

Man B.72 / 83

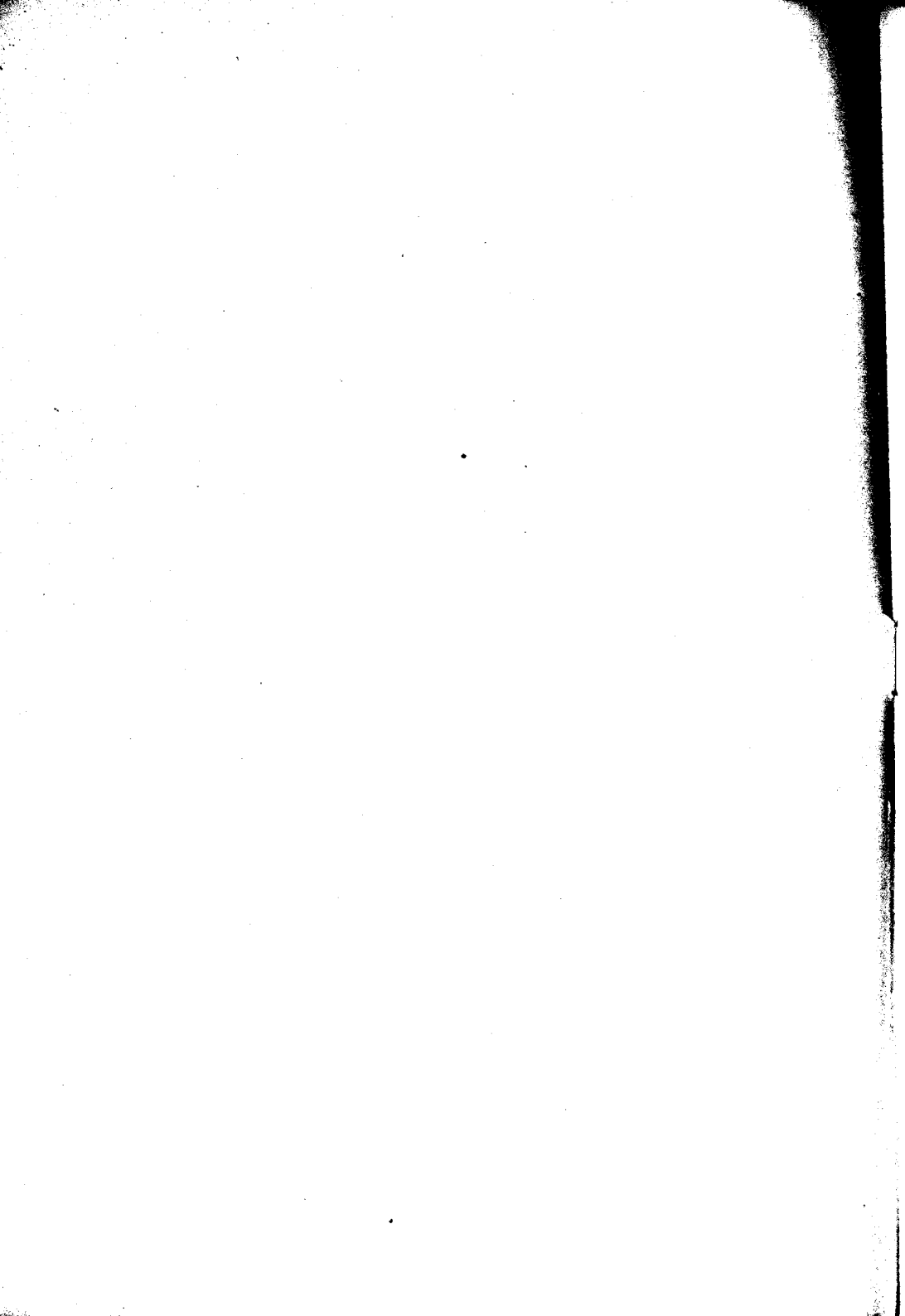
Dott. ANTONINI IGINO

Considerazioni su di un caso di ferita interessante la ghiandola parotide

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"



1943-XXI
NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA
VIA ADDA 129-A



STABILIMENTO DI PRIMA CURA E SMISTAMENTO C. R. I. - CARBONIA
DIRIGENTE: CAPITANO MEDICO ANTONINI DOTT. IGINO

Considerazioni su di un caso di ferita interessante la ghiandola parotide

DOTT. ANTONINI IGINO

Il caso capitato recentemente alla mia osservazione, nello Stabilimento di prima cura a Carbonia, si presta per lo studio di alcuni problemi che rivestono un notevole interesse nei riguardi della chirurgia boccale e della medicina legale, per cui ritengo che possa in qualche modo giovare la pubblicazione di questo mio modesto contributo alla conoscenza delle lesioni traumatiche della guancia.

Il giorno 15 febbraio 1942-XX alle ore 21 si presentò al posto di pronto soccorso dello Stabilimento di prima cura di Carbonia il caporale F. Stefano di G., nato a Lanusei il 26-11-1906, il quale richiedeva la mia opera per la cura delle seguenti lesioni:

a) ferita superficiale da taglio al labbro inferiore, in corrispondenza della commissura labiale destra, della lunghezza di circa 2 centimetri;

b) ferita da taglio, lunga circa 10 centimetri, estendentesi in direzione trasversale dalla commissura labiale sinistra fino a circa 2 centimetri dal lobulo del padiglione auricolare. Detta ferita, nella sua porzione anteriore, interessava a tutto spessore la guancia sinistra e si faceva quindi gradatamente superficiale, nel suo percorso lungo la regione masseterina.

A detta del ferito, le lesioni furono riportate nell'uscire da una casa di conoscenti, poco tempo prima che si recasse al posto di soccorso della C.R.I., e furono inferte all'improvviso, senza colluttazione, per opera di un individuo che il paziente non poté in alcun modo identificare a causa dell'oscuramento totale e data anche la rapidità del fatto.

Il ferito, che aveva percorso la strada sorretto al braccio da un compagno, presentava un notevole grado di agitazione imputabile all'improvviso trauma subito, al quale doveva in gran parte contribuire la preoccupazione per la gravità delle lesioni e per lo sfregio permanente al viso.

Non si trattava di un vero e proprio choc traumatico perchè mancavano i segni di questa speciale sindrome, la quale dipende dalla

violenta eccitazione dei nervi sensitivi periferici o dei grandi plessi simpatici.

Questa forte eccitazione si propaga al bulbo, dove provoca dei riflessi inibitori sul cuore e sui nervi vasomotori, sui polmoni, sui nervi calorifici e trofici, dando luogo alla caratteristica sindrome depressiva.

Nel caso in questione il polso, il respiro e la temperatura erano normali, mancava il pallore, mentre nello choc si ha un cospicuo pallore, il polso è debole e frequente, la respirazione superficiale e rapida, vi è ipotensione arteriosa, ipotermia, ipoestesia.

Per l'assenza di questa sintomatologia, nel caso in esame, non si può parlare di vero choc nervoso.

E' necessaria la precisazione su questo particolare, perchè oggi si ritiene che lo choc nervoso, immediato, da inibizione dei centri, è più raro di quanto si credesse in passato, ma esso certamente esiste e non va confuso con lo choc tossico, tardivo, che si manifesta alcune ore dopo il trauma, ed è l'indice di una vera e propria tossiemia, prodotta dall'assorbimento di tossici a livello del focolaio traumatico (tossici da disintegrazione dei tessuti contusi e tossici d'origine microbica).

Le lesioni del nostro ricoverato, per quanto gravi, non destavano, ad un esame sommario, serie preoccupazioni, per cui, dopo aver incoraggiato il paziente, procedetti senz'altro alla medicazione.

L'accurato riscontro delle ferite offrì i seguenti dati:

1) quanto all'emorragia si notò che non erano stati lesi dei vasi importanti che richiedessero la legatura. La perdita di sangue non era stata grave, considerato anche il breve tempo trascorso dal momento del fatto alla presentazione del ferito al nostro posto di soccorso.

Per assicurare una buona emostasi delle ferite era sufficiente l'accurata sutura delle lesioni e una buona fasciatura compressiva.

2) Quanto ad eventuali lesioni nervose constatai che non erano stati interessati nè il tronco, nè alcuno dei rami del facciale.

3) La ghiandola parotide era stata lesa nel suo prolungamento masseterino per un tratto di circa 2 centimetri e mezzo, limitatamente ai suoi strati superficiali.

La ferita era situata ad un livello un pochino inferiore alla linea che segna sulla guancia il decorso del dotto di Stenone e che corrisponde alla retta che unisce il trago alla commissura labiale.

Per queste speciali caratteristiche, la ferita aveva rispettato l'integrità del dotto parotideo.

In proposito è molto utile aver presenti le caratteristiche anatomiche del canale di Stenone, perchè esso facilmente può non essere riconosciuto, con grave pregiudizio per l'esito della cura.

Il canale di Stenone emerge dalla faccia profonda del prolungamento masseterino della parotide, si porta in avanti, 2 centimetri circa sotto all'arcata zigomatica, secondo una linea che unisce il trago alla commissura labiale, contorna quindi il margine anteriore del massetere e discende nella regione della guancia; quivi decorre orizzontalmente sul m. buccinatore, che perfora poi obliquamente per giungere sulla mucosa boccale.

La lunghezza totale del dotto di Stenone è di circa 6 centimetri, la larghezza è di 4 millimetri; il canale presenta delle pareti poco spesse e rassomiglia ad una vena vuota.

Per quanto riguarda i quesiti medico-legali, giova ricordare un dettaglio dell'aspetto della ferita nel tratto interessante la regione masseterina.

In quell'angolo, che corrisponde alla terminazione della ferita, la regione anatomica era stata incisa a gradi per modo che la lesione si faceva sempre più superficiale, con un tratto estremo sottilissimo che costituisce la « codetta ». Essa assume una grande importanza in medicina legale quando si debba ricostruire il fatto in base all'esame della lesione.

L'intervento chirurgico, nel caso da me esaminato, fu abbastanza semplice, riducendosi alla disinfezione delle ferite ed alla sutura di esse (1 punto in seta per la ferita al labbro, 6 punti per la ferita alla guancia sinistra).

All'applicazione delle graffette ho preferito la sutura con punti in seta sia per ottenere un maggior affrontamento dei margini in profondità, sia per assicurare una buona emostasi, sia, infine, per evitare nel viso il danno estetico derivante dal segno lasciato nella cicatrice dalle punte delle graffette.

Il decorso delle ferite fu dei più normali;

non si ebbe alcuna reazione infiammatoria e si dimostrò perfetta la tenuta dei punti.

A distanza di circa un mese dal fatto, il ferito presentava una cicatrice di aspetto regolare, ben visibile trasversalmente sulla guancia sinistra; appena percettibile era invece la cicatrice alla commissura labiale destra.

Dopo la descrizione del caso clinico, ritengo utile esporre alcune considerazioni chirurgiche e medico-legali, che possono giovare per un sicuro orientamento in casi analoghi.

Le ferite della guancia, interessanti anche la regione masseterina e la regione labiale, rivestono un particolare interesse da un triplice punto di vista, e cioè per l'eventualità di:

a) ferite dei vasi, e quindi pericolo di emorragie più o meno copiose;

b) ferite del nervo facciale, con le gravi conseguenze che ne derivano per la mimica e l'estetica del viso;

c) ferite del dotto di Stenone, con permanenza di fistola salivare più o meno ribelle alle cure.

Ci soffermeremo con qualche dettaglio nello studio di questi vari punti, data la loro importanza per la pratica chirurgica e clinico-legale.

Ricordiamo anzitutto che la gravità delle lesioni dipende essenzialmente dalla speciale direzione presentata dalle ferite.

La gravità è massima nelle ferite a decorso verticale, mentre è minima in quelle a direzione trasversale e ciò perchè i vasi, i rami del facciale e il dotto di Stenone hanno una direzione trasversale.

Da questa speciale disposizione anatomica ne segue che tutte le incisioni a direzione orizzontale non sono affatto gravi riuscendo parallele a questi organi e quindi rispettandoli; le incisioni verticali, per contro, interessanti profondamente la regione masseterina fino alla fascia, ledono quasi sicuramente l'A. Trasversa della faccia, il dotto di Stenone, e i rami del n. Facciale.

A) La ferita dei vasi può interessare le seguenti arterie; l'A. Trasversa della faccia, la Facciale (o mascellare esterna) e le Labiali (rami della precedente).

L'A. Trasversa della faccia è una branca della Temporale superficiale, decorre parallelamente all'arcata zigomatica e si porta sulla faccia esterna del m. buccinatore.

L'A. Facciale, branca della carotide esterna, è la vera arteria chirurgica della faccia: inizia nella regione sopraioidea, contorna

quindi la base della mandibola a livello dell'angolo antero-inferiore del m. massetere; sulla guancia si dirige obliquamente in alto e in avanti verso la commissura delle labbra e poi si pone nel solco naso-genale, giungendo all'angolo interno dell'occhio, dove termina.

La legatura dell'A. Facciale si eseguisce nella sua porzione premasseterina, immediatamente sopra alla base della mandibola, dove presenta un certo calibro; ivi l'arteria, accompagnata dalla vena che è situata posteriormente riposa sulla faccia esterna del corpo della mandibola, 3 cm. innanzi all'angolo di questa e immediatamente avanti al margine anteriore del massetere, che costituisce un buon punto di repere.

Le A. Labiali (o coronarie) originano dall'A. Facciale a livello delle commissure delle labbra e si dirigono verso la linea mediana, dove si anastomizzano per inosculatione con le arterie labiali del lato opposto, formando in tal modo un completo cerchio arterioso che è situato molto vicino alla parte più interna del margine libero delle labbra, al disotto dello strato muscolare e prossimo alla mucosa.

Per questo particolare anatomico, le ferite delle labbra con lesione dell'A. Labiale richiedono una sutura molto profonda, che comprenda tutto lo spessore del labbro, e non solo la sua parte anteriore; solo in tal modo viene assicurata una perfetta emostasi.

B) La ferita del nervo Facciale può interessare il tronco o soltanto alcuni rami.

La lesione di tutto il tronco è fortunatamente rara ed ha per conseguenza la completa paralisi motoria di metà della faccia, con l'abolizione dell'intera mimica in metà del viso.

E' noto anche ai profani l'aspetto antiestetico del volto di chi è stato colpito da lesione dell'intero tronco del facciale. Le pieghe della cute scompaiono dal lato leso, mentre i muscoli del lato sano stirano dalla loro parte la commissura labiale, donde una deviazione delle linee del viso.

Nella paralisi facciale, inoltre, l'angolo della bocca cade inerte, è reso impossibile il corrugamento della fronte e la chiusura dell'orbicolare delle labbra, è abolito l'atteggiamento del fischiare, di mostrare i denti e di sorridere; la guancia, che ha perso la sua tonicità per la paralisi del m. buccinatore, viene sollevata ad ogni espirazione per cui sembra che l'ammalato «fumi la pipa».

Nella paralisi del ramo superiore del n. Facciale va tenuto presente che la sutura del

nervo non dà garanzia per un completo ricupero della sua funzionalità; la letteratura infatti non registra molti successi in seguito alla sutura del nervo, per quanto eseguita con ogni accorgimento.

C) La ferita del dotto di Stenone è grave perchè può derivarne una fistola salivare, che è molto incomoda per il paziente ed è piuttosto ribelle alle cure.

In generale si può asserire che le lesioni della porzione boccale o terminale del canale di Stenone sono molto meno gravi di quelle della porzione masseterina.

Allo scopo di prevenire la formazione della fistola salivare si consiglia d'intervenire con uno dei seguenti metodi:

a) suturare accuratamente, capo a capo, la ferita che interessa il dotto di Stenone;

b) abboccare direttamente, con tragitto più breve, il capo centrale del dotto nella mucosa della guancia.

Questa operazione riesce evidentemente più indaginosa quando il canale di Stenone è leso nella sua porzione masseterina, dato lo spessore delle parti muscolari ed ossee che, in questa regione, separa il canale di Stenone dalla cavità boccale.

Quando la fistola salivare è di già costituita si potrà tentare di far defluire nuovamente la saliva nella cavità orale, oppure si potrà sopprimere la funzionalità della ghiandola.

Per guidare la saliva nella cavità boccale non c'è che da seguire i due metodi suddetti, e cioè si escide la cicatrice e si ricostruisce la continuità del dotto di Stenone.

a) o mediante la sutura dei due monconi;

b) o, meglio, abboccando il capo centrale alla mucosa della guancia.

Per abolire la secrezione della parotide si può recidere il n. Auricolo-temporale, ovvero si procede a ripetute applicazioni di raggi Roentgen, che inducono un processo atrofico nella ghiandola.

A tale intento non è affatto raccomandabile la legatura del dotto di Stenone sia perchè difficilmente si ottiene l'atrofia della ghiandola, sia perchè la ritenzione del secreto è causa di notevole deformità.

Passiamo infine alla discussione degli eventuali quesiti medico-legali, cui possono dar luogo le ferite della guancia con lesione della ghiandola parotide.

Anzitutto entra in giuoco la questione che riguarda la funzione estetica del volto, che è molto importante in queste lesioni, data la loro situazione topografica.

Si sa, infatti, che il viso, dal punto di vista della traumatologia forense, comprende tutta la porzione anteriore del capo che dalla fronte va fino all'estremità del mento e dall'uno all'altro orecchio inclusivamente.

Affinchè una tale ferita possa costituire un tipico caso di sfregio permanente del viso è necessario che, oltre al carattere topografico, presenti il carattere della permanenza e presupponga, da parte del feritore, la ferma intenzione di produrre un danno permanente al viso.

Non si può pertanto emettere alcun giudizio sull'esistenza di sfregio al viso, se non è avvenuta la completa cicatrizzazione della ferita, appunto perchè il giudizio possa basarsi sull'esito dell'alterazione, ormai definitivamente consolidato.

Non v'è dubbio che il caso da me descritto costituisce un tipico esempio di sfregio permanente del viso, data la coesistenza del carattere topografico della lesione e della sua permanenza, come infatti ho potuto controllare a distanza di circa un mese dal fatto, e considerato anche il particolare processo della lesione.

Circa la valutazione del danno estetico subito dal nostro ferito, resta da precisare se si tratta di sfregio o di deformazione.

In proposito è da ricordare che il vigente codice penale ha voluto eliminare la differenza di gravità penale tra lo sfregio e la deformazione, come era ammessa in passato dal codice.

Attualmente entrambe queste lesioni personali trovano sanzione penale come entità gravissime, alla stessa stregua delle lesioni personali da cui deriva una malattia certamente o probabilmente insanabile, oppure la perdita di un senso o di un arto e per le quali è applicabile la reclusione da 6 a 12 anni.

Con queste severissime conseguenze il codice vigente ha voluto ribadire il concetto della specifica intenzionale, e quindi dell'elemento psicologico di queste particolari lesioni, inferte di pieno proposito al viso.

E' necessario rilevare l'importanza di questo elemento psicologico, che è una manifestazione di particolare malvagità, la quale caratterizza talune forme di delinquenza diffuse in alcune regioni.

Da ciò consegue che quando si parla di sfregio permanente al viso, ovvero di deformazione, si presuppone, nel processo della lesione, una determinata volontà di provocare un danno permanente alle linee estetiche del viso.

Tutto ciò naturalmente viene a mancare quando il fatto lesivo è la risultante di un sinistro, come per esempio in un comune incidente stradale, o l'effetto di una circostanza puramente accidentale.

Lo sfregio e la deformazione, pur essendo attualmente considerate come lesioni personali gravissime, si distinguono tuttavia per una certa differenza di grado. Lo sfregio, infatti, è un danno nell'estetica del viso, senza notevoli alterazioni della sua forma; la deformazione, invece, è una deturpazione (deformatio), che altera morfologicamente le parti del volto.

Nel caso in questione esisteva lo sfregio permanente del viso, ma non una vera e propria deformazione.

La cicatrice, infatti, residua alla guancia sinistra non era per nulla deformante; non esisteva scolo di saliva (fistola salivare), nè lesione del n. facciale.

Per poter emettere il giudizio di deformazione è necessario che la lesione al viso dia luogo ai seguenti residui:

- a) cicatrice infossata, retratta, deforme;
- b) scolo di saliva o di lacrime;
- c) emiplegia facciale;
- e) ectropion;
- e) perdita di sostanza del naso o delle orecchie.

Altri quesiti medico-legali possono essere posti dal giudice istruttore in caso di ferite da taglio alla guancia.

Ricordiamo anzitutto la presenza della codetta e la sua importanza per la ricostruzione del fatto.

Come abbiamo già rilevato, la ferita alla guancia sinistra, e precisamente nell'estremo verso la regione parotide, interessava gli strati a gradi presentando in fine un tratto sottilissimo, che costituisce appunto la « codetta ». Essa corrisponde alla terminazione della ferita e la sua presenza giova per determinare se il taglio fu fatto da destra a sinistra, dall'alto in basso e viceversa.

In base ai criteri offertici dal reperto della codetta si può stabilire che, nel ferito da me assistito, il taglio fu fatto da destra a sinistra.

Altri quesiti di traumatologia forense possono essere fatti, come quando si voglia desumere la lunghezza e la larghezza dell'arma feritrice in base ai caratteri della ferita o quando si tratti di identificare l'arma sequestrata o, comunque, si voglia ricostruire il fatto in base all'esame della lesione.

Nella risposta a questi vari quesiti bisognerà procedere molto guardinghi, perchè numerosi elementi che ci sfuggono possono trarci in inganno; in linea di massima non potremo che pronunciarsi in via di probabilità.

In conclusione, dal punto di vista medico-legale, i quesiti che maggiormente interessano, in caso di ferite della regione masseterina, sono quelli che riguardano l'ammissione di sfregio permanente del viso ovvero di deformazione e l'esistenza della codetta.

RIASSUNTO

L'A. descrive un caso di ferita da taglio alla guancia, con interessamento della ghiandola parotide, e trae profitto dallo studio di questo caso clinico per esporre alcune considerazioni che rivestono un particolare interesse per la pratica della chirurgia boccale e della medicina legale.

E' stata particolarmente illustrata la gravità di queste ferite dal triplice punto di vista di lesioni a carico del dotto di Stenone, di vasi e dei rami del n. Faciale.

Viene infine discussa la questione concernente lo sfregio permanente al viso e la deformazione.

348224



