

*Iniziata la composizione l' 11 Luglio 1931
nel decimo anniversario della Sua morte.*

CARIE TORPIDA DEL MASCELLARE INFERIORE

E

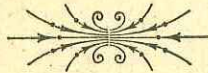
RESEZIONE ARTICOLARE DI QUEST' OSSO

PEL

dottore **ANTONINO TURRETTA**

CHIRURGO PRIMARIO

NELL'OSPEDALE CIVILE DI TRAPANI



TRAPANI

TIPOGRAFIA DI GIOVANNI MODICA-ROMANO

1876



Nel pubblicare una felice operazione da me eseguita nello scorso mese di maggio non intendo certamente presentare alcun che di nuovo alla chirurgia, ma solo portare il mio piccolo contributo alla statistica delle resezioni articolari dell'osso mascellare inferiore; la quale operazione, a giudizio di Malgaigne, è la principale resezione articolare che si pratica sul tronco. D'altra parte il caso clinico che io vengo brevissimamente ad esporre mi sembra che possa avere una certa importanza per l'anatomia patologica, e quindi lo reputo non indegno di qualche considerazione.

Galuppo Lorenzo, da Salemi, di anni 48, contadino, ammogliato con figli, non ha palesemente ereditato dai genitori malattia gentilizia di sorta. Ha sofferto ripetute volte febbre intermittente palustre. Essendosi esposto alcuni anni addietro alla influenza di forti cause reumatizzanti contrasse un catarro bronchiale cronico, del quale non è ancora guarito. L'affezione che lo affligge si fe' palese nel novembre dello scorso anno, e senza cagione apprezzabile. Già sin da qualche mese prima aveva cominciato ad avvertire dei dolori più o meno vivi ed intermittenti sul lato destro della mandibola, i cui denti divenuti mal fermi si prestavano poco alla masticazione. D'un tratto questa parte si gonfia considerevolmente, i dolori spontanei divengono continui, insopportabili; tutto il lato

destro della faccia partecipa a questa infiammazione, si fa rosso, sensibilissimo e sede di una tumefazione edematosa e flemmonosa. E ciò è accompagnato da un perturbamento dello stato generale, con febbre alta, che durò molti giorni, e la cui invasione fu marcata da un freddo energico. Dopo alquanti giorni i tegumenti sotto la mascella si ulcerarono, e ne sortì pus; il che diede luogo ad una diminuzione notevole di tutte le sofferenze, ma per breve tempo; avvegnacchè non tardò a manifestarsi una recrudescenza, e a formarsi nuova raccolta di pus, alla quale il chirurgo diede esito praticando una incisione verso l'angolo della mascella.

Le cose continuarono con minore intensità sino al marzo del 1876, in cui l'infermo pensò di ricoverare nell'Ospedale :

Tutta la regione mascellare inferiore di destra presentavasi all'esame discretamente tumefatta; la tumefazione uniforme, regolare, era visibilmente dovuta all'ingrossamento della mandibola e si estendeva sino all'articolazione di questa col temporale; la pelle soprastante leggermente iperemica ed edematosa. Due centimetri in giù dal bordo inferiore della mandibola un grosso bottone carnoso circoscrive una depressione infundibuliforme dalla quale scola un pus sanioso, grigiastro, fetidissimo; un'altra apertura fistolosa, di forma regolare si nota sull'angolo della mascella. Lo stiletto introdotto in queste aperture percorre un tragitto leggermente flessuoso, e tocca l'osso rugoso, irregolare, cedevole sotto una certa pressione. Ispezionando la bocca si verifica l'ingrossamento del corpo della mandibola: i denti sono vacillanti; qualcuno manca, e l'alveolo è cambiato in un forame fistoloso, dal quale, con leggera pressione, vien fuori poca quantità di pus, coi caratteri sopra cennati.

L'ammalato non avverte più i dolori lancinanti, e la pressione esercitata sulla parte affetta non riesce troppo dolorosa. E' però molto stremato di forze, anemico, e travagliato dalla tosse con espettorato abbondante muco-purulento.

L'esame della località affetta, la regolarità caratteristica delle manifestazioni sintomatiche, lo stato generale dell'ammalato non potevano lasciare alcun dubbio sulla diagnosi di carie dell'osso mascellare inferiore, e il sospetto di qualsiasi altra affezione che aver

potesse relazione col caso in discorso restava eliminato. Il processo insorse evidentemente come osteite interna, la quale diede luogo alla carie torpida, cioè a quella forma più dispiacevole di carie che è facile nei soggetti infermicci, mal nutriti e di avanzata età. Epperò bisogna confessare che tale forma non è frequente nelle ossa della faccia, e specialmente nel mascellare inferiore, dove invece è più facile a riscontrare la carie fungosa, alla quale si associa spesso la periostite ossificante, che suscita una neoplasia ossea attorno all'osso cariato : e allora le stratificazioni novelle sono fungose, nodose, e l'osso può arrivare ad acquistare un volume considerevole, sino alla *leontiasis ossium* di Virchow. Nè vi ha dubbio che il morbo insorse come osteite interna, poichè l'ammalato dice che i denti di quella parte erano malfermi, e che i dolori lancinanti, profondi insorsero qualche tempo prima che si manifestasse quel treno di fenomeni caratterizzati da dolori acutissimi, da turgore e rossore della parte, e dalla febbre alta ; segni manifesti di flogosi superficiale : Che anzi quei dolori profondi comparivano a lunghi intervalli, ed egli non ne faceva gran caso, appunto perchè nè a lui nè ad alcuno della sua famiglia era riuscito d'accorgersi che la parte fosse gonfia o desse segni d'inflammazione. I sintomi di acuzie sorsero all'improvviso ed evidentemente quando la flogosi invase la parte più esterna dell'osso e si diffuse al periostio e ai tessuti molli.

E' noto infatti come l'osteite sorge spesso senza dar luogo a sintomi generali, e senza generare in principio alcuna sofferenza, tranne un dolore profondo che nasce spontaneamente e spontaneamente sparisce, lasciando lunghi intervalli di calma ; ed è solamente dopo qualche tempo che l'osso aumenta di volume. Del resto, come vedremo, la diagnosi fu pienamente confermata dal reperto anatomico dell'osso esportato.

Quanto all'etiologia mi pare che sia degno di nota questo, che mentre è ritenuto che il processo carioso suole essere comunemente l'effetto di traumi, di mercurialismo, di sifilide o d'inalazione di vapori di fosforo (Lorinser, Bibra, Geist), qui invece la malattia è nata idiopaticamente e senza causa apparente, se si toglie quella di una costituzione debole ed infermiccia. Io porto opinione che una

influenza non piccola sullo sviluppo dei morbi infiammatorii delle ossa e della carie in particolare debba esercitare l'azione del miasma palustre ; ed è dispiacevole che sinora non si sieno fatti in proposito studi severi ed accurate ricerche. Mi contento di accennare per ora questa mia idea, alla quale spero poter dare conveniente sviluppo quando avrò raccolto una serie di fatti che mi permetteranno di discutere sopra criteri esatti e non illusori.

La neoformazione infiammatoria delle ossa dovrà essenzialmente soffrire quando tutto l'organismo languisce, e tra le discrasie particolarmente la scrofola e la sifilide sono quelle che più dispongono alla carie ; ma questa disposizione si manifesta nei fanciulli o nei soggetti giovani, mentre nei vecchi la carie del mascellare inferiore suole essere consecutiva a periostite, e, a quanto io sappia, non sono molto numerosi i casi in cui sorse come osteite centrale spontanea, e conservò l'indole torpida come nel caso in esame.

Adopero il vocabolo carie come sinonimo perfetto dell'osteite cronica con dissolvimento della sostanza ossea ; e infatti gli studi di Gerdy, di Engel, di Virchow, Wolkmann concordano nello stabilire che la carie altro non sia che una forma dell'infiammazione dell'osso, cioè un'osteite che ha per carattere la vascolarizzazione, il rammollimento, la suppurazione e finalmente la disintegrazione progressiva del tessuto osseo ; e una infiammazione ulcerativa con tendenza ad invadere l'osso vicino (Gerdy — *Recherches sur la carie* — Gaz. hebdom 1854, t. I, n. 27). Ma le lesioni della carie, mentre nel primo momento sono quelle della osteite semplice, variano nelle epoche differenti della sua evoluzione.

Non entra nello scopo di questa mia breve pubblicazione descrivere particolarmente tutte le fasi possibili del processo in parola. Dirò, per parlare brevemente della carie centrale, che in principio l'osso si gonfia e si dilata uniformemente per un ingrandimento delle cellule del tessuto spongioso, mentre che quelle del tessuto compatto subiscono la trasformazione spongioide. L'osso si rammollisce considerevolmente, ed un liquido particolare imbeve le areole. Secondo Billroth la neoformazione infiammatoria filtra nel connettivo proprio dell'osso, cioè in quel connettivo che involge i

vasellini dentro dei canali Haversiani ; laonde la sostanza cede a poco a poco, i canalini si dilatano sempre di più, e nelle loro maglie è racchiusa la neoformazione cellulare gelatinosa e provvista di vasi molto abbondanti. Insomma per questo autore la carie sarebbe una flogosi del connettivo dell'osso con dissoluzione della sostanza ossea.

Quantunque questa teoria non sia accettata da tutti i chirurghi, e dia al tessuto osseo un'importanza meramente passiva in tutto il processo, pure è indubitato che nessuno ha saputo sinora dimostrare il contrario.

In un secondo periodo della carie il rammollimento aumenta ancora, l'osso diviene bruno o nerastro, le areole contengono un liquido sanioso, fetido ; e all'intorno si può formare o una rarefazione considerevole, o una vera indurazione ; il che ha dato luogo alla distinzione di carie dura, o carie molle, che corrisponde alla osteite condensata o all'osteite rarefaciente di Volkmann. Finalmente si ha un'ultimo stadio caratterizzato dal disfacimento e dalla disparizione progressiva dell'osso.

Il periostio partecipa presto o tardi alle flogosi, e dalle fasi che questa può subire dipende anco in parte l'esito del processo carioso.

Ora nel caso in discorso era certamente avvenuta la concomitante periostite suppurativa, che aveva prodotto la distruzione del periostio ; e allo esaurimento di questo processo era dovuto se la enfiagione della parte affetta era piuttosto limitata. Poichè nelle ossa corte la dissoluzione della sostanza ossea accade con maggiore sollecitudine relativa dopo lo sviluppo della neoplasia infiammatoria.

Gli studii sulla attività osteoplastica del periostio incominciati prima da Troja, continuati da Flourens e Wagner, e progrediti ultimamente con le ingegnose esperienze di Ollier e di Wolff, non devono lasciare alcun dubbio sulla importanza di questa membrana per la riproduzione dell'osso ; ma s'ingannerebbe di molto chi credesse che il periostio si trovi nella maggior parte dei casi in condizioni da sviluppare questa sua attività formatrice ; che anzi io credo

che, se si tolgono alcuni rari casi di affezione in soggetti giovani, il periostio partecipando alla flogosi, difficilmente può favorire, trattandosi di carie torpida, la riproduzione dell'osso.

Le condizioni anatomo-patologiche dell'osso cariato erano tali da non lasciar concepire alcuna speranza di guarigione con un trattamento curativo che non fosse quello della resezione. Certo non corre alcun dubbio che quando la carie è combattuta a tempo la trasformazione benefica di questo processo in necrosi si verifica nel maggior numero dei casi: si forma cioè una linea di demarcazione, che si riempie di bottoni carnosì, il sequestro della carie man mano si distacca e si forma la cicatrice; o pure la superficie carciata cambia di aspetto, come una piaga atonica diviene di buona natura, i bottoni molli, fungosi divengono più consistenti, prendono i caratteri prima di cartilagine, poi di osso. Bisogna intanto cercare di modificare la superficie carciata dell'osso con le iniezioni di sostanze, fra le quali meritatamente è famosa la tintura di jodio; e in verità l'azione benefica di questo medicamento non è più da mettere in dubbio. Io possiedo molti casi di guarigione di carie della mandibola, della tibia, del calcagno nei quali la influenza di questo medicamento è spiccata: un caso specialmente di carie del mascellare superiore merita tutta l'attenzione possibile. Trattavasi di una fanciulla di nove anni, certa S. M., la quale presentava carie del mascellare superiore sinistro, in seguito ad osteite profonda con ascesso dell'antro, che si rivelò dietro puntura che io praticai sulla volta palatina presso il bordo alveolare. Il pus era fetidissimo, con tutti i caratteri di quello fornito dagli ascessi ossifluenti. Profittai dell'apertura fistolosa, così artificialmente formata, per praticare giornalmente le iniezioni di tintura di jodio. L'ingrossamento progrediente di tutto il mascellare era enorme; esisteva già perforazione fra i due turbinati, per la quale veniva fuori dalle narici il liquido iniettato. L'affezione mantenne per parecchio tempo tutti i caratteri dell'osteite ulcerante di Gerdy, ma dopo circa tre mesi mi accorsi che il turgore era un tal poco scemato, e, specillando la cavità ascessoide, potei constatare l'esistenza di un sequestro piuttosto voluminoso, che estrassi dila-

tando l'apertura. Poco di poi il liquido delle iniezioni non continuò a fluire dalla narice ; e nel momento in cui scrivo (otto mesi circa di cura) la guancia ha riacquistato quasi il volume e l'aspetto della omonima, e la specillazione dimostra la riduzione considerevole della cavità dell'ascesso.

E' questo certamente un esempio molto soddisfacente di guarigione avviata di carie in seguito a trasformazione in necrosi, dovuta alle iniezioni di tintura di jodio. — Ed io non dubito che se l'inferma continuerà a sottoporsi ad un adeguato regime tonico e ricostituente la guarigione sarà completa, dopo una cura assidua di parecchi altri mesi ; poichè, come molto bene osserva Billroth, non riesce solamente difficile lo arrestare il processo ulcerativo, quanto il risvegliare una energica neoformazione delle parti ammalate : infatti non essendo possibile, come succede nelle parti molli, di diminuire l'estensione della cavità formata mediante retrazione, importa che questa cavità sia completamente riempita di tessuto di neoformazione. E poi bisogna vincere le condizioni costituzionali che sostengono l'indole torpida della carie.

Ritornando ora al soggetto principale, ripeto che non era più da mettersi in campo una cura aspettante, e affidarsi alle risorse di qualche topico eccitante, poichè il processo carioso già troppo inoltrato aveva invaso tutta la spessezza dell'osso per una estensione considerevole, e distrutto il periostio. Le forze dell'ammalato deperivano a vista d'occhio, e il solo partito a cui appigliarsi come ancora di salvezza, era quello di procedere alla resezione articolare di tutta la metà destra del mascellare inferiore. Dico tutta la metà destra poichè la carie aveva visibilmente per limite anteriore la sinfisi dell'osso e si estendeva posteriormente a tutta o quasi tutta la branca verticale. Del resto anche quando il condilo e l'apofisi coronoidale fossero stati sani la disarticolazione era inevitabile ; poichè è evidente che se si lascia l'estremità articolare compreso il processo coronoidale, esso viene spostato in avanti ed in alto dai muscoli temporale e pterigoideo esterno, lo che, mentre costituisce deformità, è cagione di disturbo e d'irritazione positiva per l'ammalato, senza per altro che ne ricavi vantaggio veruno.

Sembra che non sia bene assicurato chi abbia per la prima volta eseguito resezione estesa del mascellare inferiore. A prescindere da quelle resezioni limitate all'esportazione di una parte dello spessore della mandibola, senza interrompere la continuità, è generale opinione che Deadrick di Tennessee, e non Dupuytren come si pretendeva da alcuni, praticò nel 1810 una prima resezione della mandibola a tutto spessore per degenerazione dell'osso. — Già prima di lui Ficher (1793) in seguito d'una frattura comminativa della mandibola aveva eseguita la prima resezione estesa di quest'osso. Dopo Deadrick la praticarono Dupuytren, Gräfe, Walther, Heyfelder. — Però la resezione articolare di tutto un lato dell'osso fu eseguita per la prima volta da Palmi nel 1820, poi da Graefe, da Mott, da Malgaigne e da molti altri chirurghi moderni. Signoroni nel 1843 reseccò l'intera mandibola.

Preparato l'apparecchio di esecuzione, feci coricare l'infermo sul letto d'operazioni, preferendo alla posizione seduta il decubito semiorizzontale leggermente inclinato sul lato opposto; poichè non credei prudenza ricorrere all'anestesia, e quindi tale posizione doveva riescire, come infatti riescì, molto più comoda a me ed all'operando.

Passai quindi al primo tempo dell'operazione, scoprimento dell'osso. Immediatamente dietro l'articolazione temporo-mascel-lare, e pochi millimetri al di sopra di essa, introdussi la punta di un bistori, che tirai in basso lungo il margine posteriore della branca ascendente, dietro l'angolo e sotto il margine inferiore del corpo sino alla sinfesi della mandibola. Un'altra incisione praticai, della lunghezza di due centimetri e mezzo, nella parte mediana del mento, la quale partendo in alto in corrispondenza del solco alveolo-labiale andò verticalmente in basso a congiungersi col limite anteriore della incisione orizzontale, formando con questa un angolo retto. Il labbro inferiore non fu quindi diviso, lo che, oltre ad evitare una cicatrice molto appariscente, permette di lasciare intatta l'arteria coronaria labbiale. — Approfondate le incisioni sino all'osso, cominciai a distaccare le parti molli dalla faccia anteriore di esso, rasentandola quanto più era possibile. Il sangue usciva dal-

l'arteria facciale, necessariamente recisa, a getto grosso ed impetuoso : riescì ad arrestare molto sollecitamente questa emorragia praticando più volte torsione con una pinzetta sui due capi arteriosi recisi ; e quella proveniente dalle piccole arteriole con l'applicazione ripetuta di acqua ghiacciata. — Il periostio era totalmente distrutto, e l'osso in alcuni punti disgregato.

Distaccate così in avanti tutte le parti molli, per passare al secondo tempo dell'operazione estrassi il dente incisivo mediano di destra, ed introdotto il coltello in modo da rasentare la faccia posteriore della mandibola, mi feci largo abbastanza per poter passare in questo sito, a mezzo di un ago curvo, la sega a catena, colla quale divisi facilmente nella sinfesi la mandibola sui confini della parte ammalata, intanto che un aiuto con la tanaglia da resezione teneva ben fermo l'osso da esportare.

Il terzo tempo, cioè il distacco del mascellare inferiore dagli attacchi della sua faccia posteriore, è giustamente ritenuto il più difficile poichè possono venir lesi organi importantissimi : infatti a parte del nervo dentario inferiore e dell'arteria dello stesso nome, che devono essere inevitabilmente recisi, v'è il nervo linguale, che fu per difetto di precauzione tagliato da Lisfranc, e l'arteria mascellare interna, la quale nata dalla carotide interna passa rasente il collo del condilo prima d'introdursi fra i due muscoli pterigoidei ; e non bisogna perdere di vista che l'arteria carotide esterna talvolta rasenta il bordo posteriore della mascella, tanto che il timore di ferirla indusse i primi operatori a legare prima la carotide.

Prendendo dunque dall'estremo reciso la metà da disarticolarsi e traendola in fuori, cominciai ad isolarla nella sua faccia interna, tenendo con molta precauzione il tagliente del coltello rasente l'osso. Ma ho di già notato che il corpo della mandibola era in alcuni punti disgregato, sicchè si ruppe sotto la trazione e mi fu mestieri esportarlo in tre frammenti ; la qual cosa se mi fu favorevole in quanto mi assicurò la immunità del nervo linguale e ridusse a piccole proporzioni l'emorragia arteriosa, mi disturbò però molto e rese alquanto penose le manovre per recidere l'attacco del muscolo temporale dalla apofisi coronoide, e per compiere la disarticolazio-

ne. Bisognai quindi afferrare con una pinzetta a necrosi la porzione della branca verticale rimasta e con questa tirarla in basso e rotarla all'esterno; con una forbice curva sul piatto tagliai l'attacco del muscolo temporale; attaccai allora con un coltello l'articolazione dal davanti, e raschiando sempre col filo del coltello rasente l'osso e sul collo del condilo riuscii a lussare questo e a liberarlo dal resto della capsula, dal legamento laterale interno e dal muscolo pterigoideo esterno, senza ledere l'arteria mascellare interna.

Compiuto così, senza veruno inconveniente, questo quarto tempo dell'operazione, ed ottenuta completamente l'emostasia, senza procedere a veruna legatura, ma con la semplice torsione e con l'applicazione di spugne imbevute di acqua ghiacciata; abbassai diligentemente il lembo tenuto fin qui dagli assistenti, e chiusi la ferita con punti metallici staccati.

Prima di fasciare ebbi cura di togliere quella deformità costituita dal mammellone soprastante al seno fistoloso.

Compiuta l'operazione l'infermo rimase tranquillo, e non prese nei primi sei giorni che soli brodi e vino Marsala.

La ferita esterna aderì per prima intensione; ed internamente la suppurazione fu scarsa: al posto della mandibola esportata si formò una specie di tessuto fibroso, e la faccia rimase relativamente poco deforme: il mento è spostato verso il lato ammalato, ma le labbra appariscono perfettamente normali, e la breve cicatrice risultante dalla ferita verticale è appena visibile.

Il pericolo di questa operazione è molto maggiore di quello delle resezioni nella continuità, e la mortalità è più elevata che in seguito alla resezione del mascellare superiore. Una statistica esatta si lascia però ancora desiderare. Così Anderson e Dzondi riportarono due casi di questa operazione seguiti da morte; mentre Koch dice che Cusak in quattro casi ebbe tre successi. Secondo la statistica di Weber in 153 disarticolazioni unilaterali la mortalità fu del 23 e mezzo per cento. E' dunque a sperare che per un'operazione di così alta importanza sieno spinti più oltre questi lavori statistici con criteri rigorosi ed esatti, e tenendo anche conto delle affezioni per le quali fu praticata.