

**Storia di un risegamento totale dell' osso mascellare superiore e palatino destri per malattia dell'antro d'Igmore / del Angelo Minich.**

**Contributors**

Minich, Angelo.  
Francis A. Countway Library of Medicine

**Publication/Creation**

Venezia : Andreola, 1846.

**Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/d54chtyz>

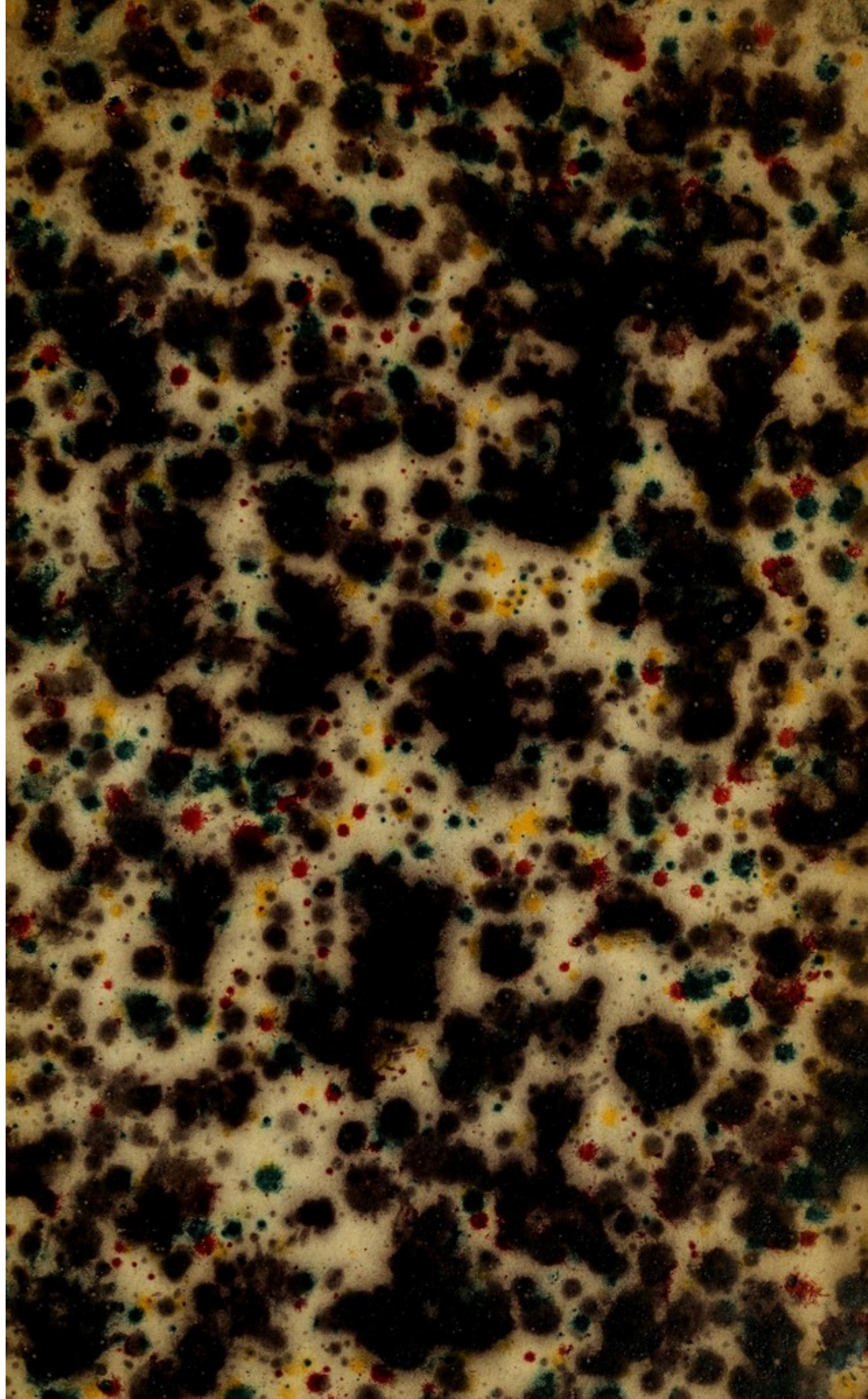
**License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by the Francis A. Countway Library of Medicine, through the Medical Heritage Library. The original may be consulted at the Francis A. Countway Library of Medicine, Harvard Medical School. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

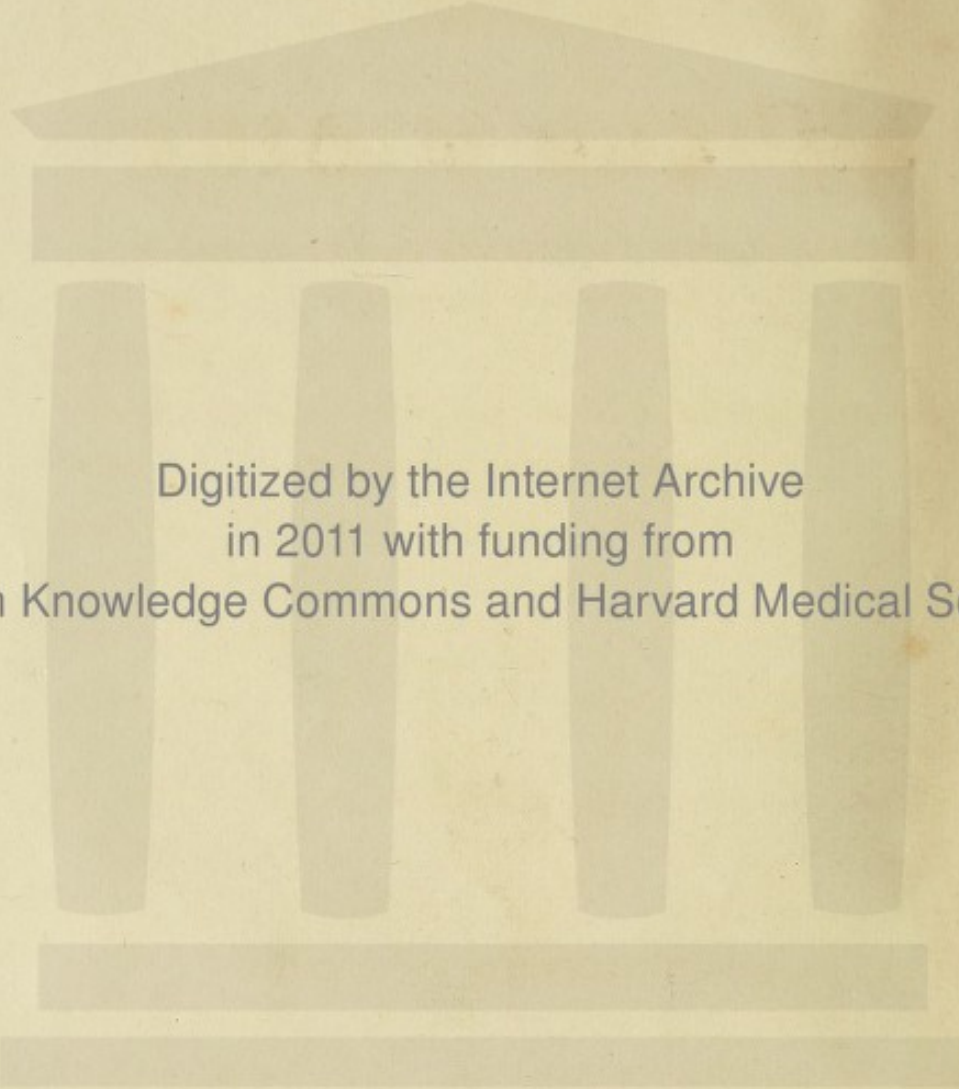




23.6 104

Al Sig.<sup>ro</sup> Dottore Gustavo Kaepl  
Chirurgo operatore, assistente alla  
Cattedra di chirurgia pratica  
in segno d'estima, e d'amicizia  
L'autore.





Digitized by the Internet Archive  
in 2011 with funding from  
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

# STORIA

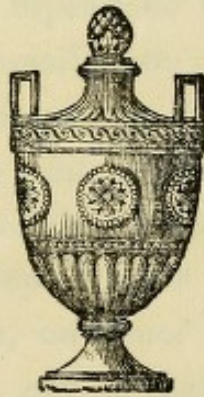
DI UN RISEGAMENTO TOTALE DELL' OSSO MASCELLARE  
SUPERIORE E PALATINO DESTRI PER MALATTIA  
DELL' ANTRO D' IGMORO

DEL DOTTOR

**ANGELO MINICH**

PROFESSORE SUPPLENTE DI CHIRURGIA PRATICA PRESSO L' I. R.  
UNIVERSITA' DI PADOVA.

*Estratta dal Giornale per servire ai progressi della  
patologia e della terapeutica.*



VENEZIA

PER FRANCESCO ANDREOLA

1846.



9671

La diagnosi delle malattie delle ossa presenta molte difficoltà, che dipendono e dalla uniformità dei sintomi con cui si manifestano, e dal modo con cui erano una volta esaminate. In riguardo alla mia prima proposizione, essa è tanto evidente, che reputo inutile il doverla comprovare; infatti nel loro principio si rassomigliano il cancro delle ossa, il lungo midollare, una cisti ossea, un tumor fibroso, ed un osteocondroma. In questi casi la diagnosi non può venire rischiarata che dal decorso diretto di queste malattie, e dai differenti sintomi che presentano, ciò che avviene soltanto a malattia avanzata. Il modo poi di istosco di osservare le malattie delle ossa, la confusione

---

**L**a diagnosi delle malattie delle ossa presenta molte difficoltà, che dipendono e dalla uniformità dei sintomi con cui si manifestano, e dal modo con cui erano una volta esaminate. In riguardo alla mia prima proposizione, essa è tanto evidente, che reputo inutile il doverla comprovare; infatti nel loro principio si rassomigliano il cancro delle ossa, il fungo midollare, una cisti ossea, un tumor fibroso, od un osteocondroma. In questi casi la diagnosi non può venire rischiarata che dal decorso diretto di queste malattie, e dai differenti sintomi che presentano, ciò che avviene soltanto a malattia avanzata. Il modo poi difettoso di osservare le malattie delle ossa, la confusione



nella nomenclatura, e la mancanza di esatte cognizioni di anatomia patologica resero sempre più oscura questa parte della chirurgia. Le malattie delle ossa nella loro essenza offrono poca diversità da quelle delle parti molli. La affezione più frequente di esse è l'infiammazione che può aver sede nel periostio, nella parte corticale, media od interna dell'osso. Essa offre gli stessi esiti dell'infiammazione delle parti molli, terminando in risoluzione, in suppurazione (osteopiosi), in ulcerazione (carie, osteoelcosi), in gangrena (necrosi), in trasudamenti (esostosi, periostosi, gomme, tofi). Nelle ossa hanno luogo le istesse produzioni morbose come nelle parti molli, p. es. i tubercoli, il cancro, il fungo, i tumori fibrosi (osteosteatomî), cartilaginei (osteocondromi) le cisti. Abbiamo pure in esse alcune alterazioni come l'ipertrofia (osteofiti), l'atrofia (osteoanabrosi), il rammollimento (osteomalacia), l'indurimento (osteosclerosi), la fragilità (osteopsatirosi) che ora dipendono da pregresse infiammazioni, e molte volte non sono che alterazioni della loro nutrizione. Dietro questa classificazione mi sembra rendersi più facile lo studio delle osteopatie, e così si escludono altre denominazioni inesatte che non comprendono una malattia distinta, ma bensì varie forme fra loro affatto diverse. Prendasi p. es. l'osteosarcoma; sotto questo nome vi fu chi descrisse una malattia che guarì spontaneamente dopo il distacco di una parte necrosata, altri invece descrissero ma-



lattie che guarirono radicalmente colla operazione, mentre molti altri videro ripullulare dopo l'operazione la degenerazione più fiera di prima. È impossibile che con un decorso così diverso si trattasse dell'istessa affezione. Che avvengano tali errori nella diagnosi delle malattie delle ossa non è da sorprendersi, veduta l'analogia che esse offrono fra loro particolarmente nel principio, ma reputo dannoso alla scienza il continuare nell'uso di tale espressione inesatta, che serve ad avvolgere sempre più nelle tenebre la patologia delle ossa. Non solo mediante l'osservazione attenta dei pezzi patologici si deve studiare l'indole delle malattie, ma si deve seguire il loro decorso prima e dopo l'operazione, mentre la riproduzione è per me la prova sicura che si trattava di cancro o di fungo, e quando non si riproduce, ho il sospetto di essermi ingannato nella diagnosi. In tal maniera dopo aver raccolti molti fatti ben osservati, si potrebbe stabilire i sintomi capaci a rischiare meglio la diagnosi. Un'altra malattia delle ossa la cui denominazione è troppo generica, e non ci spiega la sua condizione patologica si è quella di spina ventosa. Generalmente i chirurghi fanno una distinzione fra la spina ventosa degli adulti, e quella dei fanciulli. La prima ha una gravezza maggiore, ed esige nel massimo numero dei casi un'operazione, senza della quale termina colla morte. La seconda invece ha un decorso più lento e benigno, e per lo



più spontaneamente guarisce. Ora la sola differenza dell'età non può produrre una tale diversità dei sintomi ed esiti, e manifestamente la condizione patologica non può essere la stessa. La spina ventosa dei fanciulli è un osteite scrofolosa che molte volte ha l'esito della carie centrale od anche totale, con rammollimento e rarefazione della ossa, oppure con infiltrazione tubercolare, mentre la spina ventosa degli adulti è una malattia maligna costituzionale un fungo, cioè od un cancro.

Da quanto finora ho detto risulta adunque, come difettose ed incerte siano le nostre cognizioni diagnostiche nelle malattie delle ossa. Che se tante difficoltà presenta la diagnosi delle alterazioni di un osso, possiamo dedurre quante maggiori ne offra una parte che è formata da esse, e viene tappezzata da una membrana mucosa, come si è l'antro d'Igmore, o seno mascellare. In esso infatti possono avvenire tutte le malattie delle ossa, come pure tutte quelle delle mucose, e le une essere causa delle altre. Le malattie di questa membrana mucosa sono l'infiammazione e suoi esiti, come blenorrea, ulcerazioni, ipertrofia, rammollimento, oppure produzioni morbose fra le quali tengono il primo posto i polipi. Inoltre attesa la sua struttura si formano delle alterazioni particolari che non vediamo negli organi forniti di mucose, come l'idrope del seno mascellare, che sembra dipendere da una infiammazione della



mucosa con ostruzione del condotto mascellare, per cui non svuotandosi il fluido raccolto, questo si accumula in grande quantità, dilata e sposta le pareti del seno che si fanno protuberanti verso la bocca, oppure la fossa canina, l'occhio, il naso, con assottigliamento delle pareti. Altre malattie dipendenti dalla sua posizione sono quelle che hanno relazione coi denti. Non di rado tutti i fenomeni morbosi dell'antro d'Igmore sono dipendenti dalla carie delle radici dei molari, e levate queste cessano tutti gli incomodi: talora si vide lo sviluppo preternaturale di un dente esser causa dell'inflammazione dell'antro mascellare.

Soltanto l'osservazione attenta ed esatta può esserci di guida onde diminuire le difficoltà che presenta la diagnosi di molte malattie ancora oscure. Stabilita la condizione patologica di esse riuscirà più facile la vera terapia da adottarsi. Se questo vale per le affezioni morbose di spettanza medica, molto più è ciò d'importanza nelle chirurgiche, ove la cura in molti casi non può aver luogo che mediante un'operazione difficile e pericolosa, che sarebbe egualmente riprovevole l'eseguire se inutile, od il rifiutare se necessaria. Questo è il motivo che mi spinge a pubblicare la storia di una malattia del seno mascellare che ebbi occasione di osservare in quest'anno nella clinica chirurgica di Padova, e che rese necessaria una delle più ardite operazioni della chirurgia moderna, e che



credo doppiamente interessante e per la qualità della alterazione patologica, e per il metodo operativo intrapreso.

Antonio Mengotto di condizione calzolajo, di 20 anni, nato da sani parenti, nella sua infanzia non andò soggetto che al morbillo, ed a qualche affezione gastrica che facilmente sanava. Nell'età di dieci anni per grave odontalgia chiese il soccorso chirurgico, e gli fu estratto un dente molare superiore destro: ma rotto il dente rimase in sito la radice che determinò violenta infiammazione, con aumento considerevole della guancia e dolori lancinanti. L'applicazione di 40 mignatte, i bagni freddi, i gargarismi ammollienti in seguito, valsero a frenare il processo flogistico, non arrivando però a diminuire la gonfiezza che nello spazio di un anno, ed anche non completamente. Decorsero quindi sei anni senza gravi molestie, tranne ricorrenti cefalalgie frontali, e segnatamente alla regione destra, le quali cessarono coi purganti e mediante una spontanea epistassi: in questo tratto di tempo sortì pure la porzione di radice del dente rotto. Ma dopo questi sei anni di mitigazione, si ridestarono i dolori che occupavano profondamente la mascella superiore, e determinarono la caduta spontanea di altri due denti molari alla distanza di otto giorni l'uno dall'altro. Coi dolori si rinnovò l'infiammazione, ed un grado considerevole di gonfiezza della guancia con calore e cefalea, i quali sintomi non cedettero



interamente al metodo antislogistico, rimanendo una gonfiezza delle parti che restò stazionaria per quattro anni.

Giunto il nostro ammalato all'età di 20 anni, un mese prima che fosse da me veduto, si formò un foro in corrispondenza della fossa canina destra, dal quale ebbe luogo spaventevole emorragia che gli recò tuttavia sollievo, mentre sparirono i dolori da cui veniva di tratto in tratto affetto, come pure diminuiva la gonfiezza delle parti. Il foro rimase aperto e da esso sortiva abbondante quantità d'icore fetentissimo commisto a sangue. Timoroso pel continuo stillicidio di questo, per la denutrizione che faceva rapidi progressi, pel fetore della bocca che aumentava, ricorse alla clinica chirurgica di Padova, fermo nell'animo di sottoporsi ad un'operazione quantunque di esito incerto.

Trovai un individuo di gracile costituzione, di temperamento bilioso-linfatico, denutrito, con tinta terrea, sistema muscolare poco sviluppato, indebolito da lunghi patimenti, dal timore, dalle emorragie che da un mese si ripetevano continuamente benchè in grado leggiero. Il polso era regolare, lingua spalmata da muco giallastro, alito fetente, mancanza di appetito. Sulla guancia destra vidi un tumore della grossezza di un pugno d'adulto, di forma globosa che si estendeva dall'arco zigomatico all'apofisi nasale dell'osso mascellare, e dalla parete inferiore dell'orbita



fino alla fossa canina, nella quale vi era considerevole protuberanza. Questo tumore è durissimo, poco sensibile, la cute che lo ricopre sana, di color naturale. L'occhio conserva la regolare mobilità e facoltà visiva, ma sembra infossato per la sporgenza della parete inferiore dell'orbita. Il naso è spostato a sinistra, la cavità della bocca impicciolita per la presenza di un tumore molto sporgente in essa, e che corrisponde all'apofisi palatina del mascellare destro, e porzione dell'osso palatino destro. Anche questo tumore offre l'istessa durezza. Nella fossa canina ove è sporgente una grande protuberanza dell'osso si osserva un forellino da cui sorte continuamente un icore sanguigno. Introdotto uno specillo, la mano esploratrice s'accorgeva che l'antro d'Igmore era assai più ampio che nello stato normale, e che le sue pareti erano ram-mollite. Mancano gli ultimi tre molari, e gli altri denti che restano a destra sono molto irregolari nella loro posizione, e sparpagliati negli alveoli, che offrono per la dilatazione morbosa delle ossa una larghezza preternaturale.

La sede di questo tumore non lasciava dubbio che fosse interessato l'antro d'Igmore, di cui erano spostate tutte le pareti ad eccezione della superiore che forma il piano inferiore dell'orbita. Restava a stabilirsi l'indole di tale malattia, ed i sintomi che offriva non permettevano una diagnosi esatta, ma soltanto probabile. L'ampiezza preternaturale del seno



mascellare che collo specchio si sentiva vuoto, escludeva l'idrope e la presenza di un polipo carnosio. La malattia consisteva quindi in una alterazione delle ossa che formano le pareti dell'antro d'Igmore. I sintomi che precedettero il tumore, la causa meccanica che li produsse, cioè l'estrazione di un dente, lo stato di salute che godette l'ammalato per lungo tempo, essendo scomparsa interamente la gonfiezza infiammatoria con metodo antisflogistico, ed il riprodursi del male sempre accompagnato da sintomi infiammatorii che diminuivano con lo scolo d'icore e sangue, non lasciavano dubbio che nel principio si trattasse d'infiammazione dell'antro d'Igmore sia nella mucosa che lo tappezza, od anche nelle ossa che ne formano le pareti. Adesso peraltro con la semplice infiammazione non si possono spiegare tutti i fenomeni che presenta, ma bisogna ammetter un esito di essa, con alterazioni tali e così profonde da non lasciare speranza se non che in un'operazione urgentemente indicata dalla giornaliera diminuzione di forze del malato.

Nel giorno 27 giugno 1846 si passò all'operazione. Il paziente stava seduto sopra una scranna ben solida, e teneva la testa appoggiata sul petto di un assistente. Incominciai l'operazione con un'incisione che a livello dell'angolo esterno dell'occhio sei linee distante da esso si portava all'angolo corrispondente della bocca, arrivando fino alle parti ossee. Sollevando



poscia colla sinistra il lato interno di questa incisione, distaccava le parti molli dalle sottoposte ossa formando un lembo che terminava superiormente all'angolo interno dell'occhio, ed inferiormente si portava fino sotto la pinna del naso, dove praticai un taglio comunicante colla cavità delle narici. Con questo primo tempo dell'operazione la parete anteriore del tumore era denudata. Prima di progredire bisognò legare la arteria trasversa della faccia, ed altre minori, che però essendo morbosamente dilatate davano copiosa emorragia. Fermato lo sgorgo del sangue, con uno scalpello panciuto divisi le parti molli che contornano la parete inferiore dell'orbita, stando sempre rasente alle ossa, ed ajutandomi coll'indice della mano sinistra, penetrai entro l'orbita fino alla fessura sfeno-mascellare. Quando le ossa sono in istato sano il principio di questa fessura si trova alla distanza di circa 4 linee dal ciglio osseo, ma in questo caso attesa la morbosa gonfiezza del seno mascellare dovetti arrivare alla profondità di oltre un pollice, portando grave dolore per la compressione dell'occhio che veniva spostato dal dito. Sentita la posizione della fessura sfeno-mascellare, ed incise con un bisturi le parti molli che la riempiono, vi introdussi con poca difficoltà una sonda scanellata, che però non poteva sortire sotto dell'arco zigomatico, perchè attesa la gonfiezza di quest'osso le fibre del massetere nel sito della loro inserzione erano divaricate. Le incisi per l'estensione



di quattro linee, ed in allora potè sortire l'apice della sonda, sulla guida della quale feci passare uno specillo bottonuto cui si era assicurata mediante un filo la sega a catena di Aitken. Con facili e rapidi maneggi della stessa potei segare tutto lo spessore dell'arco zigomatico, sebbene ingrossato, e la superficie dell'osso segato era così liscia come fosse stata recisa una parte molle con un coltello bene affilato. Tolte in questo modo le aderenze ossee della parte esterna dell'antro d'Igmore passai al risegamento dell'apofisi nasale del mascellare, e dell'osso unguis. Divise con uno scalpello le aderenze al lato interno fra l'orbita e l'occhio, recisi il nervo mascellare superiore nel sito ove passa nel canale infraorbitale, onde diminuire per quanto era possibile i dolori al mio operato, ed impedire le convulsioni tanto frequenti nello stracciamento, e contusione dei grossi nervi. Per l'apertura praticata sotto del lembo nella cavità nasale destra, introdussi una comune tanaglia per le ossa, e quantunque adoperassi tutta la mia forza, non mi fu possibile di reciderla. Ricorsi in allora alle cesoje di Liston, ed indi a quelle di Signoroni, ma senza successo. Pensai che mi faciliterebbe l'operazione se potessi praticare un solco nella apofisi nasale del mascellare, che quantunque poco grossa è molto dura, e così diminuito lo spessore di essa adoperare le tanaglie di Signoroni. Incominciai colla sega a cresta di gallo di Hey, ma senza van-



taglio perchè scivolava ora a destra, ora a sinistra. Molto meglio mi corrispose una sega a lancia di Signoroni colla quale facilmente praticai un solco, nel quale introdotta una branca della tanaglia ossivora a becco di pappagallo, e l'altra branca per la cavità del naso sotto dell'apofisi nasale la potei con poca difficoltà recidere. L'osso unguis cedette subito adoperando una comune tanaglia da ossa. Restava ora aderente l'osso nella parte inferiore mediante l'apofisi palatina del mascellare e le ossa palatine. Feci prima levare il secondo dente incisivo dietro del quale se ne trovava un secondo che fu egualmente estratto. Tenuto sempre sollevato il lembo introdussi per la cavità del naso una branca della tanaglia ossivora a becco di pappagallo, e l'altra branca nella bocca, ed usando molta forza potei tagliare completamente tutto lo spessore di quest'osso. Ma per arrivare fino al margine posteriore dell'osso palatino, come era necessario di completare la divisione delle aderenze ossee, non poteva servire l'istessa tanaglia le cui branche erano troppo corte. Con uno scalpello panciuto divisi l'uvola ed il velo pendulo dalle parti posteriori alle anteriori fino al palato ossco, e dopo con uno scalpello ed il martello tagliai le ossa palatine tenendomi un poco a destra della linea mediana, ed in modo che questo ultimo taglio fosse nella stessa direzione di quello praticato con le tanaglie ossivore. Arrivato a questo punto dell'operazione, sperava che non essendo l'osso



mascellare tenuto in sito che per l'apofisi pterigoidea dovesse prestamente cedere praticando su di esso delle moderate trazioni. A tale oggetto impugnai la tanaglia distraente di Signoroni, una delle branche la introdussi nell'orbita fra l'occhio e la parete superiore dell'osso mascellare e l'altra nella bocca.

Ma per quanta forza adoperassi l'osso restava immobile e l'istrumento scivolava. Sospettando che dipendesse dal non avere liberato completamente l'osso dalle sue aderenze, verso l'angolo interno dell'occhio applicai di nuovo le tanaglie comuni sull'osso unguis, esaminai la recisione praticata nell'osso palatino, e cercai di nuovo con la tanaglia distraente di smuovere l'osso. Sotto questi maneggi si staccò la parete anteriore dell'antro d'Igmore, ma la parte posteriore era ancora immobile. In allora ricorsi ad uno scalpello che introdussi nella cavità dell'orbita sotto dell'occhio, che teneva difeso mediante una spatola, e con molta precauzione a colpi di martello penetrai dietro la parete superiore dell'osso mascellare, indi introdussi lo stesso istrumento per la cavità del naso, lo portai fino all'apofisi pterigoidea, e facendo di esso una leva facilmente si smosse. Soltanto a questo momento dell'operazione seguendo la guida del dito indice passai alla recisione delle parti molli che si trovano al lato esterno e posteriore dell'osso mascellare, e tagliando così i muscoli pterigoidei il tumore si staccò per intiero. Esaminata la ferita che era spa-



ventevole, levati colle dita e col mordente alcune scheggie dell'osso unguis, e parte dell'apofisi pterigoidea che si era spezzata, e giaceva adesa soltanto alle parti molli, l'ammalato cadde in deliquio, dopo aver tollerato l'operazione con eroica fermezza.

Trasportato in altra sala meglio ventilata fu posto orizzontalmente sopra un letto, e mediante degli spruzzi d'acqua fredda dopo tre minuti ricuperò i sensi. Cercai in allora di frenare l'emorragia proveniente dall'arteria mascellare interna che fu presa con una pinzetta da torsione. Tentai di legarla, ma attesa la sua profondità non fu possibile di farvi passare all'intorno un filo quantunque ricorressi ad un porta-nodo.

Anche la torsione non essendo seguita da migliore risultato, non potendosi isolar bene l'arteria, ed avendo l'ammalato perduto già molto sangue m'apparecchiava ad applicare il fuoco, quando l'emorragia spontaneamente si sospese. Posto il paziente nel suo letto si ricoprì la ferita esterna con una compressa inzuppata nell'acqua fredda, e teneva in bocca qualche pezzo di ghiaccio. Quantunque egli avesse sopportato con molto coraggio l'operazione, e fosse contento ed ilare, pure il suo polso era molto abbattuto, piccolo e sfuggevole, la fisionomia pallida, le estremità fredde, per cui somministrai alcune gocce di liquor anodino dell'Hoffmann. Quattro ore dopo la operazione non essendo insorta alcuna emorragia, passai alla riunione della ferita mediante sette punti di



sutura attortigliata, continuando nell'applicazione del ghiaccio sopra la ferita. La deformità della guancia non era dopo la riunione molto considerevole, si vedeva soltanto un infossamento sotto dell'occhio, e questo era abbassato, inoltre accusava forte dolore in gola che rendeva difficile la deglutizione. Nella sera il polso era più sostenuto, il calore un poco aumentato, continuavano i dolori nella gola, e se ne svilupparono anche alla regione sopraorbitale sopra della quale si continuò nell'applicazione del ghiaccio.

28. giugno. 1.<sup>o</sup> dopo l'operazione —. Nella notte poté dormire alcune ore a varie riprese, il dolor di gola è un poco diminuito per cui poté bere con minor difficoltà, quantunque la deglutizione fosse ancora dolorosa, non può tenere in bocca dei pezzi di ghiaccio che sdruciolavano nella faringe e nell'esofago. I dolori all'occhio sono cessati. Le palpebre sono gonfie, ecchimosate, la congiuntiva si è fatta molto turgida e circonda come un cercine la cornea che sembra depressa, offrendo l'aspetto di una chemosi, con la differenza però del colore che è pallido, perchè non è dipendente da un processo flogistico ma da edemazia.

Alle 4 pomeridiane viene preso da brividi passeggieri di freddo, ed essendogli incomodo il ghiaccio sulla ferita si sostituiscono le pezze bagnate nell'acqua fredda. Ha leggiera cefalea, i polsi sono più espansi



e frequenti, calore aumentato della cute ch'è secca. Per la prima volta dopo l'operazione evacuò le orine.

29 — 2.° Nella notte dormì qualche ora, la deglutizione si mantiene dolorosa, ma è meno difficile, il dolore sopraorbitale è aumentato, palpebre gonfie, edemazia della congiuntiva, polsi meno frequenti espansi, calore della cute diminuito. Da due giorni non scarica il ventre, le orine sono abbondanti e pallide. Si applicarono 12 mignatte all'apofisi mastoidea destra con grande diminuzione del dolore sopraorbitale. Incomincia la suppurazione nella cavità della bocca.

30 — 3.° L'ammalato è tranquillo, la reazione moderata. Continua la gonfiezza delle palpebre e della congiuntiva, ma la vista è intatta: egli sopporta senza incomodo il chiaro di una candela, ha dolori lancinanti alla regione temporale. La ferita esterna si mantiene bene unita, è poco sensibile, l'apertura della bocca è obliqua, essendo l'angolo destro molto abbassato e sollevato il sinistro. La ferita interna è spalmata da pus biancastro. Da tre giorni non ha scariche alvine per cui si somministrano internamente dieciotto grani di calomelano ma senza effetto. Si continua col freddo sulla guancia.

1. luglio — 4.° La febbre è più pronunciata, i polsi danno 90 battute al minuto, calore della cute aumentato, testa libera. Il purgante non produsse al-



cun effetto, le urine sono evacuate naturalmente, la fisionomia è più composta, l'ammalato accusa appetito. Esaminata la ferita nella cavità della bocca si osserva spalmata di muco giallastro, l'alito ha l'odore della marcia che scola nella bocca, ma che però difficilmente può sputare fuori per essere tenace: il dolor di gola è quasi nullo. Levati i cerotti che tenevano avvicinate le palpebre, e che recavano incomodo si vide la congiuntiva ancora edematosa, la cornea sembra infossata, le palpebre sono gonfie, ecchimosate; dolore e gonfiezza all'angolo esterno dell'occhio, facoltà visiva quasi nulla.

2. luglio — 5.<sup>o</sup> La notte fu tranquilla, il sonno venne spesso interrotto dallo scolo della marcia. Ebbe nella notte una scarica abbondante. Levati gli aghi della sutura attortigliata si vide che la ferita era unita completamente per prima intenzione. L'occhio è nello stesso stato: il ghiaccio non è più tollerato per cui si ricopre la parte con una compressa asciutta.

3. luglio — 6.<sup>o</sup> Nella notte dormì molte ore, febbre diminuita, non ha dolore all'occhio, la edemazia è minore e percepisce gli oggetti. Verso sera è quasi apiretico, la suppurazione si fa meno abbondante e di buona indole, si applica un clistere oleoso col quale ebbe due scariche.

Dal giorno 4 incominciò ad essere apiretico, l'occhio è quasi naturale, solo è un poco abbassato, ma percepisce bene gli oggetti, lingua deterisa, appe-



tito buono per cui si concedono due minestre, la suppurazione si fa di nuovo abbondante, solo di tratto in tratto accusava dolore alla regione sopraorbitale, e questo cessava col bagno freddo. La parte della guancia al disotto dell'occhio è depressa ed insensibile fino quasi al dorso del naso, ed al labbro superiore. Anche questo fenomeno dipendente dalla recisione del nervo mascellare superiore e sue diramazioni andava di mano in mano dileguandosi, come pure l'obblività della bocca. Si aumentò la dieta, e ad eccezione di qualche clistere e delle frizioni con l'estratto di atropo belladonna alla regione sopraorbitale non si usarono altri rimedi.

Nel giorno 12 luglio l'ammalato trovandosi abbastanza forte, e non accusando alcun sintomo morboso desiderò di alzarsi, ciò che gli fu concesso, essendo trascorsi solo quindici giorni dalla fatta operazione.

Dal giorno 12 fino alla sua sortita dalla clinica, che avvenne dietro sua dimanda nel giorno 31 luglio, si aumentarono le forze e si migliorò il suo aspetto e colorito. La enorme cavità rimasta per l'esportazione dell'osso degenerato andò sempre più restringendosi per la formazione di granulazioni di buona indole, l'occhio è un poco depresso, ma mobile, sano in tutti i suoi tessuti, e percepisce bene gli oggetti. La ferita esterna perfettamente cicatrizzata non offre che una linea biancastra, la guancia è an-



cora un poco depressa, ma sensibile in ogni punto, e compressa si sente nelle parti sottoposte una resistenza che lascia dedurre la formazione di un nuovo tessuto solido che col tempo sostituirà l'osso mancante; il naso è quasi ritornato sulla linea mediana, la bocca è naturale. La loquela che in principio non era intelligibile è divenuta chiara e distinta; la deglutizione è facile, quantunque i cibi abbiano una tendenza a sortire per la narice destra, la masticazione è permessa dal lato sano. Sotto la contrazione dei muscoli della faccia si vede la prevalenza di quelli del lato sinistro. La guarigione fu prontissima, e pochi i mezzi terapeutici adoperati.

*Esame del pezzo patologico* —. L'osso appena esportato aveva il volume di un pugno di adulto. Esso veniva costituito da tutto il mascellar superiore, dall'osso palatino coll'apofisi pterigoidea, e da porzione dell'osso zigomatico ed unguis. La parete anteriore dell'osso mascellare era dilatata, ragione per cui fu difficile ritrovare la fessura sfeno-mascellare che per tale disposizione morbosa riusciva molto profonda: all'interno e superiormente si vede porzione dell'osso unguis, più al basso delle solcature; l'inferiore ossia il canal nasale inferiore è limitata dall'osso palatino all'ingiù ed all'alto dal turbinato inferiore, o conca inferiore. L'altra solcatura è il canal nasale medio, spazio che viene limitato dalla conca inferiore e la media. Posteriormente si vede una piccola parte delle



cellette dell'osso etmoide. Nella parte inferiore del tumore costituita dall'apofisi palatina del mascellare, e dal palatino nella vicinanza dell'unione di queste due ossa vi è un dente che dalla sua struttura sembra molare. Dei denti non restano che un incisivo ed il canino, degli altri sono spariti perfino gli alveoli. La parete esterna è liscia e molto dilatata. Nel descrivere l'atto operativo ho detto che nelle forti trazioni eseguite per staccare l'osso si era fratturata una porzione del parete anteriore dell'antro d'Igmore, per cui riusciva facile di vedere la struttura della cavità mascellare. Essa era morbosamente dilatata in modo da superare tre volte la grandezza naturale: le sue pareti erano porose, ripiene di una sostanza sanguigna e gelatinosa, molli in maniera da lasciare l'impronta del dito. Di tratto in tratto si sentivano delle sporgenze ovali. Posto l'osso in macerazione, ed indi essiccato conservava la stessa struttura ad eccezione della sostanza gelatinosa che si sciolse nell'acqua. Le sporgenze ossee essendo molto sottili si rompevano facilmente sotto la pressione delle dita, tuttavia si rimarcano ancora distintamente due forme di prominente una cellulare, o mammellonare, l'altra invece più acuta, che dopo l'essicazione rassomiglia alla sostanza spugnosa delle ossa cilindriche.

Ora resterebbe a stabilirsi di quale malattia delle ossa si trattasse. Poco ci possono giovare le descrizioni che ci vennero date dagli autori che parlarono



sulle malattie dell'antro d'Igmore, mentre l'estirpazione parziale, o lo snucleamento dell'osso come si praticava una volta, venivano eseguite per alterazioni che erano descritte sotto il nome generico di osteosarcoma, di fungo o di polipo maligno. Inoltre l'operazione era quasi sempre susseguita dall'applicazione del fuoco cosicchè difficile era lo stabilire la struttura delle parti. Nel nostro caso il seno mascellare era vuoto, e quindi possiamo assolutamente escludere la esistenza di un polipo od altra produzione della mucosa: l'alterazione adunque esisteva nelle ossa. Ora fra le malattie che si possono sviluppare nelle pareti dell'antro d'Igmore a mia cognizione non venne mai fatto cenno di una degenerazione maligna sia cancerosa, o fungosa, capace di dilatare queste pareti in modo da estendere considerevolmente la cavità. Se infatti avviene una degenerazione, e specialmente fungosa delle ossa, siccome questa ha una tendenza ad aumentare rapidamente di volume, essa tende ad estendersi verso tutti i lati tanto all'interno, quanto all'esterno, e la cavità deve necessariamente impicciolire. Escludo la degenerazione cancerosa nella quale le ossa si rammolliscono, e rassomiglia a sostanza carnea, onde il nome di sarcoma delle ossa, perchè questa degenerazione non si osserva nei giovani prima dei 30 anni, e perchè questa alterazione era bene differente nel nostro caso, in cui le ossa erano rarefatte e rigonfie, ciò che dicesi osteoporosi, od im-



propriamente spina ventosa. Ora la spina ventosa, come abbiamo detto superiormente, è o una osteite scrofolosa, oppure una deposizione tubercolare nelle ossa. Nel pezzo patologico ora descritto non ho potuto ritrovare traccia di tubercoli, che qualunque sia la loro sede offrono sempre gli stessi caratteri anatomici. Invece ho veduto una sostanza gelatinosa interposta fra le ossa rammollite e spugnose, tessitura che si è conservata anche dopo la macerazione, e che io sarei inclinato a riguardare come una carie d'indole scrofolosa. L'anamnesi ed il decorso della malattia verrebbero a convalidare questa mia opinione. I sintomi coi quali essa si manifestò furono determinati da una causa traumatica, ed erano nel loro principio soltanto infiammatorii, cosicchè cedettero al metodo antiflogistico. Per lungo tempo il paziente godette buona salute, ed indi si ripeterono gli stessi fenomeni, ma non si ebbe risoluzione perfetta; restò un tumore accompagnato spesso da dolori, finchè aumentata la gonfiezza si formò in corrispondenza della fossa canina un'apertura dalla quale sortì molto icore fetentissimo unito a sangue. La sortita di questa sanie continuò sempre dell'istessa qualità, nè saprei ripeterla da altra condizione patologica fuorchè dalla carie delle pareti interne dell'antro d'Igmore. Aggiungasi che mediante la specillazione si sentì un tessuto spongioso, scabro, che facilmente si lasciava traforare, tutti caratteri che sono proprii della carie.



La espressione carie equivale per le ossa ad ulcerazione, e questa può essere d'indole differente. Come nei tessuti molli l'ulcerazione può dipendere da una causa irritante, continua, permanente, quantunque agisca in soggetti sani, così può avvenire anche nelle ossa dietro p. es. la presenza di un corpo straniero. In questi casi l'ulcerazione è dipendente da una causa locale ed i sintomi prevalenti sono quelli dell'inflammazione; tolta questa causa si guarisce rapidamente la malattia. Ma più di spesso l'ulcerazione è l'effetto di un vizio costituzionale, ed in allora la inflammation non è che secondaria. Questi vizj sono molteplici come la sifilide, scrofola, scorbuti, idrargirosi, fungo, cancro, tubercolosi; fino a tanto che non si vincono queste discrasie la malattia continua nel suo decorso distruttore. Lo stesso avviene nelle ossa, ed in esse come nelle parti molli, le ulcere a seconda delle discrasie rivestono una forma particolare, che nel massimo numero dei casi serve a distinguerle fra loro. Esaminato diligentemente il pezzo patologico nel momento in cui fu estirpato, come anche dopo che fu sottoposto alla macerazione, non mi fu possibile di ritrovare un'alterazione particolare nella sua struttura da considerarsi come degenerazione maligna cancerosa cioè, fungosa o tubercolare. Escludo l'idea di un'ulcera sifilitica per essere stato esente il malato da affezioni sifilitiche, per la mancanza della esacerbazione dei dolori nella notte, e perchè è in-



concepibile come una forma sifilitica di tanta importanza resti isolata e non sia accompagnata da altri fenomeni sieno secondari o terziarii di sifilide. Io considero la carie da cui era affetta tutta la parete interna dell'antro d'Igmore d'indole scrofolosa; nè credo che questa mia opinione venga abbattuta dall' essersi sviluppata la malattia dietro una causa traumatica, mentre vediamo tutto giorno le ferite cambiarsi in ulceri d'indole diversa a seconda delle discrasie degli individui feriti.

Il motivo che mi determinò a pubblicare questa storia si è la sua importanza in riguardo alla alterazione dell'antro d'Igmore, e specialmente per l'atto operativo diverso in alcune sue parti da quello finora praticato, e che spero di avere utilmente modificato.

Il primo che abbia eseguito l'estirpazione totale dell'osso mascellare superiore fu Gensoul (1) di Lione nell'anno 1827, mentre le operazioni intraprese prima di quest'epoca consistevano nel penetrare direttamente nell'antro d'Igmore attraverso le parti degenerate, nel raschiare l'osso finchè si arrivava ai tessuti sani, e nell'applicazione del fuoco onde distruggere i rimasugli della degenerazione sfuggiti al tagliente. Credo prezzo dell'opera di riportare alcune di queste storie, interessanti pei processi operativi che veni-

---

(1) Gensoul. Lettre chirurgicale sur quelques maladies graves du sinus maxillaire etc. Paris 1833.



vano una volta usati, dal cui confronto risultano più manifesti i progressi della medicina operatoria moderna.

Nell'anno 1768 si presentò a Jourdain (1) un ammalato di fungo del seno mascellare destro. Consultati A. Petit, Morand e Moreau essi furono contrarii ad ogni operazione per timore dell' emorragia, mentre Louis ed altri chirurghi opinarono di tentarla qualora si portasse immediatamente il caustico attuale nel fondo della ferita. Il malato si decise per l'operazione rifiutando il fuoco dal cui uso non avea sentito alcun vantaggio, quantunque fosse stato adoperato per l'innanzi cento e sedici volte. Jourdain operò nel modo seguente: posto l'ammalato sopra una scranna, mediante un istrumento a forma di spatola sgusciò il fungo dalla parete esterna del seno mascellare, indi lo trapassò con un filo incerato, le cui estremità venivano stirate all'infuori da un assistente, nel mentre che l'operatore snocciolava il tumore dalla parete superiore ed interna dell'antro d'Igmore. La emorragia quantunque copiosa pure fu arrestata col tamponare la cavità con filaccia inzuppata in un'acqua stitica. Il tumore estratto pesava un'oncia e mezza, aveva una forma piriforme, ed era in parte carnoso in parte scirroso. Nel giorno seguente sortirono sponta-

---

(1) Gensoul. Memoria citata.



mente le filaccia, e le ossa comparvero a nudo. Jourdain voleva applicare il fuoco che fu rifiutato dal paziente. Trascorso qualche tempo insorsero delle fungosità che non cedendo ad alcune soluzioni mercuriali, ed all'olio di vetriolo, furono snocciolate dal chirurgo coll'istromento tagliente. L'emorragia fu arrestata con filaccia inzuppata nell'olio di vetriolo, ma senza vantaggio che le fungosità ripullulavano, cosicchè dopo 5 mesi di cura l'ammalato ritornò nel proprio paese, ove si crede sia morto di emorragia. Da questa descrizione sembrerebbe trattarsi di polipo maligno, che aveva corrosa la parete anteriore ed inferiore del seno mascellare, per cui il tumore si faceva sporgente al disopra degli alveoli dei denti. Ciò non viene accennato da Jourdain, ma questa doveva essere la disposizione delle parti, mentre in caso opposto non si può comprendere come egli sia penetrato nell'antro d'Igmore.

Desault (1) operava presso a poco nella istessa maniera, ma la sua estesa pratica non gli offrì che un caso solo ove il suo processo sia stato coronato da successo. Parlando dei funghi del seno mascellare egli descrive la storia seguente. Certo Guillard di buona costituzione, dietro l'introduzione di un pezzo di legno nelle fosse nasali provò nell'anno 1790 dei do-

---

(1) Desault. Oeuvres chirurgicales tom. II. Paris 1801. pag. 165.



lori acuti nel seno mascellare. Questi dolori continuarono per qualche tempo nell'istesso grado, per poi cessare interamente, indi a varie riprese si rinnovarono e per sei mesi sparirono senza lasciare alcun segno esterno. A quest'epoca il malato cadde battendo con forza l'osso zigomatico contro un trave; i dolori si esacerbarono di nuovo, e quindici giorni dopo questo accidente l'osso mascellare aumentò di volume specialmente all'esterno, e le lagrime cessarono di scorrere per le fosse nasali, ma si versavano sulla guancia. Cinque mesi dopo il tumore cominciava a sollevare la parete inferiore dell'orbita, rendendo l'occhio più sporgente, i dolori però diminuivano e non si esacerbavano che di tratto in tratto. Due denti molari erano caduti, la parete esterna del seno si era aperta e lasciava sortire una porzione del fungo. Desault operò nel modo seguente: fatto sedere l'ammalato incominciò dal distaccare la guancia dall'osso mascellare incidendo la mucosa interna della bocca nel sito ove essa si getta sull'alveolo dei denti. Mediante un perforatore acuto applicato nel mezzo della parete esterna fece un'apertura al dinanzi di quella che si era spontaneamente formata. La parete ossea compresa fra queste due aperture fu asportata con uno scalpello ricurvo. Siccome il foro non era ancora sufficiente, così si cercò di allargarlo collo stesso istrumento verso l'arco alveolare, ma essendo troppo



incisione verticale dall'angolo interno dell'occhio fino al labbro superiore; a livello della base del naso si pratica una seconda incisione trasversa che arriva alla distanza di 4 linee dal lobulo dell'orecchio, finalmente si conduce una terza incisione verticale parallela alla prima, che dalla distanza di sei linee dall'angolo esterno dell'occhio si unisce alla seconda. Si separano questi lembi dalle parti sottoposte in modo da scoprire tutto l'osso sottoposto. Mediante lo scalpello ed il martello Gensoul recide l'unione dell'osso mascellare collo zigomatico facendo penetrare l'istrumento fino nella fessura sfeno-mascellare. Collo scalpello penetra nella parte interna dell'orbita dividendo l'osso unguis, e l'apofisi nasale del mascellare. Per dividere l'unione delle due apofisi palatine del mascellare vi introduce fra la sutura che le unisce uno scalpello per la bocca, e cerca di allontanare l'osso dopo di aver estratto il primo dente incisivo. Finalmente per distruggere gli attacchi posteriori dell'osso mascellare coll'apofisi pterigoidea, e qualche aderenza coll'etmoide, introdusse lo scalpello nell'orbita obliquamente per recidere il nervo mascellar superiore ed evitare gli stiramenti; si serviva poi dello stesso strumento come di una leva per spostare l'osso allo innanzi ed al basso verso la bocca.

Gensoul eseguì parecchie volte questa operazione, ed una volta estirpò completamente l'osso mascellare superiore, il palatino e l'osso zigomatico, operazione



eguale a quella che ho praticata quest'anno nella clinica di Padova che forma l'oggetto della presente Memoria. Il suo metodo è di certo migliore di quelli eseguiti anteriormente dagli altri chirurghi, tuttavia mi sembra che con alcune modificazioni si possa renderlo più sollecito e meno doloroso.

Il taglio cutaneo praticato da Gensoul è difettoso perchè inutilmente troppo esteso; conducendo invece un taglio solo dall'angolo della bocca a sei linee di distanza dall'angolo esterno dell'occhio, come consiglia Velpeau, si ottiene colla separazione del lembo il perfetto denudamento dell'osso, e solo in casi molto eccezionali può riescire insufficiente. Se ciò avvenisse, e che il chirurgo s'accorgesse di non poter con questo unico taglio soddisfare al suo scopo, se ne conduce un secondo nella direzione dell'angolo della mascella inferiore all'angolo interno dell'occhio, e così si avrebbe una incisione a croce come viene consigliata da Syme.

Denudato l'osso il chirurgo stando rasente alla parete superiore del mascellare penetra nell'orbita, spostando coll'indice sinistro le parti molli, e cerca la fessura sfeno-mascellare. Con la punta di un bisturi pontuto prepara la strada per l'introduzione di una sonda scanellata che conduce sotto l'arco zigomatico all'interno delle fibre del massetere (che si recidono nel caso che impedissero il libero maneggio degli strumenti). Sulla guida di essa fa passare uno spe-



cillo bottonuto crunato, al quale si è assicurata con un filo una sega a catena. Con questo ultimo istrumento riesce facilissimo di segare l'osso che in questo sito è voluminoso, e che sarebbe malagevole il farlo tanto con una sega coltellare o ad arco, o collo scalpello. Io credo di essere stato il primo ad introdurre codesta modificazione nel risegamento della mascella superiore, e spero che tale pratica verrà seguita anche da altri chirurghi, mentre facilita l'operazione ed evita le scosse e le scheggie. A mia conoscenza soltanto Heyfelder (1) praticando l'estirpazione totale della mascella superiore usò una sega a catena fabbricata a Parigi da Lüer. La circostanza che viene fatto cenno del nome del fabbricatore mi fa nascere il dubbio che tale istrumento sia diverso da quello comunemente adoperato. Del resto la descrizione dell'operazione di Heyfelder, come avverte lo stesso estensore di quell'articolo è molto imperfetta, e non dà una idea chiara del processo operativo.

Separato l'osso dai suoi attacchi esterni, stando sempre ad esso rasente si penetra nell'orbita profondamente nelle parti interne, onde scoprire esattamente l'osso, e poi si passa al risegamento dell'apofisi nasale del mascellare superiore e dell'unguis. Attesa la sottigliezza del primo di questi ossi sembrerebbe facile

---

(1) Jahresbericht über die Fortschritte der gesamten Medizin in den Jahren 1843-4 vom Goerschen II. Jahrgang 3. Hest. Leipzig 1845, pag. 342.



l'operazione, ma invece essa offre molte difficoltà. Io credo che faciliti l'operazione il segare la parte saliente del mascellare che è durissima dalle parti esterne alle interne mediante la sega a cresta di gallo di Hey, o meglio colla lanceolata di Signoroni. Diminuito così lo spessore dell'osso si termina il risegamento colle comuni tanaglie da ossa. Le cesoje di Liston non mi prestarono buon servizio in quest'operazione nè sul cadavere, nè sul vivo, mentre non sono taglienti che per uno spazio troppo stretto, indi si ritrova un rialzo molto grosso che serve ad accrescere la loro forza, ma che agendo sulle ossa le schiaccia.

Il terzo tempo dell'operazione si deve praticare da un lato della sutura che si trova tra le due apofisi palatine del mascellare, e non mai sulla linea mediana, come consiglia Gensoul, poichè altrimenti si cade sull'osso vomere. Il risegamento è facile colle cesoje ossivore a becco di pappagallo di Signoroni. S'introduce per l'apertura laterale praticata nel naso al di sotto della pinna una delle branche taglienti, l'altra si applica in bocca, e con movimenti graduati di pressione è facile di recidere tutto lo spessore delle ossa, ma solo anteriormente. Per la parte posteriore del palato osseo queste tanaglie non sono servienti; perchè le loro branche riescono troppo corte. Per compire questo tempo dell'operazione si tagliano le parti molli dalle parti superiori, cioè dal velo pendulo fino



al sito ove l'osso fu tagliato; e poscia collo scalpello e martello si compie il distacco.

Col processo finora da me descritto si recidono tre punti di unione dell'osso mascellare colle parti vicine, ed esso quindi non resta attaccato che col quarto situato posteriormente ossia coll'apofisi pterigoidea. Se la produzione morbosa ha rammollite le parti, come succede nel fungo e nel cancro delle ossa è facile di compiere l'operazione collo stirare al basso tutto l'osso che dopo piccola resistenza si distacca; come vidi nell'anno 1843 in un'operazione eseguita dal dott. Bertoja. Ma se la degenerazione non cambiò la consistenza delle ossa, bisogna fare degli altri maneggi. Si penetra col dito indice sinistro profondamente nell'orbita lungo la sua parete inferiore onde difendere l'occhio, e dietro la guida del dito si introduce un forte scalpello tagliente, ed a colpi moderati di martello si recidono anche gli attacchi posteriori. Onde smuovere l'osso Gensoul usava uno scalpello col quale penetrava obbliquamente nelle parti posteriori dell'orbita, ed indi sollevando il manico faceva leva sull'osso. Tale maneggio mi sembra da rigettarsi perchè con esso si schiaccia il globo dell'occhio. Io trovo più adattato allo scopo di penetrare per il foro laterale del naso nelle parti posteriori del mascellare e dell'apofisi pterigoidea, e di fare in quel sito un punto di leva. Se l'osso si smuove lo si prende con forza mediante una tanaglia



distraente e lo si porta al basso. La tanaglia distraente di Signoroni fu immaginata per l'osso mascellare inferiore, che essendo un osso piatto e sottile si può afferrare con forza quantunque le branche dell'istrumento decorrano parallele; ma per comprendere l'osso mascellare che è molto grosso la divaricazione riesce troppo grande, per cui l'istrumento scivola e non soddisfa allo scopo. Per questa operazione è più conveniente l'usare una tanaglia con branche ricurve e solcate nella loro parete interna. Reso mobile l'osso si passa alla recisione delle parti molli che si trovano nella parte esterna e posteriore. Questo tempo dell'operazione deve essere l'ultimo, e non si deve praticare che quando l'osso comincia a farsi mobile, mentre colla recisione dei muscoli pterigoidei viene tagliata anche l'arteria mascellare interna, che dà un'emorragia considerabile, e che bisogna prontamente legare, cosa che non è eseguibile che ad operazione compiuta.

Queste sono le modificazioni colle quali mi sembra possa esser resa più facile un'operazione sempre però spaventevole e dolorosa. Le sottopongo al giudizio dei chirurghi, affinchè se sono realmente utili vengano sancite anche dall'altrui osservazione ed esperienza. La scienza deve arricchirsi ancora di molti fatti ben esaminati prima di decidere quale sia il metodo migliore onde praticare questa operazione che onora la chirurgia moderna.







