

Sezione Chirurgica dell' Ospedale Mayer in Firenze.



SULLA CURA RADICALE

DELLE

SUPPURAZIONI CRONICHE DELL' ORECCHIO

IN RAPPORTO COLLA LORO PATOLOGIA

DEL

DOTT. A. TOTI

Libero Docente di Otiatria e Laringologia,
Chirurgo Primario nell' Arcispedale di Firenze.

SULLA CURA RADICALE
DELLE
SUPPURAZIONI CRONICHE DELL'ORECCHIO

IN RAPPORTO COLLA LORO PATOLOGIA

DEL

DOTT. A. TOTI

[Addeo]

Libero Docente di Otiatria e Laringologia,
Chirurgo Primario nell' Arcispedale di Firenze.

« ... Quanto più lo specialista si rende padrone della sua materia, tanto più sente il bisogno di coltivare i rapporti della sua specialità colla Medicina Generale... L' Otologo, uscito un dì dal seno della Chirurgia, è ridivenuto Chirurgo... »

V. BERGMANN.

Questi stessi pensieri, che il Clinico Chirurgo di Berlino esprimeva nella sua Prefazione ad un ottimo lavoro (1) sulla cura chirurgica delle complicazioni meningo-cerebrali delle suppurazioni dell'orecchio, si affacciano alla mente di chi consideri la via fatta dalla Otologia moderna nel campo più modesto della cura chirurgica radicale delle suppurazioni auricolari croniche. Campo più modesto sì, ma relativamente più importante: perchè, se la cura chirurgica delle complicazioni intracraniche delle otiti ci ha messo in grado di salvare molte vite sacrate a morte imminente, quella delle suppurazioni croniche dell'orecchio rimaste entro i limiti del temporale, una

(1) O. KÖRNER, *Die otitischen Erkrankungen der Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter.* (Frankfurt a. M., 1894, J. Alt.)

volta entrata nella pratica comune, farà sì che quelle complicazioni — molto più frequenti che non si creda (1) — divengano sempre più rare, riunendo a questo immenso, incalcolabile vantaggio quello di risparmiare le tristi conseguenze che le lunghe suppurazioni arrecano alla importantissima funzione dell'organo leso.

Su questa via, segnata dai nomi di *Schwartze*, *Küster*, *Zaufal*, v. *Bergmann*, *Stacke*, *Hartmann* e tanti altri, l'otologia moderna si è oramai incamminata risolutamente e vittoriosamente; e da tutti i centri scientifici del vecchio e nuovo mondo giunge notizia degli esiti brillanti ottenuti su questo campo.

Io credo di non andare errato attribuendomi il vanto di aver battuto per il primo, in Italia, la nuova via. E posso dichiarare fin da questo momento di essere rimasto soddisfattissimo dei risultati ottenuti fin qui in un numero ragguardevole di suppurazioni di antica data, fetide, ribelli alle cure ordinarie, operate in quest'anno nella Sezione Chirurgica dell'Ospedale Mayer in Firenze, da me diretta.

In uno dei prossimi numeri della *Rivista di Patologia delle Malattie della Gola e dell'Orecchio*, saranno pubblicati per esteso, per opera di uno dei medici assistenti, i risultati ottenuti in una prima serie di operazioni. Qui mi sia permesso di esporre, nel modo più succinto, a titolo di comunicazione preventiva, gli insegnamenti che dal materiale studiato fin qui nella mia pratica ospitaliera e privata ho potuto trarre relativamente alla tecnica dell'operazione messa in rapporto e subordinata alla Patologia delle affezioni in discorso. Con ciò mi auguro di fare per lo meno cosa utile a quei colleghi i quali volessero mettersi sulla stessa strada, non foss'altro risparmiando loro la non indifferente fatica di orizzontarsi fra le numerose pubbli-

(1) Bisognerebbe poter fare le autopsie di *tutti* gli individui che muoiono dentro e fuori degli Spedali colla diagnosi di semplice meningite, di tifo, di malattie convulsive, di febbre perniciosa (facilissima a scambiarsi, nei luoghi di malaria o negli individui che si siano esposti a questa infezione, colla piemia d'origine auricolare), e via di seguito, per farsi un concetto esatto del grande numero delle vittime degli scoli dall'orecchio, specialmente nell'età infantile e giovanile!

cazioni che son venute dall'estero, e nella confusione grande di nomi e di cose che su questo argomento è stata fatta da alcuno che ha voluto scriverne senza cognizione di causa, nè esperienza personale.

Il metodo operativo che io mi sono formato, e che caldamente raccomando, è un metodo eclettico. Ripete da *Küster* e da *Bergmann* l'idea di resecare rispettivamente la parete posteriore e in parte anche la superiore del condotto auditivo; da *Stacke* quella di scuoprire la parte superiore della cassa timpanica e quindi la loggia dei due ossicini maggiori; da *Schwartze* quella dell'apertura costante dell'antro mastoideo; di nuovo da *Stacke* quella del trapianto nella ferita di un lembo epidermico onde ottenere una più rapida guarigione: differisce però da tutti sotto vari punti di vista abbastanza interessanti che a suo tempo metterò in rilievo.

Descrizione del metodo operatorio consigliato.

Si circonda il padiglione con una incisione cutanea press'a poco parallela alla sua linea d'inserzione, che comincia a circa mezzo centimetro all'innanzi della estremità antero-superiore di questa linea e termina a 5-10 mm. sotto l'apice dell'apofisi mastoide. Nella sua parte superiore, la linea d'incisione dev'essere rasente al padiglione, e distaccarsene di 5-6 mm. nella sua parte media e di 10-12 nella sua parte inferiore.

La parte superiore dell'incisione cutanea cade sulla regione e sul muscolo temporale: ma non ha alcun vantaggio incidere l'aponevrosi e il muscolo temporale all'altezza dell'incisione cutanea, e conviene disseccare la cute dall'aponevrosi della regione verso basso, fino all'altezza del condotto auditivo, e solo qui incidere il periostio, lasciando in alto il margine inferiore del muscolo temporale; nel proseguire l'incisione del periostio in basso, le si fa riprendere il parallelismo colla incisione cutanea, fino all'apice della mastoide.

Si scolla il periostio per qualche millimetro sul labbro posteriore dell'incisione; poi si passa a scollarlo sul labbro anteriore, fino a mettere molto bene allo scoperto il contorno del condotto auditivo osseo. Si prosegue lo scollamento del periostio del condotto in alto, indietro ed in basso, almeno fino alla metà del condotto. Si recide trasversalmente a questo livello, con un coltellino curvo *ad hoc*, il manicotto costituito dalle parti molli scollate del condotto, e si finisce di scollarlo da dentro in fuori nel suo contorno anteriore rimasto aderente, e coll'estrarlo totalmente

dal condotto osseo. Lo si fa quindi afferrare e divaricare fortemente in avanti, insieme col padiglione, per mezzo di un uncino a tre punte.

Si abbatte la parete posteriore del condotto auditivo osseo con colpi di sgorbia diretti dall'infuori all'indentro e un po' dall'indietro all'innanzi e dall'alto al basso, e convergenti verso l'inserzione del timpano. Per lo più, durante questa resezione si apre l'antro mastoideo, la cui porzione anteriore dista pochi millimetri dalla porzione più alta della parete posteriore del condotto. Se l'antro è sano, cosa rara, non conviene preoccuparsene ulteriormente. Se contiene pus, masse caseose o colesteatomatose, si reseca verso dietro, in alto e in basso tutta la porzione corticale di mastoide che ricopre la cavità non solo dell'antro stesso, ma anche di altre cavità patologiche che con esso si trovassero in comunicazione.

Trovato l'antro, sano o malato che sia, con uno specillo curvo ad angolo retto, la cui porzione trasversale non sia più lunga di 3-4 mm., si ricerca, in alto e in avanti, la direzione dell'*aditus*, e su questa guida si reseca la porzione di osso che ricopre quest'ultima cavità; proseguendo sempre ad orizzontarsi collo specillo curvo, si mette così allo scoperto colla massima facilità il cavo epitimpanico.

Se l'antro non era stato trovato durante la resezione della parete posteriore del condotto auditivo, allora s'ingrandisce alquanto, in alto, l'apertura del condotto stesso, resecano parte della sua parete superiore; e proseguendo tale resezione in dentro, si finisce coll'abbattere quella sporgenza ossea che separa l'epitimpano dal condotto uditivo e costituisce la parte superiore della parete esterna della cassa. Scoperto così l'epitimpano da questa via, il solito specillo curvo introdotto colla punta in alto e indietro, indicherà la direzione da dare ai colpi di scalpello per mettere allo scoperto l'*aditus*, e poi, volgendo in basso, l'antro.

L'estrazione dei due ossicini maggiori, che quasi sempre si trovano più o meno erosi, si fa colle pinzette ordinarie. Non è punto necessario di fare previamente la disarticolazione dell'incudine dalla staffa, nè la tenotomia del tensore del timpano. Pure colla pinzetta si fa l'estirpazione della porzione rimasta in sito della membrana del timpano.

Si reseca colla sgorbia, o con una sottile pinza ossivora, la porzione più profonda della parete posteriore del condotto auditivo fino al punto che non rimanga più alcuna sporgenza ossea fra la parte profonda del condotto stesso e il pavimento dell'antro.

Del pari si reseca qualunque altra sporgenza di cui lo specillo curvo riveli la presenza, mirando ad ottenere una unica ed ampia cavità a pareti lisce, ben visibile dall'esterno in tutte le sue parti, senza asprezze nè sinuosità. Questa cavità chirurgica consta: del condotto uditivo, della cassa timpanica, dell'epitimpano, dell'*aditus* e dell'antro mastoideo.

Allo scopo di ottenere una molto più rapida guarigione, la quale è subordinata alla condizione che le pareti di questa cavità si rivestano al più presto di epitelio, si forma un lembo colla cute del condotto uditivo

nel modo seguente: introdotta una pinzetta nel manicotto formato dal condotto uditivo distaccato e tirato bene in fuori e in avanti, se ne divaricano le branche, in modo da tendere la sua porzione superiore, e con un bisturi sottile introdotto fra le due branche divaricate s'incide longitudinalmente ed orizzontalmente il condotto fino al suo punto di passaggio nel padiglione: da questo punto si fa partire un'altra incisione verticale ad angolo retto che va fino al contorno inferiore del condotto stesso. Il lembo quadrilatero così distaccato viene ribattuto profondamente nella doccia ossea e fissato con uno o due punti di sutura al labbro postero-inferiore dell'incisione periostale.

Fatto ciò, si tampona molto accuratamente la cavità ossea con piccoli pezzetti di garza iodoformica, badando bene di riempirne tutti i cantucci; si suturano gli angoli superiore e inferiore della ferita cutanea fino a lasciare beante lo spazio intermedio, dove è il tampone, per 2 $\frac{1}{2}$ a 3 centimetri; si insinua uno stuello di cotone idrofilo nel condotto fino ad incontrare il tampone, si applica una compressa aseptica, cotone idrofilo, fascia di garza e qualche strato di fascia inamidata.

Fra i tanti metodi, processi e modificazioni descritte, la tecnica che io consiglio si avvicina di più a quella descritta da *Zaufal*: ma ne differisce — oltre che per varie particolarità di minore importanza — per il molto minore, e punto necessario scollamento periostale e resezione di osso. *Zaufal* mette allo scoperto e denuda di periostio *tutta quanta* l'apofisi mastoide fino al suo margine posteriore e a tutto l'apice, più la linea temporale fino alla radice dell'apofisi zigomatica e la parte inferiore della squamma del temporale per un paio di centimetri almeno sopra la linea temporale; poi reseca largamente la radice della mastoide e la linea temporale in primo tempo, di partito preso. Ebbene: tutto ciò è esagerato e superfluo, e si deve evitare non foss'altro per la deformità derivante dall'infossamento della cicatrice. Operando nel modo da me descritto, io ho ottenuto, nei casi nei quali non esistevano grosse cavità morbose nella mastoide, cicatrici del tutto invisibili; mentre al tempo stesso ho trovato la breccia sufficientissima pei casi ordinari, e facile ad allargarsi a volontà — con una incisione perpendicolare sul labbro posteriore della ferita — in caso di bisogno.

Ma ciò in cui io tengo soprattutto a mettere in rilievo che la mia tecnica si discosta radicalmente e fundamentalmente da

quella di *tutti*, si è questo: che io ho, in tutti i casi in cui non ho incontrato lesioni manifestamente tubercolari delle parti molli e dell'osso, rinunciato a qualunque raschiamento o svuotamento delle cavità dell'orecchio medio, se si eccettua la estrazione dei due ossicini maggiori o dei loro residui e di ciò che rimane della membrana del timpano.

La ragione fondamentale di tale renunzia — che dà il grande vantaggio di una notevole semplificazione dell'atto operativo e della cura consecutiva, come vedremo — sta in ciò, che io non ho creduto di poter dare, nella maggioranza dei casi, alcun valore patogenico a quella *carie* delle pareti delle cavità dell'orecchio medio, che i miei colleghi cercano e trovano quasi in tutti i casi in taluna delle pareti delle cavità suppuranti, ed aggrediscono coi loro strumenti raschiatori, facendo anzi di questo atto la parte essenziale dell'operazione.

Questa *carie*, che gli otologi diagnosticano non appena collo specillo sentono un punto ruvido, non è la carie dei chirurghi. Ed io credo che i miei colleghi in otologia abbiano torto perfino a chiamarla così; per lo meno hanno torto dicerto a trattarla come se fosse davvero la carie comune, cioè un processo di distruzione ossea di carattere progrediente, prodotto dallo sviluppo nell'interno del tessuto osseo di un tessuto di granulazione specifica. (1) Invece questa *carie*, di cui essi tanto si

(1) Naturalmente ciò non vuol dire che non s'incontrino, specie nei bambini, dei casi di vera carie (tubercolare), nei quali il processo carioso è quello che dà l'intonazione a tutto il processo morboso; ma anche in questi casi non è razionale trarre senz'altro, dalla natura del processo morboso, l'indicazione categorica allo scucchiamento. Non si deve dimenticare che, al giorno d'oggi, la cucchiara non è più la panacea delle tubercolosi chirurgiche, come lo era stata un tempo.

La ragione per cui gli Otologi si sono messi generalmente su questa via, che a me pare completamente sbagliata, di grattare e raschiare generosamente, sia le cavità colesteatomatose, sia il tessuto di granulazione, sia i residui della muccosa delle cavità dell'orecchio medio, sia le più piccole e insignificanti erosioni superficiali delle pareti ossee di quelle cavità, è da ricercarsi in ciò, che essi hanno preso troppo alla lettera alcuni passi di una pubblicazione del chirurgo *Küster*, che fu del resto quella che a suo tempo dette la spinta al largo movimento che si è poi prodotto in favore della cura chirurgica delle suppurazioni auricolari, per le quali prima non c'erano che lo schizzetto, il catetere, il pallone di *Politzer*, le polveri, i caustici. La pubblicazione di *Küster* è stampata nella *D. med. Wochenschrift*, 1889, n. 13,

preoccupano, non è, per lo più, che un processo *necrotico*, secondario, limitato, superficialissimo, prodotto esclusivamente da cause locali — ristagno e addensamento del pus, accumulazione di prodotti di desquamazione dell'epidermide penetrata per un tentativo di guarigione naturale dalla via del condotto auditivo o attraverso la perforazione timpanica, sviluppo secondario di batteri saprofitici o anche patogeni, ecc. — cause locali che vengono subito meno per il solo e semplice fatto della *apertura* delle cavità in cui quel processo si era prodotto.

Considerato tutto ciò, io non ho mai saputo capacitarmi come questa lesione d'importanza così subordinata possa giustificare il raschiamento sistematico delle cavità dell'orecchio medio nell'operazione radicale delle croniche suppurazioni auricolari, che espone al rischio non solo di lesioni di organi importanti (faciale, canale semicircolare esterno, seno laterale e in casi speciali anche bulbo della giugulare e carotide); ma perfino di necrosi consecutive al traumatismo operatorio. Ed infatti, mentre ad altri è avvenuto sovente di veder venire fuori o di dovere estrarre dei sequestri durante la cura consecutiva e quindi ritardare di molto la guarigione, a me non è *mai* capitato alcuno di questi inconvenienti: nè i punti cariosi, nel senso sud-descritto, che posso aver lasciato mi hanno *mai* dato successivamente da fare; l'apertura delle cavità rispettive è bastata a determinare rapidamente il riassorbimento o la eliminazione invisibile di quei minuscoli focolai necrotici da parte del tessuto di granulazione.

Perchè — e questo è un altro punto essenziale in cui io mi discosto pensatamente dai miei colleghi — io non solo non gratto, non estirpo, non scuocchiaio, non *esentero* ⁽¹⁾ il tessuto di granula-

pag. 254-257. *Küster*, un po' digiuno di speciali nozioni otologiche, si era partito da alcune premesse errate, ammettendo che il colesteatoma fosse costantemente un *cistoma branchiogene del temporale*, e che al difuori del colesteatoma quasi non vi fosse altro che l'osteite tubercolare della mastoide. Date queste premesse, era ben giustificata da parte sua la insistenza nel consigliare la « energica asportazione delle parti malate », che gli Otologi hanno poi applicato forse anche sorpassando le stesse intenzioni del *Küster*.

(1) *Esenterazione* è la parola con cui *Zaufal* (Arch. f. Ohrenh., Bd. 38) indica lo svuotamento e lo scuocchiamento delle cavità dell'orecchio medio. Egli dedica tre pagine alla descrizione di queste manovre.

zione, come gli altri fanno e con tanto zelo; ma anzi lo rispetto e ne tengo il massimo conto per più motivi: primo, perchè non ci so vedere altro che un validissimo coefficiente alla più possibilmente rapida guarigione del processo morboso: coefficiente che fino allora non aveva potuto raggiungere il suo scopo per il solo motivo che mancavano altre condizioni meccaniche locali favorevoli, alle quali la semplice apertura ampia delle cavità malate è sufficiente a provvedere; secondo, perchè framezzo a questo tessuto di granulazione esistono delle isole rivestite di epitelio che possono essere preziose per il più rapido rivestimento delle cavità scoperte di un tessuto protettore; terzo infine, perchè non so vedere la ragione per cui si debba costringere la natura a rifare due volte lo stesso cammino. In sostanza, del resto, la ragione per cui non è opportuno distruggere le granulazioni nelle cavità dell'orecchio cronicamente suppuranti è la stessa per cui, come dimostrai in altra occasione, ⁽¹⁾ non conviene stuzzicarlo nelle otomastoiditi acute.

Qui cade opportuno che io dica come sia pensatamente avverso al grattamento, o sventramento — come lo chiama Zaufal — delle cavità dell'orecchio medio non solo nei comuni casi di suppurazioni croniche pure, ma anche nei casi abbastanza frequenti complicati da *colesteatoma*: ed i motivi, come or ora dirò, sono gli stessi, anzi forse anche maggiori. Premetto anzi tutto che circa il modo d'intendere questa particolare, interessante e frequente lesione concomitante delle croniche suppurazioni auricolari, io vado perfettamente d'accordo coi miei colleghi. Si tratta, in fondo, di un tentativo di guarigione naturale delle suppurazioni croniche delle cavità dell'orecchio medio, non riuscito per cause locali. L'epidermide cioè, o dai dintorni della perforazione timpanica, o da una qualche fistola del condotto auditivo, si fa strada a ricoprire le cavità suppuranti (epitimpano, aditus, antro). Ma, installatasi alla superficie di queste cavità, si trova in un ambiente sfavorevole alle sue condizioni fisiologiche, perchè queste cavità comunicano coll'esterno per aperture o canali appena permeabili, il cui lume colla massima facilità si

(1) *Clinica moderna*, 1895, n. 3.

occlude per la desquamazione anche di piccole quantità dell'epitelio superficiale. Di qui accumulo dei prodotti di desquamazione epiteliale nell'interno delle cavità epidermizzate; irritazione del derma, sviluppo di saprofiti, nuovo stimolo a sovrabbondante produzione di desquamazione di cellule e lamelle epiteliali; dilatazione della cavità, e riassorbimento delle sue pareti ossee per atrofia e necrosi superficiale da compressione per parte delle masse epiteliali ammassate, e via di seguito. (1) (È così che, press'a poco, tutti intendiamo il colesteatoma, pur non negando la possibilità di un tumore colesteatomatoso o perlaceo (*Cruveilhier, Müller, Virchow*) primitivo, indipendente da suppurazioni pregresse).

Orbene: anche nel colesteatoma i miei colleghi danno di piglio alla cucchiara con entusiasmo anco maggiore. Anzi c'è qualcuno che non si contenta della cucchiara, ma ricorre alle cauterizzazioni col Paquelin, e, non contento di questo, ha immaginato perfino di servirsi della tintura di cantaridi, allo scopo di distruggere, di *sterilizzare*, come dice *Zaufal*, (2) il colesteatoma, e di provocare la penetrazione nella cavità di epidermide sana.

Ora a me sembra quasi superfluo dimostrare come in ciò esista la più patente contraddizione in termini. L'epidermide, di cui la natura ha rivestito le cavità colesteatomatose — i miei colleghi lo ammettono tutti d'accordo con me — non è sana solamente in questo senso, che non si trova in un ambiente favorevole alle sue funzioni e condizioni di vitalità fisiologica: le manca il libero accesso dell'aria, la ventilazione e la facilità di espulsione dei prodotti di desquamazione. D'altra parte, l'operazione — anche in questo siamo tutti d'accordo — ha per scopo di provocare queste condizioni favorevoli mettendo le cavità colesteatomatose in libera ed ampia comunicazione

(1) Loc. cit., pag. 72.

(2) Sembra quasi paradossale, ma è purtroppo vero, che questo processo di epidermizzazione, il quale rappresenta un così notevole sforzo della virtù medicatrice della natura, si converta poi, all'atto pratico, in una lesione pericolosissima per la vita. Infatti l'anatomia patologica, e oramai anche l'esperienza chirurgica, hanno dimostrato che la massima parte delle complicazioni cerebrali delle otorree si osservano — specie negli adulti — nei casi complicati da colesteatoma.

col condotto uditivo, se basta, altrimenti colla superficie esterna della mastoide. Ma allora, perchè grattare, distruggere quell'epidermide? perchè costringere la natura a rifare quello che aveva fatto, ora che coll'apertura delle cavità colesteatomatose le abbiamo dato quell'unico aiuto di cui aveva bisogno per menare a buon porto l'opera di riparazione così bene avviata?

Quanto alla importanza, al significato e al trattamento delle granulazioni e dei punti *cariosi* che si possono trovare nelle cavità colesteatomatose, non ho nulla da aggiungere a quanto ho detto in proposito parlando degli altri casi. L'*apertura* e il tamponamento delle cavità colesteatomatose bastano ad arrestare questa *carie*; le granulazioni rispettate ne tolgono di mezzo i residui in modo molto più giudizioso delle nostre cucchie, e, non appena fatto il loro dovere, pensano da sè a sparire e far posto a tessuto cicatriziale.

Mi preme ora dire alcune cose molto importanti circa la cura consecutiva all'operazione.

La prima medicatura, salvo complicazioni che non ho mai avute, si fa dopo otto o dieci giorni, e anche 12 se la secrezione è scarsa e non dà cattivo odore. I singoli pezzi di tampone vengono tolti solamente finchè si trovano imbevuti di secrezione: quelli profondi che fossero tuttora aderenti si lasciano in sito finchè non si staccano da sè. (¹) I tamponi tolti si sostituiscono con altri non più di garza iodoformica, ma borica. (²) Non vi è punto bisogno di passare tamponi dalla ferita al condotto uditivo o viceversa: l'apertura del condotto, per effetto della sua struttura cartilaginea, rimane beante da sè. Talora accade — ed è il caso più favorevole — che, quando si stacca spontaneamente l'ultimo tampone, si trova il fondo della cavità già rivestito dappertutto, o quasi, d'epitelio, — parte mucoso, parte cuta-

(¹) Nel momento in cui scrivo ho fra i miei operati un giovane contadino, operato 45 giorni fa di colesteatoma, in cui è tuttora in sito, aderente ed asciutto, come quando fu messo, il tamponcino più profondo. Nel rimanente la cavità è oramai già tutta epidermizzata.

(²) La garza borica, preparata dalle nostre suore collo stesso processo della garza iodoformica, riesce meno irritante, non produce un eccessivo sviluppo di granulazioni, e non dà cattivo odore.

neo — e questo è il momento di smettere di tamponare e lasciar chiudere la ferita posteriore.

Un artificio molto pratico ed utile per risparmiare molte medicature si è quello di depositare, sulla superficie del tamponone che rimane aderente, un grosso strato di polvere di acido borico, innanzi di mettere i nuovi tamponi che debbono sostituire quelli tolti dalla parte più superficiale della ferita. Quella polvere diminuisce notevolmente la secrezione ed impedisce per questo motivo, e per la sua azione chimico-biologica, quelle fermentazioni che altrimenti avvengono facilmente negli strati più superficiali del tamponamento, e che — pur non disturbando sensibilmente l'andamento della guarigione — danno luogo a produzione di cattivo odore e quindi costringono a rinnovare le medicature più frequentemente. Tali medicature all'acido borico sogliono presentare un colorito nerastro, tanto più intenso quanto più a lungo son rimaste in sito. In condizioni favorevoli si possono lasciare anche per otto giorni senza inconvenienti.

In questo modo la cura consecutiva all'operazione è, di fronte a ciò che avviene col processo usuale, abbreviata fino ai limiti del possibile e ridotta alla massima semplicità. E di ciò s'intende facilmente il perchè, quando si ponga mente alla differenza nella tecnica operatoria, differenza che pare formale, ma è invece sostanziale. Infatti i miei colleghi, scuocchiando sistematicamente la mucosa granulante delle cavità dell'orecchio medio fino all'imboccatura della tromba di Eustachio, costringono la natura anzitutto a produrre uno strato di tessuto di granulazione alla superficie dell'osso raschiato — quando non avvengono necrosi parziali dovute alla cucchiara, che ritardano anche molto di più il processo; — poi a convertire questo tessuto di granulazione in connettivo, il quale deve poi — molto lentamente — attendere la invasione dell'epitelio pavimentoso che ha maggiore e più facile tendenza a diffondersi che quello della tromba. Io, rispettando quanto più posso le parti molli che rivestono le cavità ossee messe allo scoperto, lascio nella ferita — nei casi ordinari senza colesteatoma — oltrechè le isole d'epidermide che ci lasciano

o ci trapiantano gli altri, altre isole di epitelio cilindrico appartenenti alla muccosa rispettata. Quindi a differenza degli altri, io risparmio alla natura e a me stesso un lavoro lungo ed inutile, e trovo, a guarigione completa, le parti più superficiali e più anteriori rivestite di epidermide, quelle più profonde e più posteriori di epitelio muccoso.

La ulteriore osservazione dei più vecchi fra i miei casi guariti, mi ha dimostrato che l'epitelio corneo ha tendenza ad invadere lentissimamente il campo di quello muccoso. Resta a vedere se col tempo questa invasione abbia luogo in modo completo. Se ciò si verificherà, il risultato definitivo quanto al modo di guarigione, sarà lo stesso di quello ottenuto dagli altri autori, ma con queste differenze: 1^a, che essi fanno un'operazione molto più complicata, e che espone maggiormente a complicazioni e pericoli; 2^a che la cura consecutiva, intendendo con ciò il periodo di tempo che decorre dall'operazione al momento in cui si può sospendere il tamponamento posteriore e lasciar chiudere la ferita, anche facendo le più ampie concessioni, è per lo meno due volte più lunga nei casi scucchiati; 3^a, che il numero delle medicature necessarie durante questo periodo è, col processo ordinario, almeno 6 volte maggiore; 4^a, che le singole medicature sono, nei casi scucchiati, molto più complicate e penose che negli altri. (1)

Questi vantaggi hanno un valore grande in tutti i casi, ma incalcolabile addirittura quando si tratti di bambini: e questo io posso dirlo in modo particolare e con tutta sicurezza, avendo

(1) A detta di tutti — ed io stesso purtroppo dovetti persuadermene in alcuni dei miei primi casi operati e medicati, dirò così, all'antica — la parte più scabra, dolorosa ed al tempo stesso più importante della cura consecutiva è la ripetizione ad ogni medicatura del tamponamento minuzioso, serrato, della parte profonda della ferita, diretto ad evitare e combattere l'eccessivo sviluppo delle granulazioni e la loro adesione al disopra di parti tuttora suppuranti. Col mio modo di operare e di medicare, io evito completamente, o quasi, cotesti inconvenienti. Fra gli ultimi miei operati ne conto alcuni nei quali la parte profonda del tampone messa al momento dell'operazione non ha mai avuto bisogno d'esser cambiata, perchè rimasta asciutta, inodora, aderente; e, quando si è distaccata dal fondo della breccia, le pareti della cavità erano oramai tappezzate da epitelio sano, per cui non v'era più bisogno di tamponamento, o per lo meno si poteva farlo molto più lento o limitato alle pareti più superficiali della ferita.

fin qui reclutato buona parte del mio materiale di osservazione fra bambini al disotto del 5° anno. (1)

Io voglio prevenire una obiezione che mi si potrebbe muovere: dato che, nei miei casi guariti, non si verificasse, col progresso del tempo, la trasformazione epidermica completa delle superfici rimaste per ora rivestite di epitelio mucoso, può questo stato di cose presentare degli inconvenienti, dei pericoli, o per lo meno dimostrarsi meno favorevole della epidermizzazione completa?

Una risposta categorica a questa obiezione non potranno darla che i fatti ed il tempo. Ma intanto giova considerare che, a buon conto, esistono a centinaia gli individui che portano perforazioni timpaniche più o meno larghe in seguito a guarigione spontanea di otiti suppurative, senza che la mucosa del loro orecchio medio sia epidermizzata, e senza risentirne danno alcuno. Ora cotesti individui hanno, come i miei operati, la superficie delle cavità dell'orecchio medio rivestita di epitelio mucoso e comunicante liberamente coll'esterno. Ma i miei operati hanno di fronte a quelli questo immenso vantaggio: di possedere cioè una cavità unica, ampiamente comunicante coll'esterno, ed in cui i ristagni delle secrezioni sono impossibili. Si può quindi per lo meno ammettere che il peggior male a cui possono andare incontro è un po' di catarro. (2) Nè d'altro lato si può dire che i guariti con epidermizzazione totale della cavità non possano andare incontro a qualche piccolo disturbo congenere. Anche le superfici epidermiche hanno le loro dermatiti, i loro catarri; di più, quando tappezzano cavità infossate,

(1) Nell'ultimo resoconto venuto dalla Clinica Otoiatrica di Halle, che è quella dove si è fatta la massima applicazione dell'operazione in discorso (*Grunert*, Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 35, pag. 209), si arriva a mettere in dubbio se, data la difficoltà e la lunghezza della cura consecutiva, convenga praticare l'operazione in bambini di età inferiore ai cinque anni.

(2) Nei miei operati guariti ho osservato talora, per qualche settimana dopo che si è sospeso il tamponamento, una leggera secrezione catarrale. Questo catarro, che è l'effetto della esposizione all'aria delle mucose delle cavità dell'orecchio medio, cessa coll'abituarsi della mucosa al nuovo ambiente, precisamente come cessa negli individui che son guariti spontaneamente di un'otite suppurativa, riportandone una perforazione timpanica permanente.

danno più facilmente luogo a desquamazione abbondante, i cui prodotti si accumulano nelle parti più declivi, dando a loro volta origine a nuove dermatiti, e via di seguito. Ma, dopo tutto, nell' un caso e nell' altro si tratta di inconvenienti senza entità, e sempre molto minori che non in seguito alle guarigioni spontanee. Gli scopi essenziali della nostra terapia: prevenire complicazioni pericolose per la vicinanza del cranio; sottrarre l'organismo ai danni di una suppurazione, spesso fetida e sanguinolenta, e che non si sa mai se, quando e come finirà; arrestare i perniciosi effetti che la suppurazione determina sulla funzione uditiva; (1) questi scopi sono raggiunti. Resta solo a stabilire qual è la via più pratica, più semplice, più comoda e più sicura. Ed io sarò contento se la presente Nota, oltrechè a popolarizzare tra il pubblico medico il concetto della cura chirurgica radicale delle suppurazioni croniche dell' orecchio ribelli alle cure ordinarie, avrà contribuito anche per una piccola parte ad indicare questa via.

(1) È oramai dimostrato che l'operazione in discorso, quando non migliora la facoltà auditiva, ne arresta il deterioramento. Solo in rarissimi casi è stata osservata una lieve diminuzione della funzione uditiva: ma resta a vedere se ciò non sia dovuto ad imperfezioni od errori di tecnica operatoria.



