

Rinodilatatore fisso, a valve individualizzate e a schermo labioboccale (con speciale riguardo alla resezione sotto-mucosa del setto) : comunicazione fatta al XIV Congresso della Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e Rinologia tenuto in Roma i giorni 26, 27 e 28 Ottobre 1911 / Amedeo Cagnola.

Contributors

Cagnola, Amedeo.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Siena : S. Bernardino, 1912.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/zswzpv65>

Provider

Royal College of Surgeons

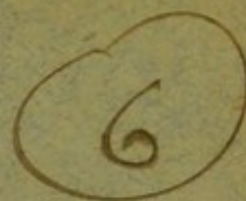
License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



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

Dott. AMEDEO CAGNOLA
DIRETTORE DEL PIO ISTITUTO OTOTERAPICO
(MILANO)



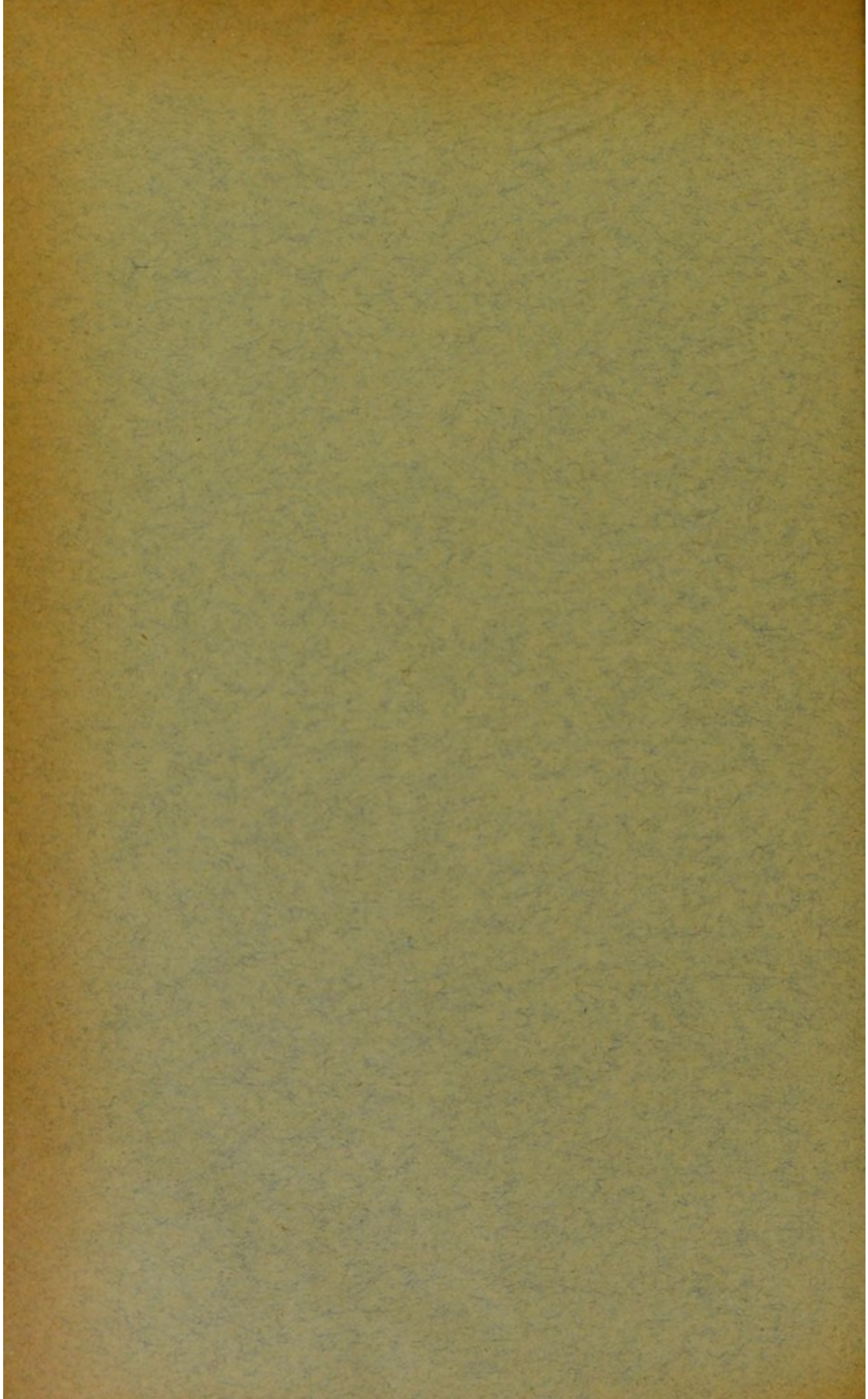
Rinodilatatore fisso, a valve individualizzate e a schermo labioboccale (con speciale riguardo alla resezione sottomucosa del setto).

Comunicazione fatta al XIV Congresso della Società Italiana
di Laringologia, d' Otologia e Rinologia
tenuto in Roma i giorni 26, 27 e 28 Ottobre 1911



SIENA
TIPOGRAFIA EDITRICE S. BERNARDINO

1912



Dott. AMEDEO CAGNOLA
DIRETTORE DEL PIO ISTITUTO OTOTERAPICO
(MILANO)

Rinodilatatore fisso, a valve individualizzate e a schermo labioboccale (con speciale riguardo alla resezione sottomucosa del setto).

Comunicazione fatta al XIV Congresso della Società Italiana
di Laringologia, d' Otologia e Rinologia
tenuto in Roma il giorno 26, 27 e 28 Ottobre 1911



SIENA
TIPOGRAFIA EDITRICE S. BERNARDINO

1912

1870
The following is a list of the names of the persons who were members of the
Board of Directors of the City of New York, from the year 1870 to the year 1871.

1870

1871



Rinodilatatore fisso, a valve individualizzate e a schermo labioboccale (con speciale riguardo alla resezione sottomucosa del setto) — Comunicazione del Dott. **Amedeo Cagnola, Direttore del Pio Istituto ototerapico.**

La resezione sottomucosa del setto viene altrimenti detta per antonomasia operazione di *Killian*, perchè a questo autore spetta il merito di averla disciplinata in modo da renderla praticabile correntemente.

L'idea fondamentale di correggere le deflessioni e gli ispessimenti stenosanti del setto nasale colla demolizione delle parti scheletriche alterate e contemporanea conservazione delle mucose di ricoprimento è però assai anteriore alle proposte di *Killian*.

Fin dal 1847 *Heylen* e *Chassaignac* parlarono di resezione sottomucosa.

Hartmann (1882) e *Petersen* (1883) rivolsero la loro attenzione alle deviazioni profonde. Il processo di questo ultimo autore è una resezione sottopericondrica.

Krieg, per evitare la rigenerazione cartilaginea che potrebbe risultare dall'accollamento dei due strati pericondrici, propose di incidere fino al piano mucoso del lato concavo e asportare colla cartilagine il pericondrio e la mucosa del lato convesso.

Bönninghaus consigliò di resecare, oltre la cartilagine, il vomere nei tratti eventualmente deviati o ispessiti.

Altre modificazioni apportarono in diverso tempo *Nicolai*, *Heymann*, *Roberts*, *Choleva*, *Chatellier*, *Botey* ecc.

Infine *Killian* (1904) diede alla resezione sottomucosa la forma pressochè definitiva che a tutti è nota.

Il merito del Prof. *Killian* va pertanto circoscritto all'aver additato un indirizzo logico e pratico alla esecuzione dell'intervento operativo, sussidiandolo con una tecnica ed una strumentazione, le quali, mentre attestano della sua genialità di operatore, apersero un orizzonte nuovo alla chirurgia del setto. Talchè può

dirsi che la resezione sottomucosa diventò una acquisizione pratica soltanto dopo che si conobbe il procedimento del Prof. *Killian*. Apparvero ben presto i vantaggi del metodo sottomucoso rispetto agli altri interventi nei quali la mucosa viene sacrificata insieme alle parti scheletriche che si vogliono demolire, soprattutto apparve la sua maggiore portata relativamente alla correzione delle gravi e profonde alterazioni del setto.

Quanti ebbero opportunità di applicare il procedimento del Prof. *Killian* sentirono il dovere di rendere, pubblicamente o meno, omaggio al valore pratico de' suoi insegnamenti e della sua disciplina operatoria. Poche voci discordanti si levarono nel coro generale delle approvazioni. Tra queste piacemi rilevare la critica del Prof. *Moure*. Il Prof. *Moure* oppone a quello di *Killian* un suo metodo personale, il quale consiste nell'isolare e conservare una sola pagina mucosa (quella del lato concavo) distruggendo l'altra insieme al tessuto scheletrico deviato o ipertrofico. Egli afferma che con tale atto operativo la cicatrizzazione avviene rapidamente e che i risultati sono superiori a quelli avuti col metodo del professore alemanno, al quale metodo rimprovera di lasciare troppa mucosa mobile nel lume delle fosse nasali, di essere lungo ad applicarsi e di esporre spesso a estesissime perforazioni della mucosa.

Io temo che nel pronunciare questo giudizio al Prof. *Moure* abbia fatto velo la paternità del proprio ritrovato. Altrimenti non sarebbe concepibile come si possano addebitare all'operazione di *Killian* le ampie perforazioni, quando si consideri che essa mira a conservare entrambe le superfici mucose, a differenza di quanto fa *Moure*, che l'una conserva e l'altra distrugge. Per parte mia debbo constatare che in un numero notevole di resezioni sottomucose del setto, ispirate alla tecnica del *Killian*, non ebbi a lamentare un solo esito in perforazione.

Mi permetto di aggiungere che l'opinione del Prof. *Moure*, relativamente alla superiorità del suo metodo, è troppo intrisa di soggettivismo perchè valga la pena di confutarla. D'altronde non mi sembra che si possa logicamente confrontare la rapidità colla quale si ripristina un setto operato alla *Killian*, rispetto alla lenta guarigione che consegue a una estesa soluzione di continuità della mucosa e dal confronto inferire la superiorità di questo secondo trattamento.

Resta il terzo capo d'accusa, cioè la soverchia lunghezza del

processo operativo. Qui la critica ha colpito nel segno. Se non che il giudizio è monco e, a mio modo di vedere, dovrebbe essere completato così: l'operazione di *Killian* pecca di soverchia lentezza perchè alcuni tempi o momenti della sua esecuzione sono circondati da molteplici difficoltà, a superare le quali non sempre bastano gli accorgimenti dell'operatore. Gli è che la tecnica dell'atto operativo, malgrado i perfezionamenti introdotti da autori diversi (*Claouè, Mouret, Toubert, Zarniko, Lombard, Hayek, Menzel, Freer*) attende ancora ulteriori sussidi che ne sveltiscano l'andamento, rendano meglio accessibili all'operatore le parti profonde, lo affranchino dal bisogno di troppi aiuti. Certamente questo cumulo di difficoltà, le quali tuttora sovrastano a talune fasi dell'atto operativo, debbono contribuire a tenergli lontano gli animi di chi le paventa od anche semplicemente le ha in uggia.

Dobbiamo infatti constatare che non pochi rinoiatri nutrono ancora oggidì avversione ad attaccare il setto ovvero limitano l'opera propria ad interventi parziali, affatto inadeguati all'intento che si prefiggono. E sono magari quegli stessi operatori che poi si abbandonano con eccessivo compiacimento e non minore generosità alla chirurgia dei turbinati.

Qui credo opportuno aprire una digressione per dichiarare che gli atti operativi nasali dovrebbero, a mio avviso, essere regolati da un maggiore senso di equità e che a tertio si crede equivalente negli effetti curativi rimuovere un ostacolo risiedente sul setto ovvero asportare in sua vece un turbinato.

Nei casi di deflessione grave del setto, specie se profonda o complicata da osteo-encondrosi della base, si tende dai più a superare l'ostacolo girandolo, vale a dire guadagnando spazio a scapito della parete nasale esterna. In altri termini si obbliga il turbinato sano a fare le spese del setto malato. Ora tale concetto terapeutico mi sembra erroneo, sia perchè ritengo che non si possa e non si debba considerare mai come indifferente l'asportazione di un turbinato sano, sia perchè i risultati curativi, rispetto al concetto di aumentare la capacità respiratoria nasale, corrispondono ben di rado in tali casi alle intenzioni dell'operatore. Quasi sempre il grado di permeabilità risulta insufficiente pure dopo l'atto operativo. Nella maggior parte dei casi poi si stabiliscono delle sinechie fra le parti culminanti della gibbosità del setto e la opposta parete. Questo inconveniente, che annulla gli effetti dell'intervento operativo, è tanto più facile ad avverarsi in quanto la resezione di

un turbinato, attraverso una cavità nasale stenosata dalla presenza di una cresta ossea, di regola espone questa parte a lesioni della sua superficie mucosa. Per tale fatto due superfici eruentate vengono a trovarsi di fronte a brevissima distanza l'una dall'altra, realizzando così le condizioni migliori per la formazione di una sinechia.

Casi di questo genere sono capitati di seconda mano alla mia osservazione e credo che molti colleghi potrebbero suffragare la mia affermazione con esempi personali.

Orbene questi casi non sono giustiziabili se non coll'intervento diretto sull'organo malato, vale a dire sul setto, e fu errore l'aver battuto via diversa.

Facilitare l'operazione di *Killian* vorrà dire adunque contribuire a togliere l'errore terapeutico segnalato e a modificare il perverso andazzo degli eccessivi interventi sui turbinati.

Le prime difficoltà che si incontrano nella resezione sottomucosa del setto riguardano il felice isolamento della porzione centrale scheletrica. Sono particolarmente le inflessioni sinuose e gli osteo-encondromi della base che rendono arduo il compito della separazione degli strati di ricoprimento.

Le difficoltà riprendono quando, compiuto il distacco delle mucose, si deve procedere alla demolizione dello scheletro.

La riuscita completa di questo momento operatorio dipende, si può dire, esclusivamente dalla buona applicazione dell'apparecchio divaricatore, destinato ad aprire il varco al passaggio e al funzionamento degli strumenti necessari alla demolizione nel tempo stesso che protegge le due pagine mucose dagli insulti che detti strumenti potrebbero arrecare.

È questo il punto nel quale culminano gli scogli dell'operazione e nel quale si decide il suo più o meno completo successo.

Gli specoli di *Killian* (e quelli di *Tessier* che ne sono una modificazione) non sempre si presentano all'altezza del bisogno. In alcuni casi, o per l'eccessiva strettezza delle narici, o per la natura della deformità scheletrica, a curve e controcurve, l'introduzione delle valve abbinato dello specolo non è possibile. L'abbinamento delle valve può infatti essere per sé solo un ostacolo talora insormontabile al loro ingaggiamento, poichè questo richiede un parallelismo d'azione che non sempre si può conseguire. Avviene qui quello che accadrebbe se si volesse introdurre un forcipe a branche congiunte.

1870

1870

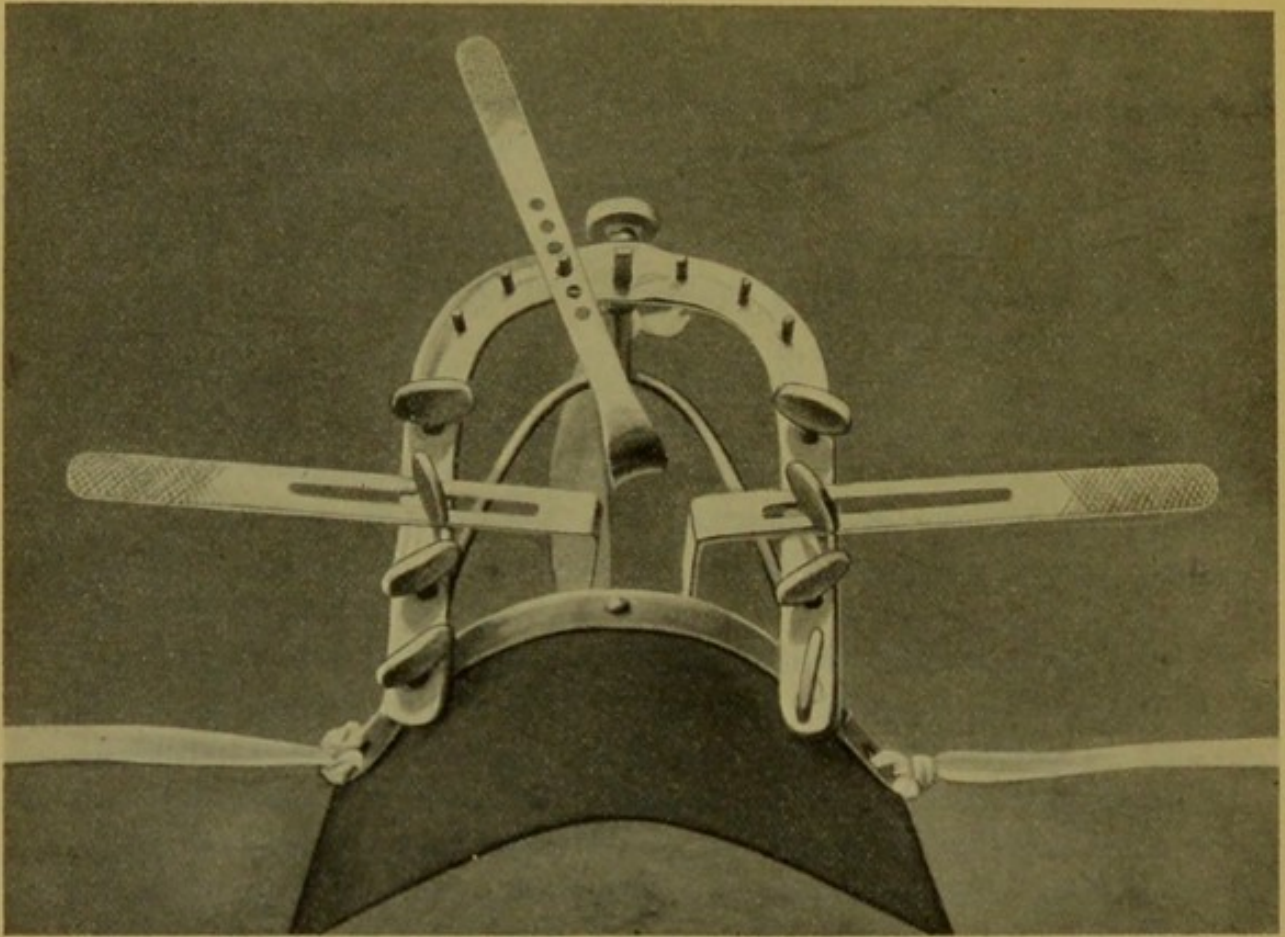


FIG. I.

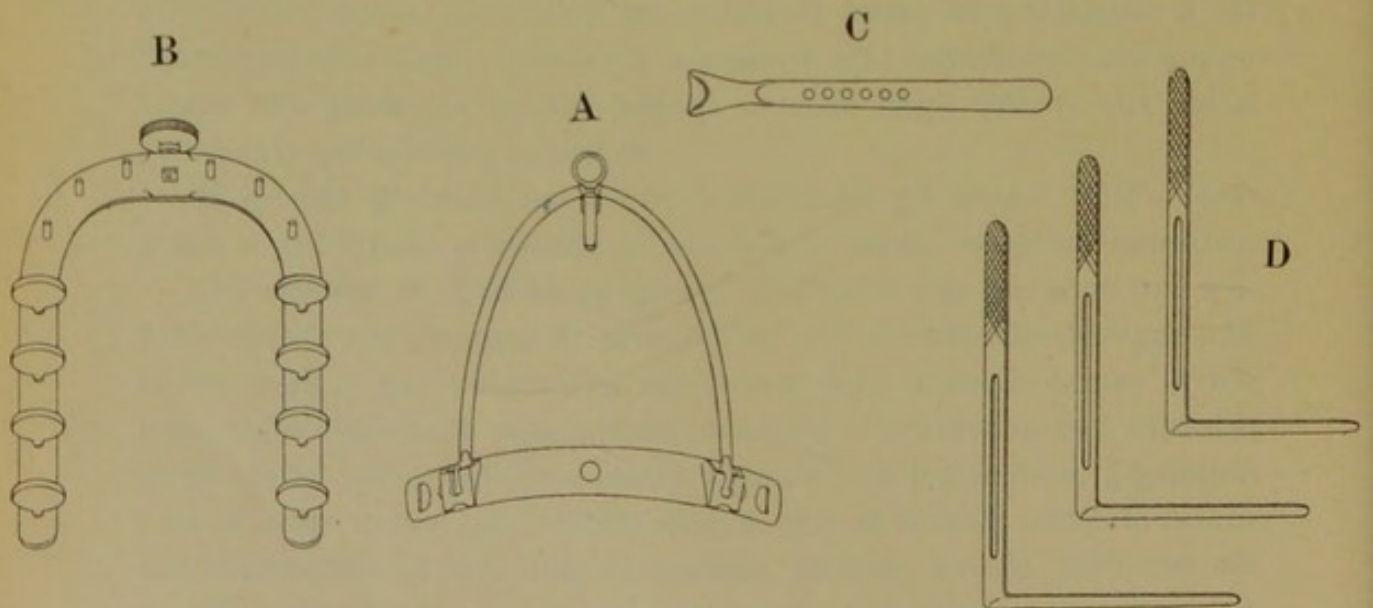


FIG. II.

Ma anche quando lo strumento ha buon giuoco (e sono naturalmente i casi meno difficili) esso richiede pur sempre l'immobilizzazione di una mano dell'operatore ovvero l'ingombro di un'altra mano che lo trattenga in posto.

Gli inconvenienti ora descritti ed altri che per brevità si omettono mi hanno indotto a studiare un mezzo atto a sostituire con vantaggio gli specoli di *Killian*. Come frutto delle mie elaborazioni presento l'apparecchio che riproduco nella qui unita figura (FIG. I).

Esso si compone (FIG. II) di una parte fissa basale (A) a forma grossolanamente triangolare, la quale serve di supporto ad un piano mobile (B), destinato a sua volta a sostenere le valve dilatatrici.

Il lato inferiore del triangolo suddetto è formato da una lastrina adagiatesi sul labbro superiore, del quale asseconda la curva. Gli altri due lati convergono sul dorso nasale. Dai tre angoli di questo triangolo partono tre nastri che ne assicurano l'assoluta fissità annodandosi dietro al capo. Alla lastrina labbiale è attaccato uno schermo, formato da un rettangolo di gomma, scendente dal labbro sulla bocca. Questo semplice dispositivo assomma i seguenti vantaggi: 1°) Contiene i baffi impedendone l'immischiamento col sangue e l'intromissione nel campo operativo. 2°) Racoglie e devia in basso gli sputi proiettati dall'operando, il quale potrà liberamente espellere il sangue colante dalle coane nella gola senza la tema di costellare il volto dell'operatore. 3°). Protegge la bocca del paziente dal deflusso sanguigno che si opera anteriormente attraverso le narici e il labbro superiore.

Il piano portaspatole è formato da una lastrina in forma di *U* rovesciata sorromontante il dorso del naso e inclinabile sull'orizzonte. Lungo le branche parallele dell'*U* sono scaglionate le viti a pressione colle quali si fissano le spatole divaricatrici. Queste sono di varia foggia; a uncino piatto (C) per il sollevamento della pinna nasale, a lettera L (D) per la divaricazione delle mucose scollate del setto. L'asta corta della palettina serve propriamente da spatola, mentre l'asta lunga funziona da manico. Ciascuna spatola agisce per proprio conto. Ove occorra si può quindi introdurre nella stessa cavità nasale più di una spatola. Per la loro piccolezza e per la possibilità di poterle comunque inclinare e dirigere, la loro introduzione non può essere ostacolata da nessun capriccio di curva del divisorio nasale.

L'apparecchio mi ha egregiamente coadiuvato nelle mie ulti-

me operazioni praticate sul setto, contribuendo alla loro semplificazione e al loro pieno successo.

Le sue prerogative si possono riassumere nelle seguenti proposizioni :

1º) Elimina il bisogno di assistenza, col vantaggio che il contorno del campo operativo resta sgombro dall'impaccio delle mani chiamate a tenere in posto lo specolo divaricatore e il sollevatore delle narici.

2º) Il dispositivo ad arco dell'apparecchio porta-dilatatori (concentricamente al campo operativo) e la sua mobilità rispetto al piano orizzontale permettono di comunque fissare le spatole divaricatrici, le quali, per la loro piccolezza e per la individualità della loro applicazione si possono sempre introdurre e spostare a norma dei mutevoli bisogni che si appalesano nelle proteiformi alterazioni di struttura del setto e nelle varie fasi dell'atto operativo

3º) L'operatore ha libere entrambe le mani per l'uso degli strumenti necessari alla esecuzione dell'atto operativo. Vantaggio essenziale, in quanto (prescindendo dal bisogno di divaricare le membrane mucose scollate) alcuni momenti dell'operazione richiedono per sè soli l'impiego di ambo le mani. Tali sono per es. il riscontro digitale nella narice opposta mentre l'operatore fende la cartilagine quadrilatera; la rimozione di talune sporgenze ossee della base del setto, mediante lo scalpello e il maglio.

4º) Protegge nel modo suddescritto operando ed operatore dal sangue e dagli escreti.

5º) Facilita ed accelera il compimento dell'operazione, favorendone il successo.

6º) È ben tollerato, fisso, adattabile a tutti i volti e a tutte le conformazioni nasali.