.

Che poi la storia abbia relegato il suo nome in un angolo, questo è un altro aspetto. Forse fu lui stesso a sottrarsi alla notorietà e a ogni tentativo di autocelebrazione, rinunciando innanzitutto a propagandare la sua idea a destra e a manca. Replicò solo su un articolo (introvabile), comparso l'anno dopo su *Progresso Medico*, che doveva essere una semplice traduzione in italiano dell'originale: "L'applicazione pratica dell'anestesia locale nella cura delle fratture". Nient'altro. E dire che di lavori scritti, su argomenti di varia natura (come vedremo), ne produsse abbastanza negli anni successivi.

Lui respinse ogni forma di orgoglio personale e gli altri, da parte loro, non lo glorificarono. Cenni sparsi, solo questo la bibliografia gli avrebbe dedicato. Una di queste tracce è stata trovata su un testo di traumatologia che ha praticamente fatto epoca: "Tecnica del trattamento delle fratture" di Lorenz Böhler. Per la prima edizione italiana del 1940 (dal '29 in poi ne erano state pubblicate ben ventidue in otto lingue diverse), era stato il prof. Riccardo Dalla Vedova, direttore della Clinica Ortopedica di Roma, ad assumersi l'onore della presentazione, affidando la traduzione al suo aiuto Giuseppe Tancredi. Nell'elogiare l'opera del famoso collega viennese, basata su un'esperienza clinica ineguagliabile, Dalla Vedova sosteneva che, nel processo di modernizzazione realizzato in questo campo, tre elementi potevano essere considerati basilari: la scoperta dei raggi X (Röntgen, 1895), la trazione diretta sullo scheletro (Codivilla, 1902), l'anestesia locale. A proposito di quest'ultima, ecco il suo commento: "La Clinica aveva imparato a valersi della anestesia nel trattamento dei fratturati e più specialmente della anestesia locale, quale favorevole preparazione alle manovre riduttive degli spostamenti frammentali, da quando Lerda (1907) aveva insegnato a soffondere la soluzione anestetica nel focolaio di lesione, portandola a contatto con le superfici del tratto di frattura mediante la iniezione interframmentale. La proposta del Clinico di Torino non aveva tuttavia da principio trovato quel consenso e quella diffusione che realmente avrebbe meritato. È stato certamente merito di Böhler di aver apprezzata la efficacia e la innocuità quasi assoluta del metodo e di averlo volgarizzato ...".

Sì, forse Dalla Vedova si era fatto prendere da uno slancio di nazionalismo, ma del tutto gratuito l'elogio non poteva essere. Magari c'era anche il proposito, essendo il testo indirizzato agli specialisti italiani, di mettere nel giusto risalto un personaggio che persino all'interno dei nostri confini era rimasto alquanto misconosciuto. Ad assecondare questo giudizio sarebbe intervenuto, molti

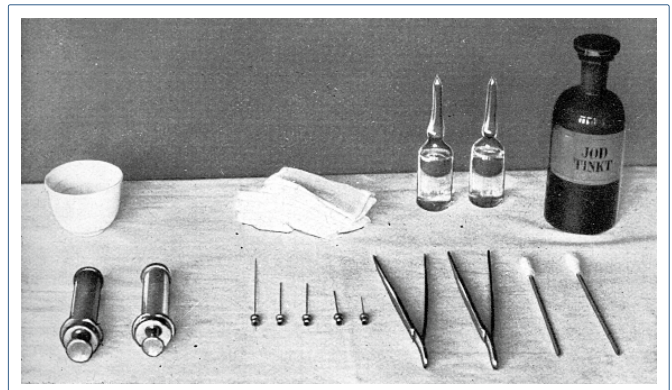
anni più tardi, Leonardo Gui, esponente della scuola bolognese, che nel suo altrettanto famoso trattato "Fratture e Lussazioni" scrisse così della anestesia locale: "...usata per la prima volta per la riduzione di fratture da Conway negli Stati Uniti e successivamente in Italia da Lerda, si è largamente diffusa in tutte le parti del mondo per merito di Quénu e Böhler". (Edouard Quénu era un valente chirurgo francese, autore di molti lavori, tra cui uno sull'uso di anestetico locale, successivo a quello di Lerda).

Scavando ancora si trovano anche le citazioni in lingua straniera, e sono tutte fonti attendibili: il "California State Journal of Medicine" nel 1909, l'"International Clinics" nel 1918 (che sottolinea "... the important paper by Guido Lerda, of Turin"), il "British Medical Journal" nel 1921, il "Journal of the American Medical Association" nel 1926, l'"American Journal of Surgery" nel 1930, il "Canadian Medical Association Journal" nel 1932 (che, in una pubblicazione sulla riduzione di fratture semplici delle estremità, giudica l'infiltrazione locale di anestetico come una "... simple, safe, practical procedure"). Quella poi di Leonard Peltier – in tempi molto più recenti – ha tutto il valore di una autentica consacrazione, più che un semplice riferimento bibliografico. L'illustre ortopedico e storiografo statunitense (scomparso nel 2003) riporta il nome dell'autore italiano nel suo "Fractures: a history and iconography of their treatment", uno dei più ricchi e qualificati compendi sulla evoluzione della specialità, da Ippocrate ai nostri giorni.

Queste le testimonianze rinvenute, qualcun'altra in giro sarà stata abbandonata sicuramente. Per dire che Lerda – comunque – nella storia è entrato, pur restando sempre lì, in disparte, lontano dai riflettori; proprio il contrario di quanto toccato alla procedura dell'anestesia locale per ridurre le fratture, che invece non ha mai abbandonato la scena, che viene ancora praticata così (nel tempo sono cambiate solo le sostanze impiegate) come lui l'aveva de-

FIGURA 2.

Occorrente per l'anestesia locale secondo Böhler (dal suo trattato "Tecnica del Trattamento delle Fratture" – 1940).



scritta e preconizzata. Personaggio da riscoprire, insomma; anche perché, mettendo insieme quei frammenti di notizie raccolti qua e là, emerge la figura di un chirurgo dal vasto sapere e dalle grandi capacità, che lasciò altri segni della sua opera, al di là della "semplice" iniezione di liquido anestetico su un osso rotto. A movimentare la sua vita ci fu di mezzo anche una guerra, che finì con l'esaltare tutte le sue qualità umane e professionali, prima di condizionarne negativamente la sua esistenza. Proviamo a ricostruire.

VALOROSO CAPITANO MEDICO, SUL FRONTE DELLA GRANDE GUERRA

Guido Lerda era nato il 9 luglio del 1881 a Dronero, cittadina della Val Maira, nel Cuneese, dedita all'agricoltura e al piccolo artigianato. Su di lui, figlio unico, erano riposte tutte le aspettative dei genitori: il padre, Gaudenzio, era un umile maestro di scuola; la mamma, Luigia Minelli, una donna di casa. La famiglia risiedeva nel centro del paese, in Via Maestra, successivamente ribattezzata Via Giovanni Giolitti, in onore del rinomato uomo politico vissuto proprio in quel momento storico, che nella zona di Dronero aveva le sue radici e il cuore del suo collegio elettorale.

Guido frequentò il Regio Liceo di Cuneo, quindi si trasferì a Torino, allievo del Regio Collegio Carlo Alberto. Si iscrisse alla facoltà di Medicina e Chirurgia nell'anno accademico 1899-1900, e la sua fu una frequenza senza incertezze, dal momento che si laureò il 13 luglio del 1905 con l'esito brillante che già conosciamo. Nello stesso anno si iniziava anche la sua attività professionale, presso l'*Ospedale Maggiore di San Giovanni Battista e della Città di Torino* (questa la denominazione ufficialmente acquisita col tempo). Era assistente, come detto, del reparto del prof. Ludovico Isnardi, una delle quattro sezioni chirurgiche operanti allora nel nosocomio: quella universitaria aveva a capo Antonio Carle (contemporaneamente primario all'Ospedale Mauriziano), le altre due erano affidate a Martino Anglesio (il decano tra i chirurghi presenti) e a Valentino Oliva (già primario dell'Istituto dei Rachitici di Torino, tra i fondatori, nel 1891, della *Società Ortopedica Italiana*). Insomma, una cerchia di alto livello, dove la competizione – se mai ci fosse – non poteva che risultare stimolante e vantaggiosa.

L'interesse per le lesioni traumatiche venne sicuramente trasmessa a Lerda dal suo primario Isnardi, che a questo ramo della chirurgia – per la verità a lungo trascurato dai più – aveva dedicato molti dei suoi studi, dalla tesi di laurea ("Cura moderna delle fratture complicate") fino all'invenzione di un congegno per rendere ai mutilati più agevole l'uso della mano artificiale. Un giovane assistente che pensava a come rendere conveniente, e meno brutale, il trattamento di certe fratture utilizzando un anestetico locale non poteva che trovare, nel reparto da lui diretto, il pieno sostegno.

Il campo di studio e d'azione, in realtà, era ben più ampio. Quello comparso sul *Zentralblatt für Chirurgie*

fu solo uno dei tanti contributi clinici e sperimentali pubblicati da Lerda in quegli anni di noviziato, con temi che spaziavano dal potere antitossico della tiroide allo strozzamento retrogrado dell'intestino, dall'influenza delle ovaie sul trofismo del restante tratto genitale alle caratteristiche di particolari casi chirurgici, come un leiomioma del setto uretro-vaginale o una grossa cisti della vagina. Sarebbe presto tornato a trattare anche il tema dell'anestesia locale, ma non per speculare – come già sottolineato – sulla originalità della sua proposta, piuttosto per indagare su altri aspetti che riguardavano sia le indicazioni che il meccanismo d'azione e i conseguenti effetti: "La pratica delle iniezioni anestetiche perineurali nella chirurgia alveolare e dentaria" (1908), "Sul potere tossico ed anestetico dei più comuni anestetici locali e delle loro miscele" (1914).

A interrompere bruscamente questo tranquillo cammino di progresso culturale, che lo portò anche a frequentare ospedali in Germania e che gli permise di ottenere la libera docenza in "Clinica chirurgica e Medicina operatoria", arrivò lo scoppio della Prima Guerra Mondiale. Col grado di capitano medico di complemento, in forza alla Direzione Sanità di Alessandria, Guido Lerda fu sicuramente tra i primi a essere inviato al fronte, dopo che il 24 maggio del 1915 l'Italia aveva fatto il suo ingresso ufficiale nel conflitto. La destinazione fu Cividale del Friuli, a due passi dalla linea dell'Isonzo (teatro di grandi battaglie): gli venne affidata la direzione di reparto in un ospedale militare chirurgico, e da allora il suo coraggio e la sua tenacia ebbero ben altre occasioni per mettersi in evidenza.

In quella cittadina del Nord-Est era stato adibito a ospedale – con tanto di croce rossa sul tetto – l'edificio del seminario arcivescovile (grande fabbricato eretto nel 1904

FIGURA 3.

La facciata principale dell'Ospedale Maggiore di San Giovanni Battista e della Città di Torino. In un'immagine d'epoca.



per essere la sede della villeggiatura estiva del seminario diocesano di Udine). In ognuna delle grandi e numerose camerate vennero ospitati dai 30 ai 40 letti di degenza, per un totale di ricoverati che si aggirava su un numero di 1200-1400. Era un cosiddetto "ospedale di tappa", cioè un presidio a metà strada tra "ospedaletti da campo" da una parte e "ospedali di riserva" dall'altra. Nel caso specifico rappresentava l'unico capolinea di ferrovia dell'Alto Isonzo.

Ospedale chirurgico, si è detto; quindi adibito pressoché esclusivamente ai feriti di guerra, col compito di fornire loro un opportuno trattamento, quanto meno nella fase di urgenza. L'equipaggiamento non era proprio adeguato alla grandezza della struttura, ma poteva bastare. C'era una sala operatoria dotata di autoclave ad alcool, luce e stufa elettriche, un discreto armamentario. Poi una sala di medicazione a due letti, una saletta per gessi, un gabinetto radiologico, un laboratorio per analisi chimiche e microscopiche. Ci si avvaleva anche di un servizio oculistico e otorinolaringologico. La degenza media dei pazienti era di cinque giorni, a conferma del ruolo intermedio che la struttura aveva nella catena di assistenza, ma anche del ritmo frenetico col quale veniva svolta l'attività, se non altro per liberare spazio alla continua massa di militari che vi giungeva a qualsiasi ora e con ogni mezzo (vagone ferroviario, autoambulanza, carro trainati da animali, barelle trasportate a mano).

Fu qui che Lerda diede il meglio di sé, dimostrando di saper fronteggiare l'emergenza con grande spirito di sacrificio, ma anche con razionalità. Infaticabile nella sua attività operatoria e in quella di assistenza in corsia, riusciva a mantenere la lucidità per analizzare tutto in maniera critica e per ricavarne così altri spunti di pubblicazione. In quegli anni difficili tra il 1916 e il 1917 la sua produzione scientifica divenne quanto mai prolifi-

ca: monografie sulla sua esperienza clinica di chirurgia di guerra, sulla cura delle fratture di guerra degli arti, sulla tecnica delle amputazioni per lesioni traumatiche; e ancora, contributi alla conoscenza delle suppurazioni da benzina, delle tecniche di drenaggio nelle sepsi chirurgiche, del valore della rachicentesi nella terapia delle lesioni traumatiche dell'encefalo. Erano le patologie da prima linea che gli capitavano tra le mani, e lui cercava di affrontarle con metodo.

Attraverso questa documentazione si scopre completamente il valore di Lerda come chirurgo, peraltro ancora nel pieno della sua maturazione: aveva 34 anni quando divenne capo reparto dell'ospedale-seminario di Cividale. Nei suoi resoconti parla con dovizia di particolari, e con evidente competenza, delle ferite d'arma da fuoco (pallottola di fucile, proiettile d'artiglieria, schegge di granata o di bomba a mano), per le quali praticava delicati interventi di asportazione del corpo estraneo e di sbrigliamento, in una continua corsa contro il tempo, perché l'infezione o la più temibile gangrena erano sempre in agguato. Questo tipo di lesioni lo portava ad agire sull'apparato muscolo-scheletrico, ma anche sui vasi e sui nervi, sugli organi toracici e addominali, all'interno della scatola cranica o in prossimità del midollo spinale.

Era un abile utilizzatore dell'apparecchio gessato nel trattamento delle fratture: lo considerava addirittura "il migliore antisettico" di cui si poteva disporre nelle lesioni esposte, perché l'immobilizzazione che garantiva era per lui un mezzo utile a spegnere un possibile focolaio di infezione. L'uso delle stecche gessate o il ricorso alle fenestrature permetteva, inoltre, una facile gestione delle ferite. Raramente si affidava alla *estensione a permanenza* (trazione continua), che riteneva poco pratica in guerra, tanto più in un ospedale di transito come il suo. Nelle lesioni scheletriche in cui l'infezione aveva già avuto il sopravvento utilizzava il metodo della *dislocazione ossea temporanea*, una sorta di diastasi forzata dei monconi che apriva in qualche modo la strada alla pulizia e al drenaggio.

Aveva intanto affinato la tecnica della anestesia locale, impiegando sostanze meno tossiche della cocaina (alipina, tropocaina, stovaina, novocaina) e spingendosi a livello di plessi nervosi o di strutture più centrali. Nell'arto superiore aveva talora fatto ricorso alla cosiddetta *anestesia da conduzione*, infiltrando con novocaina un segmento circolare del braccio e dell'avambraccio, in maniera da bloccare i principali tronchi nervosi: tecnica che nelle persone magre era in grado di dare buoni risultati. Per l'arto inferiore dava invece la preferenza alla rachianestesia con tropocaina: la consigliava, oltre che in tutti gli interventi chirurgici di una certa entità, anche nel semplice trattamento incruento delle fratture di femore.

Grande maestria aveva acquisito nelle tecniche di amputazioni degli arti: diremmo un traguardo obbligato per chi, come lui, era chiamato a intervenire su certe lesioni,

FIGURA 4.

Trasporto di feriti, dal treno alla barella, nella prima Guerra Mondiale.



e doveva farlo senza alcun tentennamento, essendo in gioco la vita del paziente (gli antibiotici non esistevano ancora, è bene ricordarlo). Congelamenti e ferite procuravano quotidianamente situazioni al limite, nelle quali l'intervento demolitore si rendeva inevitabile. Rispetto alle esperienze pre-belliche, si trattava di una problematica nuova (e non solo dal punto di vista quantitativo), che Lerda mostrò di saper affrontare, divulgando poi dei principi importanti circa la scelta del punto più favorevole alla amputazione, la modalità della sezione delle parti molli e delle ossa, il trattamento post-operatorio del moncone, la scelta della protesi più idonea.

UNA MORTE DA GIOVANE EROE, PER ESSERE PRESTO DIMENTICATO

Nel suo incessante lavoro al servizio dei militari feriti che affollavano quell'immenso ospedale, Lerda era aiutato da pochi tenenti medico-chirurghi, più giovani e sicuramente meno esperti di lui, e da alcune volontarie crocerossine. Col trascorrere dei mesi e degli anni le risorse umane dovettero rivelarsi insufficienti, se è vero che nel 1917 si ritrovò tra quelle mura Francesco Delitala, costretto allora (anche lui a 34 anni) ad abbandonare l'Istituto Rizzoli di Bologna, dove era cresciuto come allievo di Alessandro Codivilla prima e di Vittorio Putti poi. Probabilmente a quel punto ci fu una divisione di reparti e di compiti: "In divisa di capitano medico raggiunsi Cividale – racconta Delitala – ove per circa un anno diressi l'ospedale-seminario, adibito ai feriti di guerra. A me spettava il reparto dei fratturati e feriti agli arti, a Lerda (ottimo chirurgo della scuola di Carle) quello dei cranici, dei toracici, degli addominali. Quanto lavoro! Da piangere per la stanchezza dopo aver medicato per due giorni e due notti un centinaio di feriti ...".

Ci sono altri due ricordi personali che testimoniano il grande impegno profuso da Lerda in quel tragico periodo. Una di Marcello Soleri, insigne uomo politico, più volte ministro nei primi anni '20, di origini cuneesi anch'egli: arruolatosi volontario e recatosi al fronte, il 19 maggio del 1917 riportò in combattimento una grave ferita, in seguito alla quale rimase per un mese ricoverato all'ospedale di Cividale "... curato con ogni affetto dal valentissimo chirurgo Guido Lerda di Dronero", come riporta nella sua autobiografia *Memorie*. L'altra è di Icilio Guareschi, noto professore di chimica organica a Torino, che avrebbe avuto modo di formulare questo elogio in pubblico: "... mio figlio Pietro, tenente di artiglieria e gravemente ferito, fu dal Lerda curato come un fratello". Avendo partecipato di persona a quella vicenda, aggiunse: "Egli con pari sollecitudine e sapere prestava l'opera sua al soldato e all'ufficiale inferiore quanto agli ufficiali superiori. Era commovente vedere le camerate dei soldati feriti, nel momento che il Lerda entrava; tutti alzavano il capo, fissavano lo sguardo in lui e lo salutavano; gli volevano bene come ad un benefattore ...".

Dedizione e senso del dovere finirono col condizionare la sua prematura scomparsa, vittima anche lui della

Grande Guerra. Nella ritirata di Caporetto, ai primi di novembre del 1917 – nome e data che contrassegnano tuttora la più grande disfatta dell'esercito italiano –, il capitano Lerda (che probabilmente si trovava al seguito delle truppe in quella sventurata occasione) fu contagiato dal tifo, un nemico che si rivelò altrettanto micidiale delle armi austro-ungariche. Contro i microrganismi non c'era allora che terapie di supporto; per il resto bisognava raccomandarsi al Signore. Da quella malattia infettiva il suo fisico, già debilitato dalla fatica, non si riprese più. Il 12 dicembre giunse l'ora della morte; che avvenne a Torino, dove evidentemente fece in tempo a ritirarsi negli ultimi giorni, chissà se per un disperato tentativo di sfuggire al male o se per trovare almeno un estremo conforto in un luogo a lui più familiare (nonostante avesse già perso entrambi i genitori, e non risulta che si fosse sposato). A soli trentasei anni diede l'addio alla vita, e a chissà quanti progetti!

Poco tempo dopo si tenne il suo necrologio negli storici locali dell'Accademia di Medicina di Torino, in Via Po, dove lui più di una volta aveva avuto l'onore di comunicare – davanti a una platea d'élite – il contenuto dei suoi studi e delle sue esperienze cliniche. Nel dare il triste annuncio ai soci riuniti, il Presidente di turno, quel prof. Antonio Carle che in qualche modo lo aveva visto crescere professionalmente per le sale del San Giovanni Battista, annunciava la volontà di Lerda di legare proprio alla biblioteca dell'accademia i suoi numerosi libri: un lascito che si rivelò imponente e che dava un'ulteriore conferma della sua grandezza d'animo. Il "Giornale dell'Accademia" pubblicò, come omaggio postumo, tre lavori di Lerda su argomenti di traumatologia di guerra. Poi su questo personaggio è praticamente calato il silenzio, interrotto di tanto in tanto solo da cenni bibliografici, come quelli passati prima in rassegna.

La memoria si è spenta persino nel suo paese di origine, Dronero, nel cui cimitero si poteva ancora scorgere fino a qualche anno fa, su una parete della tomba di famiglia, un bassorilievo in marmo a lui dedicato: rappresentava verosimilmente una sala operatoria, con le figure di un chirurgo, di un assistente, di un infermiere e di un malato disteso su un lettino. Il tempo e l'abbandono avevano talmente annerito il marmo da rendere poco decifrabile quel disegno e assolutamente illeggibile l'iscrizione sottostante. Questa almeno è l'immagine che appare in una foto scattata poco prima che la tomba (nel 2004) venisse demolita. Nessuno più la degnava di una visita, e ogni appello per rintracciare un possibile, lontano erede, si era perso nel vuoto ...

Ringraziamenti

Si ringraziano per le informazioni e il materiale ricevuto: il prof. Alessandro Bargoni, docente di Storia della Medicina all'Università di Torino; l'Archivio Storico dell'Università di Torino; Mario Antonio Rossi di Torino; il Comune di Dronero (CN).