

Nuovo metodo di rinoplastica (a capitombolo) / Torquato Sironi.

Contributors

Sironi, Torquato.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Milano : Stab. Tip. Ditta F. Fossati, 1906.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/dc577fa7>

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>

(13.)

Nuovo metodo
di rinoplastica
(a capitombolo)

Dott. TORQUATO SIRONI

f. f. di Chirurgo Primario all'Osped. Maggiore di Milano

Direttore dell'Istituto Medico Chirurgico di P. Romana

PUBBLICAZIONI DELL'AUTORE

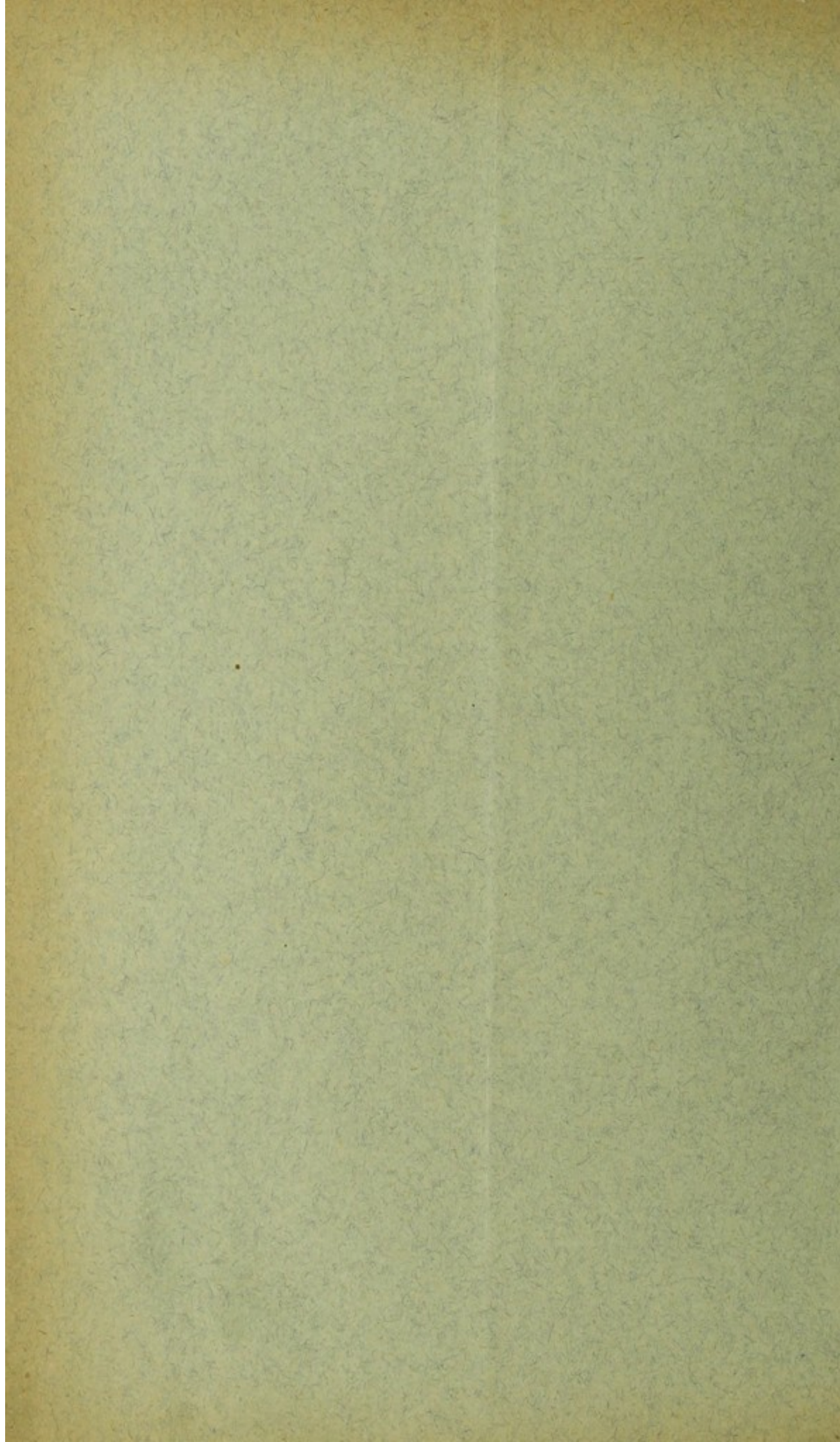
- Sulle fratture del collo femorale — Tesi di laurea.*
- Estirpazione di due grossi tumori al collo.*
- Un caso di spina bifida.*
- Resezione intestinale per ernia crurale gangrenata.*
- Un secondo caso di resezione intestinale.*
- Esito di resezione del cubito.*
- Un caso di rottura e un caso di stiramento del legamento rotulo tibiale destro.*
- Il raddrizzamento forzato per la cura del ginocchio valgo.*
- Note chirurgiche.*
- L'enterotomia per la cura delle occlusioni intestinali.*
- L'iperemia venosa.*
- A proposito d'una perizia.*
- Un caso di gastrectomia totale.*



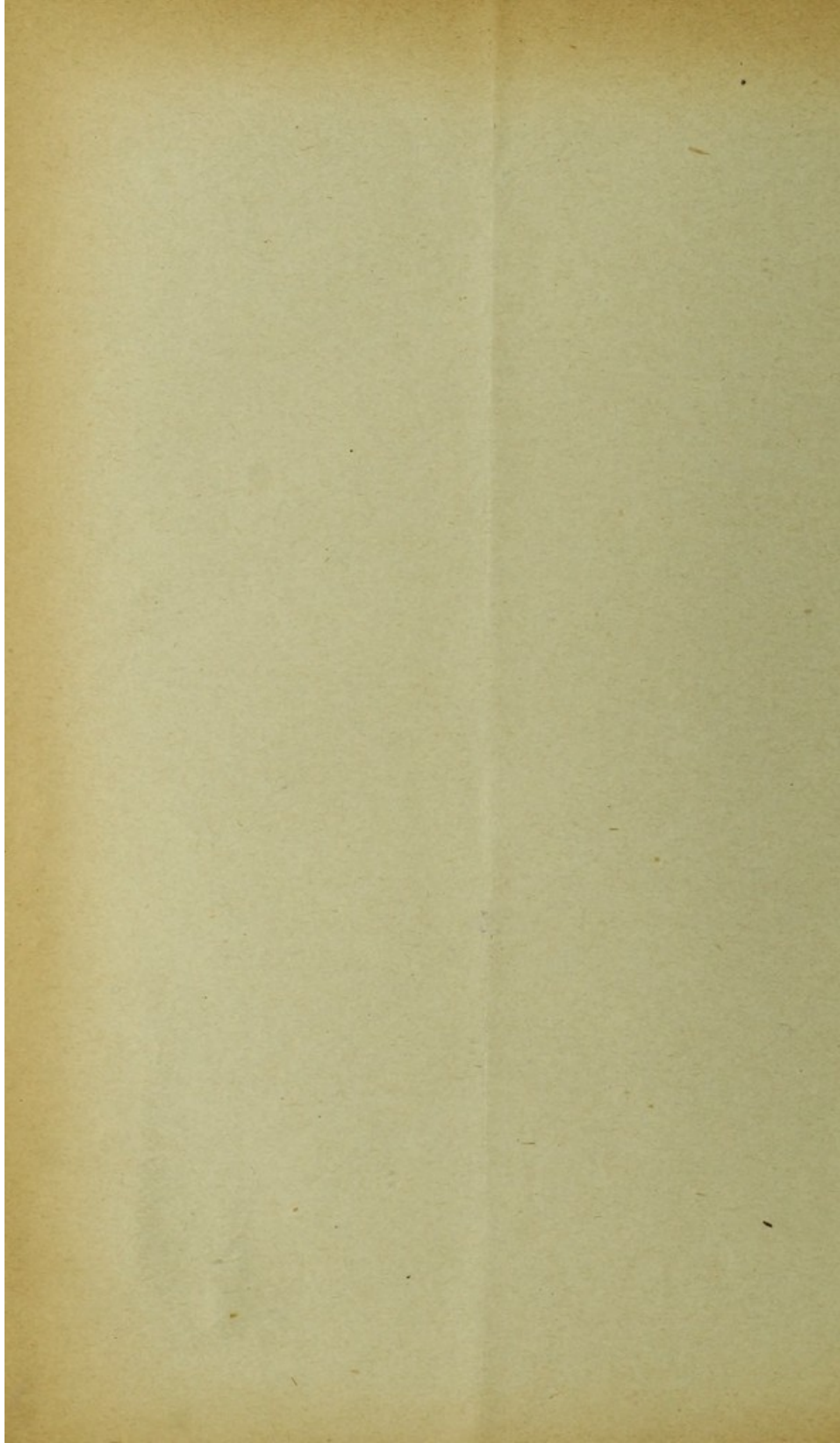
MILANO

STAB. TIP. DITTA F. FOSSATI

1906.







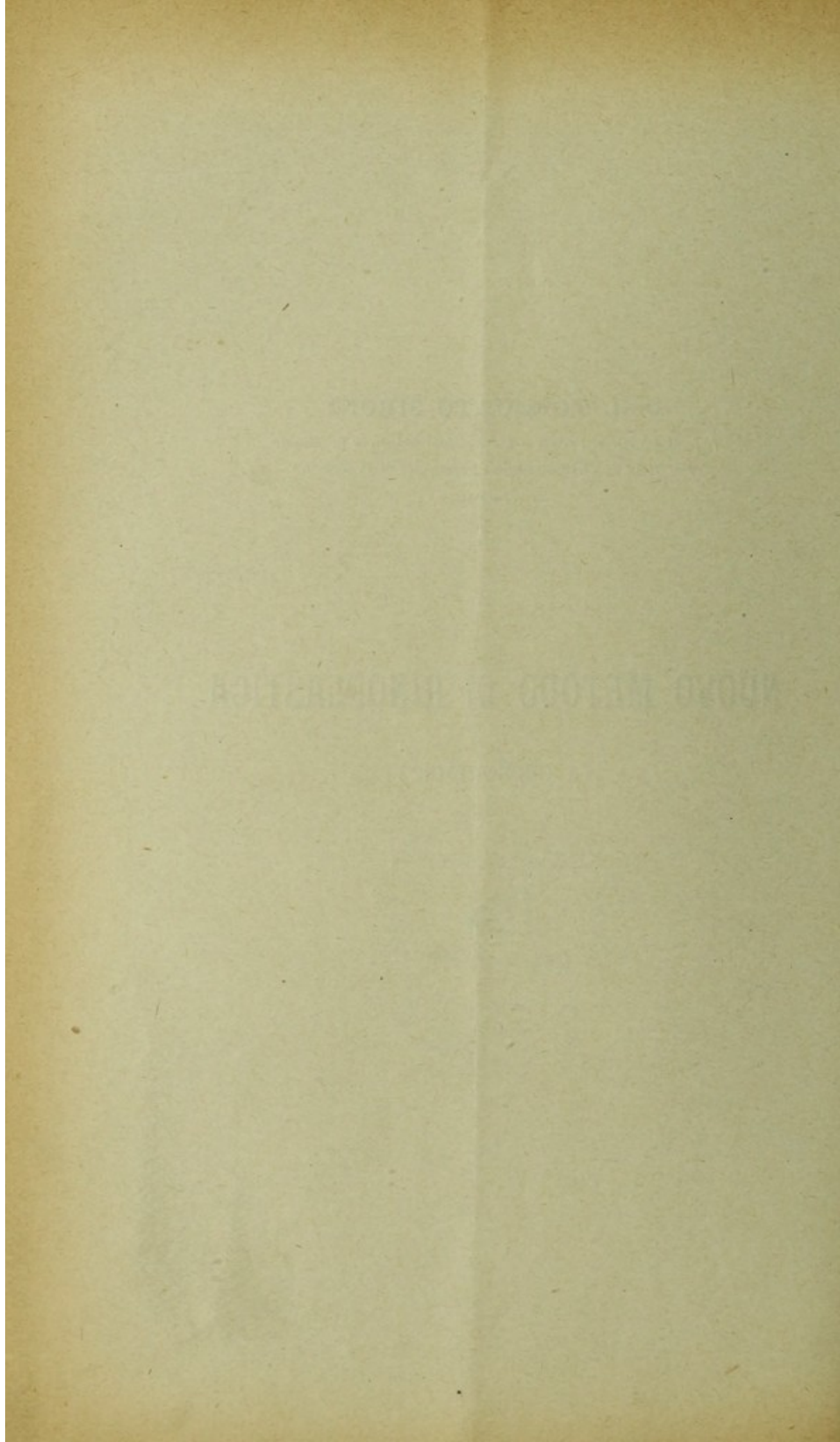
Dott. TORQUATO SIRONI

*f. f. di Chirurgo Primario all'Ospedale Maggiore di Milano
Direttore dell'Istituto Medico Chirurgico di P. Romana*

NUOVO METODO DI RINOPLASTICA

(a capitombolo)







Nuovo metodo di rinoplastica

(A CAPITOMBOLO)

La rinoplastica è operazione antichissima e già 1000 a. C., secondo le indicazioni di Susruta, si sono formati dei nasi nelle Indie. Solo nel 15.^o secolo appare in Italia per opera di Antonio Branca l'operazione di plastica nasale che andò poi sotto il nome del Tagliacozzi.

I metodi di plastica nasale sono numerosissimi, ma si possono riunire in tre gruppi principali: metodi che prendono il materiale di plastica dalle guancie, quelli che lo prendono dal fronte, e quelli che lo prendono dalle braccia.

Metodo di Celso. — I lembi si prendono dalle guancie ove la pelle è molto facilmente distensibile.

Si cruenta la parte ove risiede la malattia, poi si tirano due incisioni nei due angoli della lesione, orizzontali sulle guancie, limitanti due lembi quadrilateri aventi la base esternamente. Si sollevano questi lembi comprendendovi anche il cellulare sottocutaneo e si suturano sulla linea mediana.

Modificazione di Nelaton. — È, come quello di Celso, un metodo a scorrimento, subendo però, i due lembi che formeranno il naso, una leggera torsione.

Cruenta il campo ammalato a triangolo isoscele avente il vertice in alto, poi incide sulle guancie appena all'esterno del triangolo già segnato, due altri triangoli un po' più piccoli aventi un lato comune col primo. Lascia integra per un breve tratto la pelle in alto e, sollevati questi due triangoli, li porta, tenendoli sempre fissati dal piccolo lembetto superiore sulla parte mediana, suturando fra loro i due lati che avevano comuni col triangolo primo segnato. All'esterno di questo naso nuovamente formato restano due soluzioni di continuo che si chiudono poi per seconda. In basso le aperture nasali si mantengono pervie sino a cicatrizzazione, con due tubi di drenaggio.

Modificazione del Malgaigne. — È un metodo non destinato a ricostruire un naso mancante, ma un naso infossato per mancanza del setto. Egli immobilizza i due terzi del naso nella sua parte inferiore poi, per mezzo di due piccole assicelle di sughero tenute fisse l'una contro l'altra da spilli attraversanti in pieno i tessuti, lascia che il naso si immobilizzi e cicatrizzi in una posizione migliore,

Modificazione del Burow. — È un metodo che forma il lembo con una plastica speciale e complicata delle guancie avente lo scopo di allonta-

nare, quanto sia possibile dal naso che si deve riparare il punto di presa del materiale riparatore.

Metodo indiano. — Con questo metodo il lembo è tolto dalla fronte. Viene disegnato una figura avvicinantesi a quella d'un triangolo la quale invece d'avere un vertice in basso verso la radice del naso è legata a questo punto da una lingua di pelle. Si solleva in questo lembo la pelle e il tessuto sottocutaneo lasciando il periostio. Ollier però consiglia di trasportare nel lembo anche il periostio sperando di evitare nel naso neoformato gli afflosciamenti facilissimi.

Bardeleben, Dieffenbach, Langenbeck adottarono il metodo indiano; suggerirono tuttavia modificazioni sul modo speciale di condurre la linea di incisione sulla fronte, sul modo più utile di formare il peduncolo perchè questo avesse a subire meno torsione, sulla opportunità di conservare o no il periostio nel lembo.

Verneuil dapprima, come Ollier, arrovesciò un lembo e su quello, con superfice cruenta all'avanti, portò due lembi alla Celso.

Thiersch adottò il metodo indiano di torsione d'un lembo frontale sopra due lembi guanciali, arrovesciati all'interno, nell'intento d'avere un sostegno nel nuovo naso.

Keegan negli individui con perdita soltanto della parte inferiore del naso portò un lembo frontale all'indiana, su due lembi arrovesciati tolti dalla parte superiore del naso.

Il metodo indiano ha l'inconveniente capitale della facile mortificazione per l'ampia rotazione del peduncolo: deforma grandemente, per l'accartocciarsi del peduncolo, la glabella frontale e porta facilmente dei bulbi piliferi alla parte inferiore del naso, inconveniente assai noioso.

Metodo italiano detto del Tagliacozzi. — Prende il lembo alla parte antero interna del braccio. Non è piccolo inconveniente la posizione alla quale si devono tenere obbligati gli operati — di più la pelle di questa regione è assai fine e floscia ed è facile l'afflosciamento del naso neoformato.

Modificazione Graefe. — È il metodo italiano solo che questo operatore non aspetta, come nel metodo italiano, che il lembo prima d'essere suturato abbia delle granulazioni: egli sutura immediatamente.

Modificazione di Ollier. — Per rendere sostenuto il naso egli limita sul fronte un ponte che arrovescia in basso colla superficie cruentata in avanti e su questo lembo porta due altri lembi alla maniera di Celso. Per rinforzare maggiormente il nuovo organo comprende nel lembo il periostio. *Israel* in un suo operato presentato il 12 giugno 1893 all'adunanza dei Chirurghi di Berlino avrebbe ottenuto un ottimo risultato con un lembo osteoplastico frontale (*Deutsche med. Woch* 23 novembre 1893, pag. 1230). *Israel* sdoppiò l'osso alla maniera di Koenig, poi rovescia in basso di-

rettamente il lembo e lo ricopre con due lembi guanciali.

Nella costruzione del naso si usarono degli scheletri di oro, di ambra (Leisrink), ma non saprei citare qualche caso di tolleranza. Un solo caso, quello di Gluck, venne presentato alla Società di Berlino il 8 giugno 1893 con un sostegno di platino ed avorio applicato in posto nove mesi prima.

Metodo eteroplastico. — Così venne chiamato dal Bell: « argomento molto curioso, specialmente quando il nuovo naso fu preso ad imprestito da amici generosi, o da servi ».

Pure curioso è il metodo di *Sabine* consistente nello spaccare nella faccia volare le due ultime falangi dell'indice, privato della matrice ungueale.

*
* *

I varii metodi di plastica offrono certamente molti inconvenienti ai quali accennerò in breve.

Quelli che scolpiscono i lembi nelle guancie quando pure si tenga presente la mobilità grande della pelle delle guancie, la sua spostabilità, non può a meno di modificare alquanto le linee del viso e deturparlo grandemente.

I metodi di plastica alla Tagliacozzi che permettono di disporre d'una quantità di pelle ab-

bondante, hanno il gravissimo inconveniente di portare nella ferita, per la parte che si può usare (parte interna del braccio) una qualità di pelle assai fine che facilmente va in preda ad una degenerazione, ad uno affloscimento, uno dei maggiori inconvenienti delle plastiche nasali. Di più la posizione che occorre far tenere al paziente nel bendaggio è così ingrata, così difficile a mantenere che spesso si deve rinunciare al buon esito dell'atto operativo per intollerabilità dell'operato.

Nella rinoplastica per mezzo del lembo frontale, senza dubbio la più usata, ed anche modificata in molti modi con sovrapposizione di lembi, con lembi osteoplastici, v'è un inconveniente capitale che è quello della pericolosa torzione del peduncolo.

La torzione del peduncolo, quantunque resa meno difficile da parecchie e varie incisioni, mette in grave pericolo la vitalità del lembo e deturpa sempre grandemente la radice del naso: poi la necessità di portarsi molto in alto nell'incisione del lembo sino al principio del cuoio capelluto fa sì che spesso molti bulbi piliferi sono portati in basso all'apertura nasale e costituiscono un noiosissimo inconveniente dell'atto operativo.

Per ovviare a tutti questi inconvenienti mi parve d'aver escogitato un **metodo** di plastica ch'io chiamerò a **capitombolo** nel quale pure usando dei tegumenti frontali tolsi di mezzo la torzione del peduncolo, lo spostamento dei bulbi

piliferi e stabili la possibilità d'avere una plastica molto più perfetta.

*
* *

Ecco la descrizione del mio metodo :

Incido nella fronte un triangolo isoscele avente il suo apice smusso per una linea di circa tre centimetri in alto appena sotto il principio dei bulbi piliferi.

I due lati del triangolo eguali scendono dalle due estremità di questa piccola linea verso il basso e verso l'esterno sino a raggiungere quasi la metà del sopraciglio. Le due incisioni non devono entrare fra i peli del sopraciglio stesso. La base del triangolo non viene nel primo tempo disegnata. Tutto il lembo è staccato dal cranio comprendendo tutte le parti molli della regione il periostio viene lasciato in posto.

Incido poi alla radice del naso un lembetto quadrangolare avente la base in alto verso la radice e la parte libera in basso. Questo lembo, posto a cavallo della radice del naso, deve avere il suo bordo libero d'una misura uguale a quella della parte superiore del lembo già limitato sulla fronte.

Incisi così questi due lembi arrovescio in basso il lembo superiore ed affronto con una sutura di finissima seta, la parte superiore del lembo superiore colla parte inferiore del lembo inferiore.

Questa sutura riesce assai difficilmente ed è perciò che mentre era nel mio concetto di fare soltanto una incisione posta a cavallo della radice del naso dovetti poi persuadermi della necessità di scolpire un lembetto, il quale permette, arrovesciato in alto per incontrare quello che è portato in basso, l'applicazione della sutura.

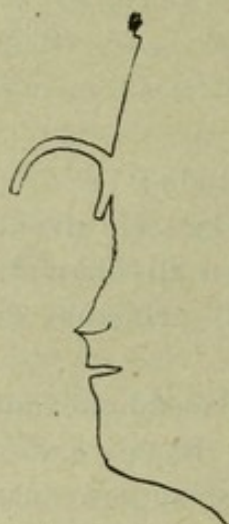


Fig. I

Applicata questa sutura si fa scorrere un po' in basso il lembo superiore e allora quello infe-

riore torna a riprendere la sua posizione normale.

Eseguita la prima parte dell'atto operativo, medico accuratamente l'ammalato introducendo anche nel canale formato dal lembo arrovesciato, un rotoletto di garza iodoformica allo scopo principale di non lasciare che il lembo si pieghi in alto o in basso bruscamente così da evitare, pel suo inginocchiamento, da una parte o dall'altra la circolazione del sangue.

Le medicazioni si ripetono ogni giorno e, appena cessato il gemizio sanguigno, si praticano degli innesti al fronte. Dopo quattro giorni dal primo atto operativo incomincio ad incidere la

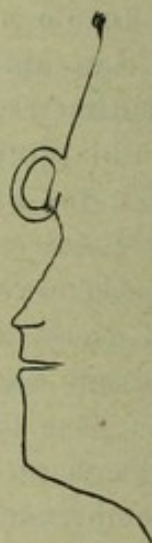


Fig. II

base del triangolo frontale procedendo di qualche mezzo centimetro ogni volta ed a intervalli di due o tre giorni.

Questa incisione fatta a varie riprese permette di sorvegliare bene la nutrizione del lembo e di assicurarmi ch'esso incomincia ad avere sangue dalla parte inferiore.

Per l'incisione di tutta la base occorrono almeno una ventina di giornate. Durante questo periodo le granulazioni si sono fatte abbondanti nel lembo arrovesciato all'infuori e medicato accuratamente. Sulla superficie di questo lembo è consigliabile anche di mettere qualche innesto.

Arrivati al distacco totale della base del lembo frontale, si cruentava ampiamente tutti i bordi dell'orifizio nasale,

oppure si esporta come nel mio caso l'epitelioma che ha distrutto l'organo e si arrovescia una seconda volta sull'ampia ferita cruentata il lembo frontale il quale trovasi ad avere in questo suo capitombolo la superficie posteriore situata posteriormente e l'anteriore situata anteriormente.

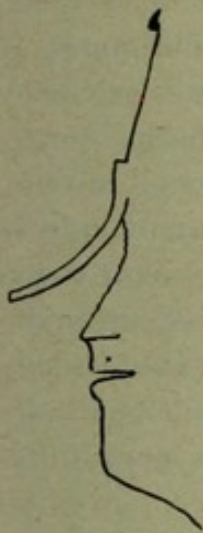


Fig. III

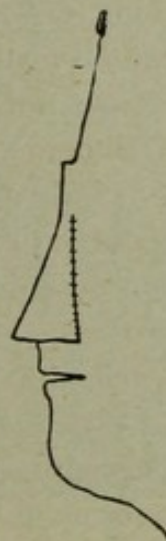


Fig. IV

Il triangolo isoscele scolpito nel fronte avrà il suo apice in alto suturato col lembetto nasale e intimamente adeso alla parte e la sua base in basso a formare la parte ampia del naso.

Suturo con sutura nodosa in seta tutto il lembo che deve naturalmente essere leggermente cruentato, alla ferita nasale e tampono la cavità nasale.

Il risultato di questo metodo di plastica a capitombolo è davvero incoraggiante e soddisfa molto meglio che gli altri metodi all'estetica che si cerca.

Il lembo nel fronte può essere disegnato e scolpito perfettamente colla forma che si richiede a rimediare l'ampia breccia; la sua forma non è modificata in alcun modo dalla torzione. La nutrizione del lembo è sorvegliata giornalmente e quando il lembo verrà staccato completamente dalla sua base noi saremo certi d'avere assicurata la nutrizione. Nè va dimenticata la maggiore consistenza di questo lembo per le granulazioni abbondanti che vi si formano sopra e la possibilità di mettere degli innesti.

*
* *

La mia operata, che fu inviata in Sala Carcano dall'egregio signor Primario Bertarelli, presenta una forma di epitelioma del naso.

Il naso è in parte distrutto, in parte deformato per vasta perdita di sostanza. La distruzione interessa soprattutto la metà inferiore del dorso e delle ali specie a sinistra. Il fondo della ferita è in parte cicatriziale di aspetto grigiastro: qualche

crosta, qualche punto di succolenza, margini sollevati, duri, spazio di pus biancastro. V'è eritema circostante, diffuso, lucente, retrazione, sollevamento delle narici e del lobulo nasale; dolori vivi locali, pulsanti spontanei: dolente la pressione.

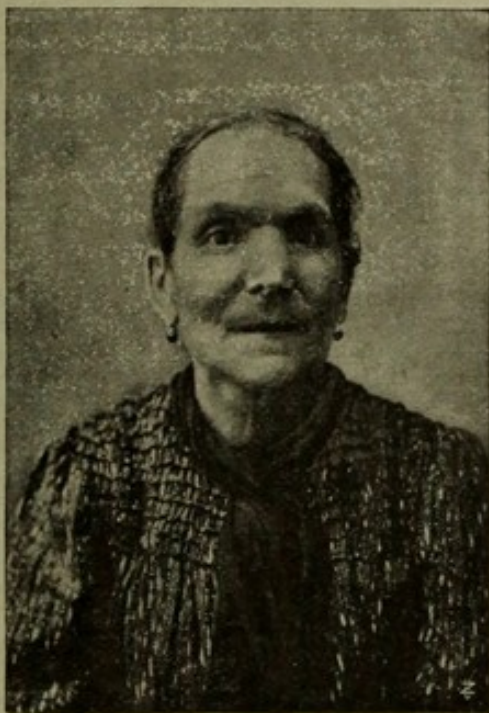
Nulla nello stato generale.

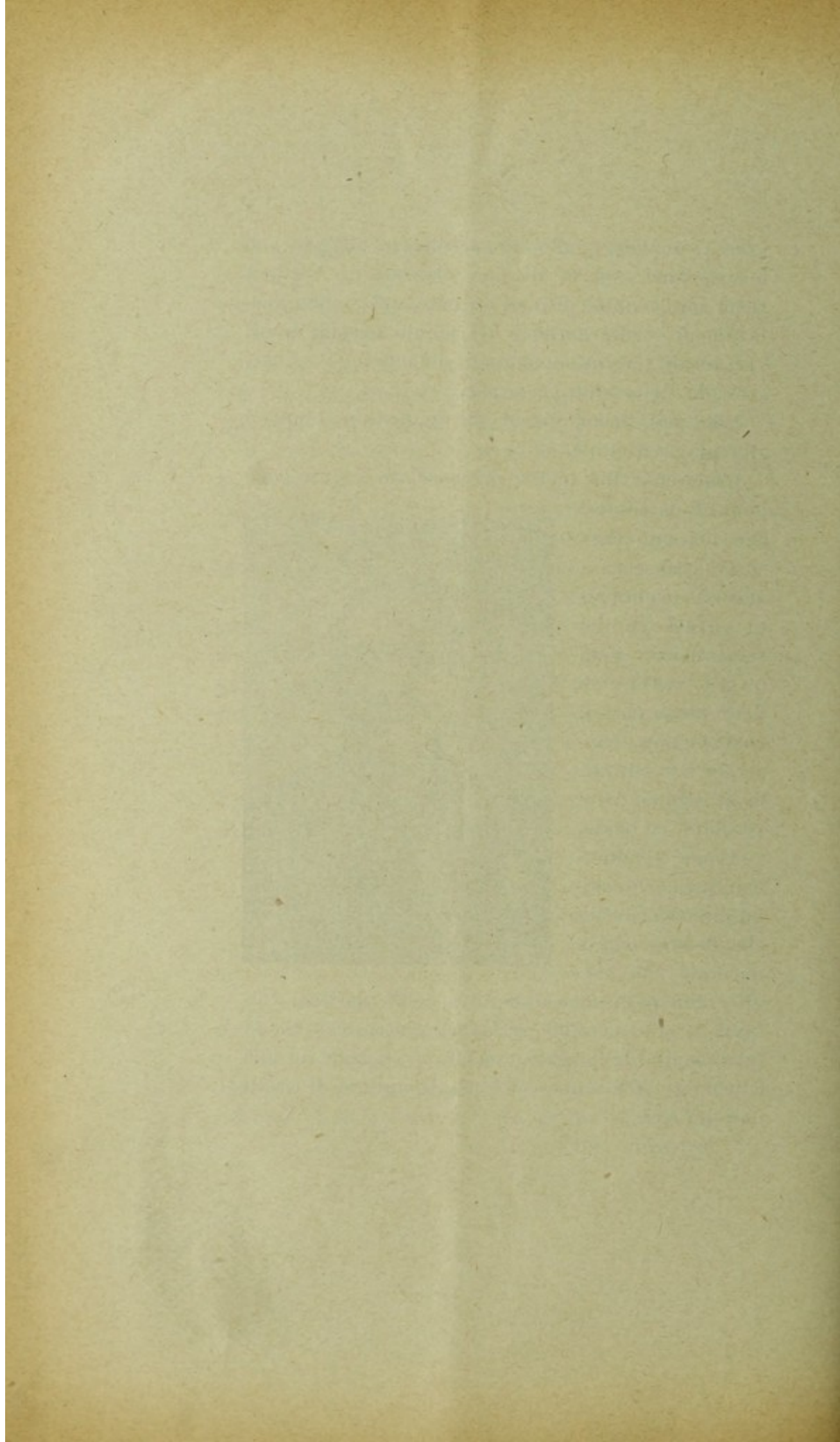
Fino dai primi giorni si applicarono innesti alla piaga frontale.

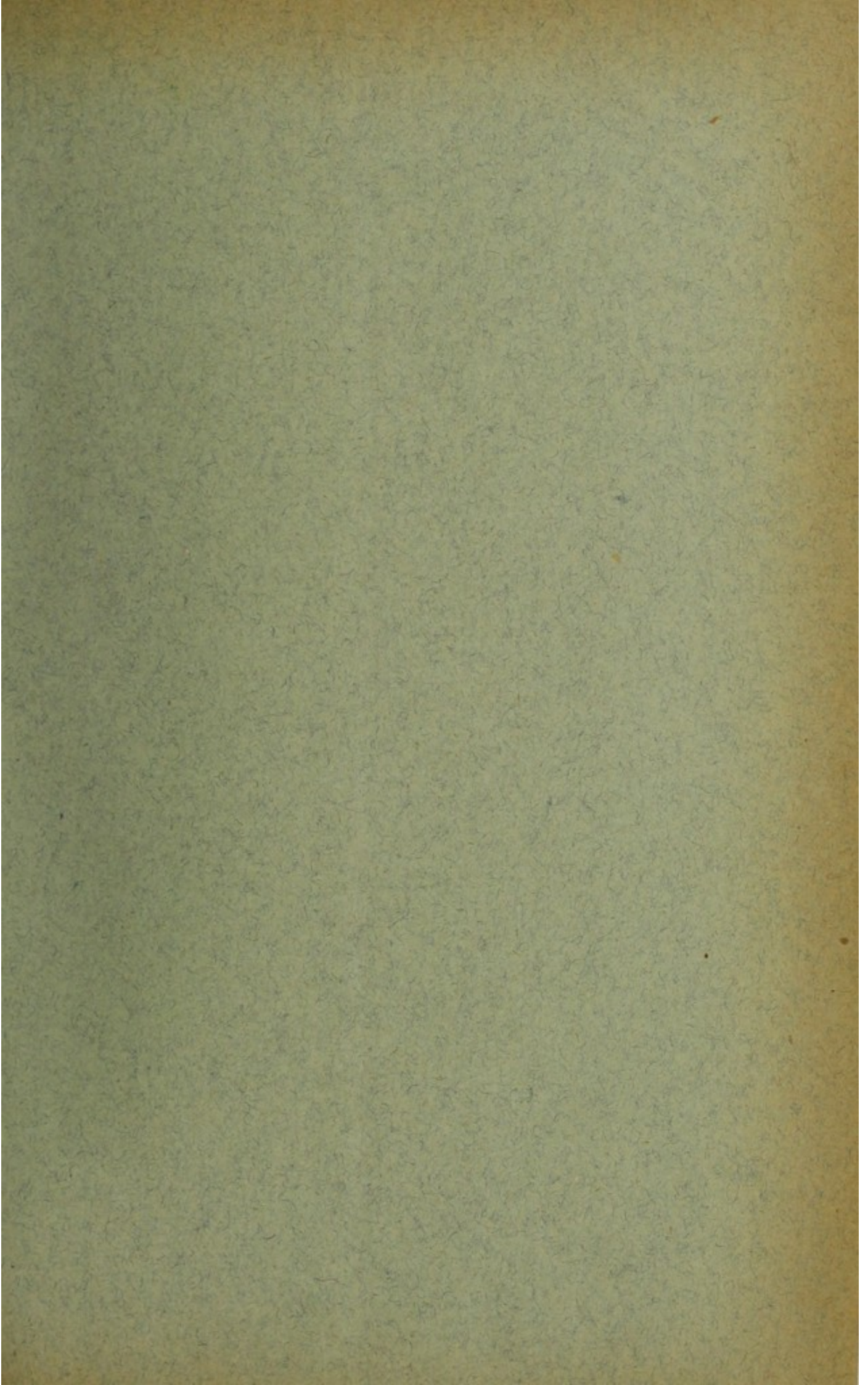
L'aderenza del lembo arrovesciato è stato completa. È da notarsi che nel mio caso si era conservata ancora sana la parte inferiore del setto nasale e la parte inferiore delle pinne nasali, così che potei conservarle e suturarle al lembo arrovesciato in basso.

Come risultato estetico certo debbo dire con Koenig che un brutto naso naturale vale meglio d'un bellissimo naso fatto colla plastica, tuttavia il mio metodo corrisponde interamente alla funzionalità della parte, rimedia assai bene ad una ributtante deformità, ed è assai migliore di quelli noti fin qui.

Settembre 1905.







ISTITUTO MEDICO CHIRURGICO

Corso Porta Romana, 131-133

(ANGOLO BASTIONI)

Guardia medica chirurgica permanente

Ambulanze delle specialità

Casa di salute per ammalati
di forme chirurgiche e mediche

