

Man B72/ 17

Prof. G. PICARDI - Prof. F. SCAGLIONE

Controindicazioni delle suture metalliche per la contenzione dei capi di frattura del mascellare inferiore

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA",





CONTROINDICAZIONI DELLE SUTURE METALLICHE PER LA CONTENZIONE DEI CAPI DI FRATTURA DEL MASCELLARE INFERIORE

PROF. G. PICARDI
Primario

PROF. F. SCAGLIONE
Aiuto

Il trattamento delle fratture da arma da fuoco dei mascellari è un argomento di attualità e da moltissimi e valenti studiosi già descritto.

Dove è possibile e quando i fenomeni locali lo permettono, mezzi efficaci di contenzione possono essere quelli di HAMMOND, GAUER, SCHROEDER, HAUPTMAJER, ARLOTTA, DUCHANGE, che danno ottimi risultati senza ricorrere alle suture metalliche o alle legature, che quasi mai rispondono allo scopo e danno spesso gli inconvenienti che descriveremo.

Nel nostro Istituto sono stati ricoverati fino ad oggi 135 stomatolosi e fra questi circa 50 ci sono pervenuti direttamente dal Fronte Greco-Albanese entro i primi quindici giorni per via aerea fino a Bari e da quel centro a Roma per mezzo dei treni ospedali. Data la rapidità dei mezzi e il sollecito e buon trattamento chirurgico non si è verificato nessun decesso.

In questa nota riferiamo su alcuni di questi casi in cui erano state praticate delle suture metalliche e delle legature interdentali.

Alle storie cliniche faremo seguire un breve commento.

Caso 1° - P. Paolo di anni 37, appuntato dei CC. RR., letto 108 (fig. 1). Il 13 gennaio 1942 nella zona Sirtica in Africa Settentrionale in un incidente motociclistico riportava la frattura del mascellare inferiore tra il primo e il secondo premolare di destra.

Il giorno 22 gennaio 1942 all'Ospedale Militare di Tripoli venne fatta una legatura con filo metallico dall'incisivo laterale al primo molare inferiore di destra.

Nel nostro Istituto perviene il 6 marzo 1942, presentando fistola sottomascellare secernente. L'esame radiologico dimostra frattura a tutto spessore del corpo della mandibola a livello del quarto e terzo dente inferiore di destra con perdita di sostanza ossea per

un'ampiezza di circa due centimetri. I grandi monconi risultano in buona posizione (fig. 2); le radici del 3°, 4° e 5° dente inferiore di destra pescano nel focolaio di frattura sede di processo osteitico.

Si asporta il filo metallico e si nota che i predetti tre denti oscillano notevolmente.

Operazione 10 marzo 1942 (prof. Picardi). Anestesia locale novocainica. Asportazione del 3°, 4° e 5° dente inferiori di destra le cui radici pescano nel focolaio di frattura sede di processo osteomielitico. Sbrigliamento della fistola sottomandibolare e asportazione di due sequestri ossei. Drenaggio con garza iodoformica (fig. 3).

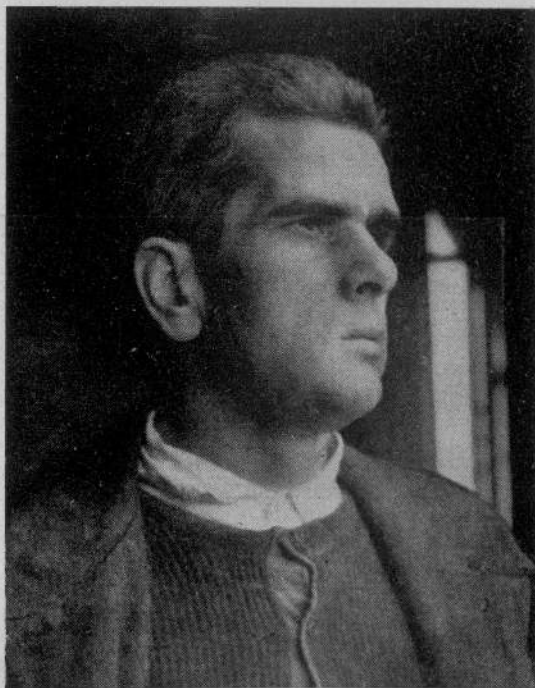


FIG. 1.



FIG. 2.



FIG. 3.



FIG. 4.

Decorso post-operatorio: il paziente guarisce rapidamente e la fistola si chiude.

Il 13 aprile 1942 vengono rilevate due impronte una per l'arcata superiore e una per l'arcata inferiore, con anelli già precedentemente costruiti, in sito.

Il 26 aprile 1942 vengono applicate due docce e il 29 dello stesso mese, messe in articolazione le arcate, si bloccano (fig. 4).

CASO 2° - L. Raimondo di anni 21, soldato del 130° fanteria, letto 110 (fig. 5). Il 15 marzo 1942 in Croazia riportò frattura della mandibola per pallottola di fucile. All'ospedale di Spalato ricevette le prime cure, proseguite poi all'ospedale militare del Celio dove gli venne praticato cerchiaggio della mandibola con filo d'argento.

Entra nel nostro Istituto il giorno 4 aprile 1942 presentando i segni di frattura doppia della mandibola, mediana e paramediana sinistra. Il tratto osseo fra le due fratture è in necrosi, tenuto in parte da cerchiaggio con filo d'argento che decorre dalla faccia distale del canino di destra alla faccia distale del 1° bicuspidato inferiore di sinistra. Secrezione abbondante di saliva e pus. Fistola sottomascellare sinistra.

5 aprile 1942: si rimuove il cerchiaggio degli incisivi inferiori e si asportano in blocco con tutto il segmento inferiore osseo necrosato.

Esame radiografico in data 9 aprile 1942: frattura comminuta della branca orizzontale di sinistra. Grosso sequestro distale fra il 2° multicuspidato e il dente della saggezza: mutilazione del corpo della mandibola. Cerchiaggio in corrispondenza del 1° e del 2° multicuspidato (fig. 6).

8 aprile 1942: si asporta l'altro filo metallico posto in corrispondenza del 1° e 2° multicuspidato inferiori di sinistra. Dopo l'asportazione del tratto necrotico i due monconi appaiono: il destro endotraslocato, il sinistro pure endotraslocato e rotato verso l'esterno. L'apertura della bocca è limitata (fig. 7).

17 aprile 1942: impronta con anelli in sito.

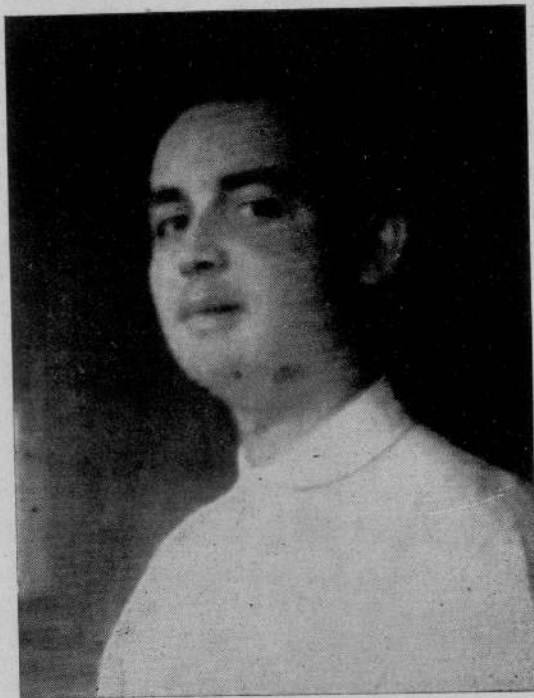


FIG. 5.

8 maggio 1942: vengono applicate due docce una superiore l'altra inferiore con alette di MARTIN.

30 maggio 1942: operazione (prof. Picardi). Anestesia locale novocainica. Si asporta per via orale frammento intermedio mobile dell'emimandibola sinistra asportando i denti 4°, 5° e 6°. Detersione della fistola sottomascellare sinistra e drenaggio trasfesso.

6 giugno 1942: si rimuove il drenaggio.

25 giugno 1942: la ferita nella regione sottomascellare è chiusa.



FIG. 6.



FIG. 7.

Caso 3° - C. N. V. Severino, 13^a Legione, letto 105 (fig. 8). Il giorno 1° febbraio 1942 in seguito ad incidente automobilistico riportò la frattura della branca orizzontale s. della mandibola, largamente esposta attraverso vaste ferite del mento e della bocca, con forte dislocamento dei frammenti, infrazione del mascellare superiore s., contusioni multiple agli arti. Ricevette le prime cure all'Ospedale di Orbetello dove gli fu applicato attraverso le ferite un punto metallico.



FIG. 8.

Giunge nel nostro reparto il 22 febbraio 1942.

Es. Rad. (fig. 9) 23 febbraio 1942: frattura della mandibola lato s. con frammenti legati da laccio metallico.

Operazione 28 febbraio 1942 (prof. Picardi). Anestesia locale novocainica. Per via endorale si estraggono con leva tre radici in corrispondenza del focolo di frattura. Si rimuove il filo metallico (tentativo di sutura fatto altrove). Medicazione con garza iodoformica.

12 aprile 1942: impronta con anelli in sito.

26 aprile 1942: si applicano le docce. Si portano le arcate in articolazione e si blocca.

1° giugno 1942: le docce applicate sono bene in posto ed esplicano bene la loro funzione.

27 luglio 1942: all'esame radiografico si nota la formazione del callo osseo (fig. 10).

Si sbloccano le arcate e non si notano movimenti preternaturali della mandibola.



FIG. 9.



FIG. 10.

CASO 4° - Av. F. Ernesto, letto 98 (fig. 11). Il giorno 7 novembre 1941 in Egeo riportò f. a. f. della regione sottomascellare s. con frattura della mandibola.

Ricoverato nell'Ospedale Militare di Bari fu operato di sutura con filo metallico in corrispondenza della frattura fra il moncuspidato e il primo bicuspidato dell'emimandibola d.

Giunge nel nostro Istituto il 15 gennaio 1942 presentando fistola nella regione sottomascellare s., secernente pus.

Es. Rad.: Emimandibola d.: frattura verticale del corpo della mandibola distalmente all'ultimo molare con lievissima sovrapposizione dei frammenti (in proiezione). Linea di frattura verticale a tutto spessore della regione incisiva. Osteosintesi (fig. 12).

Operazione 24 gennaio 1942 (prof. Picardi). Anestesia locale novocainica.

Incisione sottomandibolare s. in corrispondenza della vecchia cicatrice interessante il tramite fistoloso. Si scopre il focolaio di frattura, sede di osteosintesi metallica e conseguente focolaio osteitico. Asportazione filo metallico. Apertura mediante sgorbia del focolaio osteitico e raschiamento. Sutura parziale.

Il 15 febbraio 1942, la ferita è completamente chiusa (fig. 13).

Il 23 febbraio 1942 impronta delle arcate dentarie.

Il 5 marzo 1942 si applica apparecchio cranio-mandibolare e il 16 maggio 1942 si toglie il suddetto apparecchio.

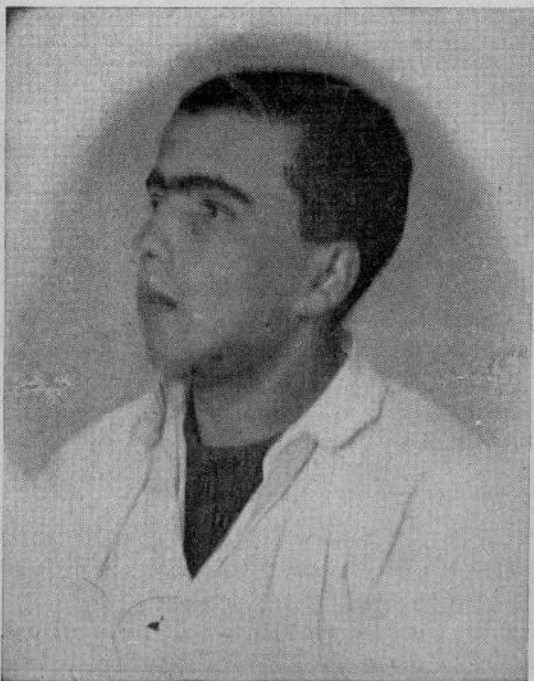


FIG. 11.

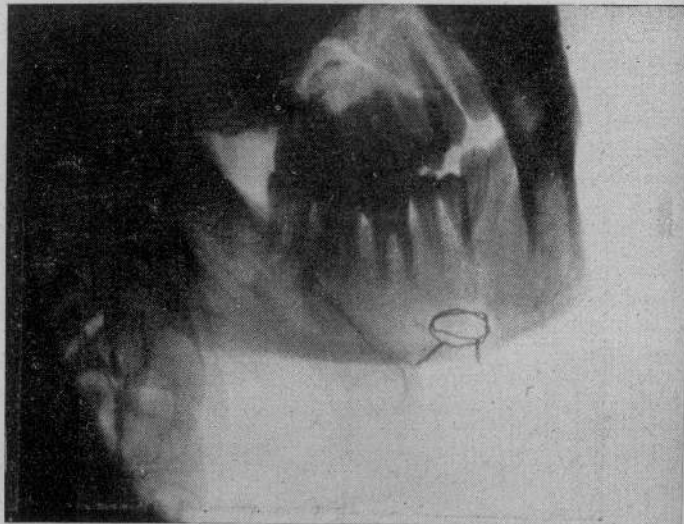


FIG. 12.



FIG. 13.

Caso 5° - C. N. P. Mario, 121ª Leg., letto 50 (fig. 14). Il giorno 17 marzo 1941 sul fronte greco-albanese per scheggia riportò vasta ferita lacera della regione del mento con asportazione delle parti molli e frattura della mandibola. Ricevette le prime cure all'Ospedale di Berat dove gli fu praticato ancoraggio del moncone centrale della mandibola con i due monconi laterali e legatura con filo di bronzo dei denti contigui e dei monconi (fig. 15). Giunge nel nostro Istituto il giorno 21 aprile 1941: si asporta il tratto anteriore della mandibola corrispondente ai

quattro incisivi. Dopo l'asportazione del tratto necrotico si nota: spostamento verso il focolaio di frattura dei due frammenti laterali, da dare la caratteristica del mascellare inferiore di serpente. Permane una vasta ferita a tutto spessore del mento, a lembi frastagliati, che mette in comunicazione con l'esterno la cavità orale.

Es. Rad. del 22 aprile 1941: frattura comminuta del tratto anteriore della mandibola con mutilazione di un tratto osseo.

20 giugno 1941: applicazione di una vite di Jeach per la distensione dei due frammenti della mandibola.

Il 23 aprile 1942 viene praticato il bloccaggio delle arcate dentarie (fig. 16).

Dopo altri interventi preparatori viene praticato innesto osseo il 25 aprile 1942.

Operazione (prof. Picardi): incisione a balestra regione sopraioidea con estremi in corrispondenza del-

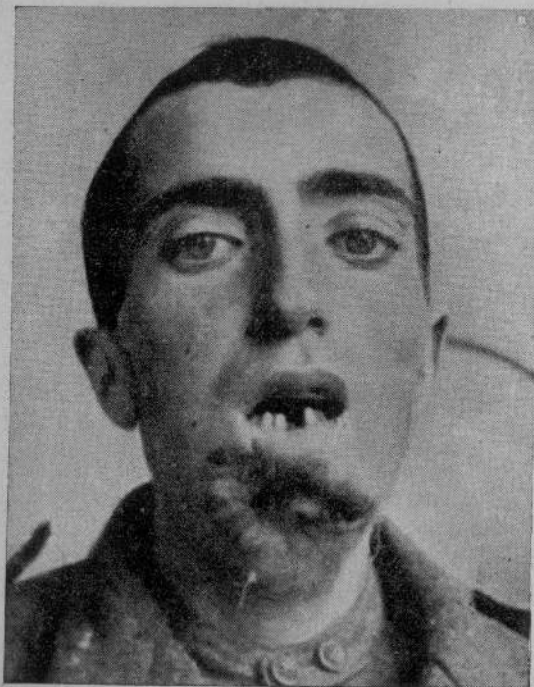


FIG. 14.



FIG. 15.



FIG. 16.

la parte anteriore del tratto orizzontale della mandibola, con scollamento di un lembo fino all'aponevrosi cervicale e mobilizzazione di tutta la cicatrice mentoniera residua dal precedente intervento. Si scoprono i margini di frattura e tra essi si interpone un innesto osseo periosteale prelevato dalla tibia. Dal-

riportato ed innestato tra i due frammenti della mandibola. Sutura a strati.

3 agosto 1942: La fotografia in data odierna dimostra un buon esito in quanto che la deformazione, prima notata è ora quasi completamente scomparsa (fig. 17).



FIG. 17.

la regione anteriore della tibia sinistra previa anestesia locale si preleva un segmento osseo della lunghezza di tre centimetri circa; tale segmento viene

I cerchiaggi fra i denti e le osteosintesi nelle fratture della mandibola dovrebbero avere lo scopo di contenere i frammenti e i monconi di frattura ridotti in buona posizione. Questa proposizione valida per le fratture in genere, acquista un valore particolare nel caso della mandibola. Se infatti in alcune fratture difsarie ci si può contentare qualche volta del « contatto » fra le superfici cruenti dei monconi ed attendersi una consolidazione con buono o ottimo risultato funzionale, nel caso della mandibola la riduzione perfetta ha spessissime volte, non sempre, valore assoluto. Da questo infatti dipende il buon affrontamento dell'arcata dentaria e quindi la funzione della masticazione. Nel praticare osteosintesi ci si preoccupa di esporre il focolo di frattura, eseguirne la toletta, affrontare le superfici cruenti, previa regolarizzazione, se necessaria e suturare coi vari noti metodi. Dopo di che si affida la contenzione a buona posizione del segmento lesso che viene immobilizzato. E cioè si pongono, nel caso degli arti, questi in posizione adatta ad evitare azioni muscolari dannose, ossia atte a determinare, con contrazioni, retrazioni, spostamenti secondari.

Questi concetti terapeutici dovrebbero essere applicati con maggiore rigore nel caso delle fratture della mandibola. Con meraviglia quin-

di si osserva come con una frequenza abbastanza notevole vengano fatti tentativi di osteosintesi mediante un sottile filo metallico e abbandonata poi la mandibola in piena libertà — per quanto consentano le lesioni — di movimenti. Meno efficace ancora è il cerchiaggio interdentario, il quale, a nostro avviso, dovrebbe essere riservato tutt'al più ad alcuni speciali casi e per brevissimo periodo di tempo. Questo per quanto riguarda l'efficacia delle osteosintesi così eseguite.

Inoltre — fatto pure ancora più importante — l'indicazione non appare giustificata. Si tratta infatti di fratture da arma da fuoco esperte della mandibola riportate in guerra, con frequentissima se non assoluta compartecipazione del cavo orale. Lesioni quindi le meno adatte a prestarsi a simili interventi per l'impossibilità di eseguire, come vanno eseguite, osteosintesi in ambiente rigorosamente asettico. E che le cose non possano svolgersi

bene lo dimostrano i casi esposti ai quali potremmo aggiungere altre quattro osservazioni nello stesso periodo di tempo. L'unico risultato ottenuto infatti è stato in tutti i casi quello di mantenere un focolaio settico in seno alla mandibola, fistolizzato sulla mucosa o sulla cute o su entrambe. Mancata riduzione dei monconi i quali hanno subito i più vari spostamenti e mancate consolidazioni. Una guarigione anatomica sarebbe stata certamente raggiunta in tempo molto più breve se fosse stato provveduto ad una toletta accurata dei focolai di frattura, con asportazione dei tessuti necrosati, corpi estranei, schegge ossee libere, radici di denti, e a medicazioni adatte.

RIASSUNTO

Gli AA. hanno cercato, con la descrizione di vari casi, di fare rilevare i danni apportati dalle suture metalliche praticate per contenere i capi di frattura del mascellare inferiore negli stomatolosi.

347674

