



ARCHIVIO ITALIANO

OTOLOGIA

RINOLOGIA E LARINGOLOGIA

FONDATO DAI PROFESSORI

E. DE ROSSI | **G. GRADENIGO**
in Roma | in Torino

E PUBBLICATO DAL
Professore G. GRADENIGO

Redattore-Capo Prof. GHERARDO FERRERI
Aiuto nella Clinica Oto-Rino-Laringologica di Roma.

Principali Collaboratori:

Dott. ARSLAN - Prof. AVOLEDO - Dott. BIAGGI - Dott. BONOMO - Dott. BRUNETTI
Prof. CORRADI - Prof. COZZOLINO - Dott. DELLA VEDOVA - Dott. DE SIMONI
Prof. FARACI - Dott. GALETTI - Dott. GARBINI - Dott. GAVELLO - Dott. GERONZI - Dott. LABUS
Dott. MARCHIAFAVA - Prof. MASINI - Prof. NICOLAI - Prof. NOVARO
Dott. NUVOLI - Prof. POLI - Dott. RICCI - Dott. RONGALLI
Dott. ROSATI - Dott. SECCHI - Dott. STRAZZA - Dott. VILLA.

**Nuovo contributo alla chirurgia acustica
e funzionale dell'Orecchio medio.**

Risultato di alcune mobilizzazioni della staffa

Prof. **GIUSEPPE FARACI** (Palermo).



ESTRATTO

volume VII, fasc. 2 - Marzo 1898.



TORINO

STAMPERIA DELL'UNIONE TIPOGRAFICO-EDITRICE

33, Via Carlo Alberto, 33

1898

L'Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, fondato dai professori E. DE ROSSI e G. GRADENIGO, inizia col 1° gennaio 1898 il suo VII Volume. La copia e la varietà dei lavori originali e delle comunicazioni scientifiche finora pubblicati, mentre giustificano le stesse accostiglienze che l'Archivio ha incontrato così in Italia come all'estero, costituiscono la migliore prova della opportunità di una consimile pubblicazione in Italia, dove gli studi sulle malattie dell'orecchio, del naso e della laringe hanno, segnatamente negli ultimi anni, incontrato così largo favore. L'Archivio si propone anche per l'avvenire di rappresentare fedelmente il movimento scientifico in Italia nel campo delle specialità dalle quali si intitola, e cioè sia col pubblicare comunicazioni originali, sia col riassumere esattamente quanto su tale argomento viene pubblicato in altri periodici medici italiani.

Principali lavori pubblicati nei primi sei volumi:

ARSLAN Y., Cura chirurgica delle ipertrofie tonsillari (2 fig.). - Studio dei tumori del setto nasale. - Angina e rinite pseudodifterica infettivo-contagiosa da bacillo della setticemia dei suini. - ARSLAN e CATERINA, Sulla sieroterapia nell'ozena. - AVOLEDO P., Sulla Craniotomia nei processi purulenti otitici. - BAZZINI C., Esofagite flemmonosa - Setticemia criptogenetica. - BELFANTE DELLA VEDOVA, Sull'ozena fedelmente e curabilità colla sieroterapia. - BIAGGI, Rapporti fra la balbuzie e le affezioni del naso e della faringe. - BOBONE T., L'asma nasale. - BONOMO L., Topoaffezioni del naso e della faringe. - BOBONE T., L'asma nasale. - BONOMO L., Topografia cranio-cerebrale della regione auricolo-mastoidea (1 tav.). - CHICCHI G., Dentizione soprannumeraria nel naso (4 fig.). - CIARROCCHI G., Caso di *lupus pernio* del padiglione dell'orecchio sinistro (1 fig.). - CORRADI C., Importanza diagnostica della percezione dei suoni per la via craniense ed aerea nelle malattie auricolari. - Meniugite purulenta e idrocefalo acuto da otite media suppurativa - Sospetto di ascesso cerebrale ed erapanzione - Morte. - Alcune difficoltà dell'intubazione e modo di ripararvi. - Mio metodo di cura delle stenosi croniche della laringe - Un primo caso di guarigione. - COZZOLINO V., Studio clinico-istologico delle neoplasie dei cornetti e del setto nasale (7 fig.). - La chirurgia del canale di Falloppio nelle paracornetti e del setto nasale (11 fig.). - D'AGUANO A., Occlusione congenita della fossa lisi facciali otitiche (11 fig.). - D'AGUANO A., Una prima centuria di casi di difterite nasale posteriore destra. - DAMIANO A., Nota sull'ozena e della laringe e dei trattamenti col siero antitossico. - DELLA VEDOVA T., Nota sull'ozena e della laringe e dei trattamenti col siero antitossico. - DE ROSSI E., Chirurgia operativa dell'orecchio sua curabilità colla sieroterapia. - DE ROSSI E., Chirurgia operativa dell'orecchio medio (4 fig. e tav.). - Due casi di fibromi telengectasici (1 tav.). - Nuovo metodo di introduzione dei cilindri di Schrötter in casi di difficile passaggio nella laringe (1 fig.). - Alcuni esperimenti di miringografia e nuovo metodo di massaggio dell'orecchio medio (10 fig.). - DE SIMONI A., Microorganismi dell'ozena. - DE VESCOVI P., Visione cromatizzata delle parole (2 fig.). - DIONISIO I., Stenosi laringea grave da paralisi completa del recorrente sinistro con introduzione della regione aritnoidea (1 fig.). - FERRI e BRETSCHNEIDER, Sulla natura ed etiologia della rinite catarrale semplice. - FERRI G., Tumori maligni della volta naso-faringea (2 fig.). - Eptelioma del padiglione (3 fig.). - Studi sperimentali sulla micosi aspergillina dell'orecchio. - L'operazione di Stacke negli ascessi sottodurali. - Alterazioni senili dell'orecchio medio (2 fig.). - Intubazione nelle stenosi sifilitiche della laringe. - Estrazione del martello e dell'incudine nelle suppurazioni croniche dell'orecchio medio, ecc. - GALLETI V., Studio delle fratture indirette del condotto uditivo esterno. - GERONZI G., Un caso di emiatrofia linguale. - GRADENIGO G., Sulle manifestazioni auricolari dell'isterismo. - Trombosi otitica del seno trasverso. - Sieroterapia nell'ozena. - Tecnica operativa dell'ascesso cerebrale otitico. - Sulla chirurgia nasale in rapporto alle affezioni auricolari. - MALATO V. E., Sui microorganismi patogeni esistenti nelle cavità nasali fisiologiche ecc. - MARCHIAFAVA E., Un caso di verruca spinosa della laringe (1 fig.). - MARGARUCCI O., Contributo alla chirurgia dei seni frontali. - MASINI G., Rapporti fra le lesioni portate sull'organo dell'udito e la termogenesi. - MASSEI F., Diagnosi della tubercolosi laringea. - MASUCCI S., Un caso di grosso mixoma dell'orecchio medio (3 fig.). - MINGAZZINI G., Osservazioni cliniche ed anatomiche sull'emiatrofia della lingua (3 fig.). - MORPURGO E., Sulle malattie ed anatomiche sull'emiatrofia della lingua (3 fig.). - NICOLAI V., Studi dell'orecchio negli scrofolosi e sull'influenza dei bagni di mare. - NICOLAI V., Studi anatomici sullo sviluppo delle cavità nasali in rapporto alla rino-chirurgia - Tubercolo Poli C., Otite media - Fatti endocranici - Craniotomia esplorativa - Tubercolo del peduncolo cerebrale. - POLTZER A., Sull'affezione primitiva della capsula labirintica come causa di sordità progressiva. - RICCI C. A., Contributo alla patologia della tonsilla linguale. - SECCHI C., Nuovo contributo alla fisiologia dell'orecchio medio. - STRAZZA G., Contributo clinico e anatomo-patologico alle affezioni della volta naso-faringea (2 fig.). - TURINA V. A., Complicazioni piemiche in una forma di otite media acuta con carattere epidemico.

Nuovo contributo alla chirurgia acustica
e funzionale dell'Orecchio medio.



Risultato di alcune mobilizzazioni della staffa

Prof. GIUSEPPE FARACI (Palermo).



La mobilizzazione della staffa, che ebbe origine nella clinica di Roma fin dal 1871, è stata da noi pochissimo praticata per non dire del tutto trascurata; mentre febbrile è l'attività che altrove si spiega intorno a questa operazione e numerosi sono i lavori che vengono giornalmente alla luce. Tra questi vanno principalmente ricordati quelli di Boucheron, Miot, Moure, Politzer, Kessel, Mac-Ewen, Smith, Blake, Dench, Burnett e qualche altro.

Per questa operazione non si è ripetuto quanto scrisse Morgagni a proposito della staffa; « *itaque ab nemine cui stapes totus excidisset, auditum diu conservatum legisse memini* », non si sono messi avanti i timori di Schwartz della possibilità, cioè, di provocare una infiammazione suppurativa del labirinto, nè quelli di Goltz che, con la sua ipotesi fisiologica attribuita ai canali semicircolari, riteneva temerità mettere allo scoperto le parti più delicate dell'organo acustico e dell'equilibrio, senza contare altri pretesi pericoli con leggerezza temuti da noti cultori di Otiatria e riferibili allo scolo della perilinfa, all'introduzione dell'aria nel vestibolo, ecc.

Si comprende, quindi, la ragione per cui la mobilizzazione della staffa, presentandosi spoglia dei suddetti timori, abbia incontrato il favore di molti e percorso in breve tempo il mondo scientifico piantando ovunque salde e profonde le sue radici.

Se, pertanto, ai favorevoli risultati ottenuti, fanno contrasto pochi insuccessi, se delle controversie tuttora regnano sull'utilità

di questa operazione in alcune forme di otopatie, lo si deve, secondo me, attribuire a due fatti: 1° all'impossibilità di potere tuttora con i mezzi d'indagine fisica che possediamo fare un'esatta diagnosi intorno alle condizioni anatomiche e funzionali del nervo acustico; 2° alla mancanza di nozioni precise, nette e determinate, sufficienti a farci differenziare i vari stati morbosi non suppurativi dell'orecchio medio. Per cui, spesso, si assiste allo sconcertante spettacolo di vedere una data lesione diversamente diagnosticata nelle varie scuole, la qual cosa ingenera confusione ed incertezza nella mente dell'otologo il quale non può mai avere un'esatta conoscenza delle vere condizioni anatomo-patologiche dell'orecchio in esame, ed acquistare, quindi, quelle cognizioni necessarie a fargli evitare gli errori in cui altri sperimentatori sono caduti.

A questo inconveniente si sarebbe potuto riparare pubblicando i singoli casi corredati da un esame accurato e minuzioso per quanto riguarda le alterazioni obbiettive e funzionali dell'orecchio leso, in modo da formare delle tavole di confronto che ci mettano in grado, nel caso speciale, di stabilire l'esatta indicazione per l'operazione. Ciò, invece, non si è fatto; per cui credo sommamente utile pubblicare le mie osservazioni con un esame per quanto possibile completo. Inoltre, essendo mia intenzione che chi legge conosca esattamente lo stato morboso dell'orecchio dei miei operati, mi permetto accennare per sommi capi i criteri che mi guidano nella definizione nosologica dei vari stati morbosi, riserbandomi di giustificare in altro mio lavoro, alla base di osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche, questo mio modo di vedere.

La lesione predominante dal punto di vista anatomico caratterizza, secondo me, la forma morbosa. Così, definisco senz'altro la malattia col nome d'*iperemia cronica*¹, quando questa rappresenta la lesione principale mentre le altre alterazioni, come entità morbose, passano in seconda linea.

Se poi quest'affezione ha dato luogo all'iperplasia della mu-

¹ Parlo qui soltanto dei processi cronici, essendo questi i casi che comunemente richiedono le risorse dell'oto-chirurgia, sia per migliorare l'udito che per combattere i disturbi subiettivi.

cosa, anche che sussistano i fatti iperemici, chiamo la malattia con il nome di *otite media iperplastica* a cui fo seguire l'aggettivo *secondaria* per distinguerla dalla classica otite iperplastica che io denomino *primitiva*, appunto perchè non segue, almeno clinicamente, ad alcun altro fatto morboso.

Se, invece, l'iperemia ha dato luogo alla sclerosi della mucosa, allora la definisco *otite media sclerosante secondaria* per distinguerla da altre otiti sclerosanti dovute a processi diversi. Non ammetto altra successione morbosa all'iperemia cronica dell'orecchio medio.

Un grado di alterazione più avanzato è rappresentato da quella malattia che va sotto il nome di *otite media catarrale*. In questa, oltre l'iperemia, abbiamo degli essudati limitati alla cassa senza che fuoriescano dalla medesima, se ciò avviene, mediante la perforazione spontanea del timpano, allora l'affezione, qualunque sia la natura apparente dell'essudato, per me, è di natura purulenta ed io la comprendo nella categoria delle otiti medie purulente. A malincuore conservo la parola *catarrale* alla malattia suddetta, e ciò, non perchè riconosca nella medesima alterazioni anatomiche diverse da quelle che comunemente si osservano nelle affezioni catarrali delle mucose, ma, solo, perchè manca il *κατὰ μέρος* dei Greci e per cui troverei più logico definirla semplicemente *otite media*.

L'otite media catarrale è caratterizzata, oltre che dai fatti iperemici, da una grande deformità nell'inclinazione e superficie della membrana, dovuti, sia alla stenosi tubaria concomitante, che alla produzione di sinechie e false membrane che non si osservano, invece, nell'iperemia cronica dell'orecchio.

Dall'otite media catarrale si può passare in ultimo all'otite sclerosante ed iperplastica. I caratteri in questo caso sono quasi identici a quelli osservati in seguito all'iperemia cronica, solo si nota una maggiore alterazione nell'aspetto della membrana e la presenza di briglie connettivali o di sinechie; inoltre, essendo stato il disturbo nutritivo maggiore che nell'iperemia, è più facile riscontrare nel timpano l'infiltrazione calcarea.

Le lesioni, in ultimo, che seguono ad un processo purulento sono comprese nella denominazione di *esiti di otiti medie purulente*.

Queste sono le forme morbose da me ammesse. Ciò premesso, riferisco le mie osservazioni sorvolando sulla tecnica operativa, essendo stata questa accennata in un altro lavoro ed ampiamente svolta nel mio libro.

Osservazione I.

STORIA. — F. Procida, da Palermo. Sin dall'infanzia suppurazione intermittente a sinistra con indebolimento dell'udito. Da sei anni sordità accompagnata da forti rumori e vertigine, la quale, in questi due ultimi anni, è divenuta molto grave e continua. L'ammalato ne soffre grandemente. Da parecchi anni (non sa precisare) progressivo abbassamento dell'udito a destra.

ESAME FUNZIONALE. — *Orecchio sinistro*. — Or. 0; C $10/50$; C¹, C², C³, $30/50$; voce afona 0; voce parlata¹ 0,05; Rinne positivo, Galton 7,4. *Orecchio destro*. Or. $10/300$; C $16/50$; C¹, C², C³, $30/50$; voce afona 0,50; voce parlata più di 4 m.; Galton 4,5; Rinne positivo, Weber a destra. L'esame elettrico non si poté fare.

ESAME OBIETTIVO. — *Orecchio sinistro*. — Membrana atrofica e molto infossata sulle parti centrali, cicatriziale alla periferia. Appena visibile il triangolo luminoso come pure i vasi del martello; quest'ultimo, molto spostato in dentro, è pochissimo mobile, mentre il timpano, specialmente nel segmento anteriore, è mobilissimo. Valsalva negativo. La pressione liquida sulla membrana destò pochissima vertigine. Ipertrofia tonsillare bilaterale, faringite granulosa, rinite cronica iperplastica (*Esiti di otite media purulenta cronica con lieve rigidità della catena degli ossicini e stenosi tubaria; lesione dell'acustico*).

OPERAZIONE. — *Orecchio sinistro*. — 2 febbraio. — Mirin-gectomia temporanea, disarticolazione ed estrazione dell'incudine, mobilizzazione della staffa, conservato il tendine dello stapadio. Finita l'operazione si ebbe forte vertigine e vomito. Si rimette il lembo a posto e si medica².

¹ Per voce parlata io uso nomi staccati pronunziati con quella forza con cui si parla ordinariamente.

² L'Autore descrive con dettaglio i metodi operativi da lui impiegati in due altri lavori, la cui pubblicazione, per difetto di spazio, dovette venir rimandata al prossimo fascicolo. (N. d. R.)

RISULTATO. — 5 febbraio. — Galton 6,4; voce parlata 0,50. Le condizioni locali ottime. La vertigine dopo un giorno era completamente scomparsa.

14 febbraio. — Cicatrizzata completamente la membrana. Nessun'altra modificazione nell'udito.

20 marzo. — *Orecchio sinistro*. — Or. 0; C, C¹, C², C³, come prima dell'operazione. Rinne positivo. Voce afona a contatto, voce parlata 0,50; Galton 5,2. Diminuiti i rumori e la vertigine. — *Orecchio destro*. — Or. $\frac{40}{300}$; C, C¹, C², C³, come prima dell'operazione. Weber a destra, Rinne positivo, voce afona 3 m. Galton 3,0.

20 aprile. — Persiste immutato il miglioramento¹.

Osservazione II.

STORIA. — Caterina Gulioso, vedova Contino, da Cefalù. Da dieci anni diminuzione progressiva dell'udito a destra con rumori continui paragonabili a quelli di una corrente di acqua. Da otto anni gli stessi fatti a sinistra. A lunghi intervalli avverte dei tinniti a forma di fischio. Soffre di vertigine, specialmente nei movimenti subitanei del capo. Mai suppurazione o dolore alle orecchie. Nulla di ereditario.

ESAME FUNZIONALE. — *Orecchio destro*. — Or. a contatto; C 0; C¹ $\frac{8}{50}$; C², C³, $\frac{20}{50}$; Rinne negativo, Weber a destra. Galton normale; voce afona 0; voce parlata 0,30. — *Orecchio sinistro*. — C $\frac{10}{50}$; C¹, C², C³, $\frac{20}{50}$; Rinne negativo; Or. $\frac{10}{300}$; Galton normale; voce afona 0,15; voce parlata 1 m.

L'esame elettrico non si potè fare.

ESAME OBIETTIVO. — *Orecchio destro*. — Membrana discretamente infossata, atrofica, bianca, secca, poco vascolarizzata. Manico del martello, molto sporgente, è ritorto sul suo asse. Appena visibile la branca verticale dell'incudine. Poco appariscente il triangolo luminoso. Valsalva positivo; negativo l'esperimento della pressione liquida sulla membrana timpanica. Grandissima mobilità del timpano, nessuno spostamento del

¹ Essendo il lavoro in corso di stampa non posso descrivere le modificazioni acustiche riscontrate ultimamente in quest'infermo; ciò però sarà fatto in altra pubblicazione.

manico del martello. Catarro cronico naso-faringeo (*Olite media sclerosante da iperemia cronica, con anchilosi della catena degli ossicini*).

OPERAZIONE. — *Orecchio destro*. — 3 febbraio. — Formazione del lembo timpanico, disarticolazione ed ablazione dell'incudine, mobilizzazione della staffa, conservato il tendine dello stapedio. Nessuno inconveniente, poca vertigine. Il lembo, per la sua atrofia, non si potè rimettere a posto. Si medica al solito.

RISULTATO. — Immediatamente dopo l'operazione l'esame acustico diede: Or. $\frac{30}{300}$; C $\frac{16}{50}$; voce afona 0,20.

5 febbraio. — Or. $\frac{30}{300}$; voce afona 0,20; voce parlata 3 m.; C $\frac{20}{50}$; Weber a sinistra. Reazione infiammatoria limitata ai dintorni della perforazione timpanica. Cessata la vertigine.

16 febbraio. — Or. $\frac{30}{300}$; voce afona 0,20; voce parlata 3 m.; Rinne negativo, Galton normale, C $\frac{20}{50}$. Scomparsa ogni traccia d'infiammazione; membrana timpanica largamente perforata; diminuito molto il rumore nell'orecchio operato; cessata la vertigine.

15 marzo. — *Orecchio destro*. — Or. $\frac{30}{300}$; C $\frac{25}{50}$; Galton normale, voce afona 1 m.; voce parlata 3 $\frac{1}{2}$ m.; Rinne negativo. Persiste la perforazione del timpano. — *Orecchio sinistro*. — Or. $\frac{10}{300}$; C $\frac{25}{50}$; Galton normale, voce afona 1 m.; voce parlata 3 m. L'inferma parte molto soddisfatta.

8 ottobre. — L'ammalata risponde ad una mia lettera affermando la persistenza del miglioramento ottenuto.

Osservazione III.

STORIA. — Faia Guglielmo fu Gaetano, di anni 50, da Palermo. Da circa 30 anni progressivo abbassamento dell'udito a destra ove, da dieci anni a questa parte, si sono aggiunti dei ronzii fortissimi ed insopportabili. Da quindici anni gli stessi fatti a sinistra. Soffre, inoltre, di accessi intermittenti di vertigine. Null'altro di particolare.

ESAME FUNZIONALE. — *Orecchio destro*. — Or. 0; C 0; C $\frac{1}{30}$ $\frac{5}{50}$; C 2 , C 3 , $\frac{10}{50}$; Rinne negativo, Weber al vertice, Galton

5,0; voce afona 0; voce parlata 0,20. — *Orecchio sinistro.*
— Or. a contatto, C. 0; C¹ 10/50; C², C³, 12/50; Rinne negativo, voce afona 0,05; voce parlata 0,35; Galton 4,5.

L'esame elettrico non si potè fare.

ESAME OBIETTIVO. — *Orecchio destro.* — La membrana, molto infossata, inspessita ed opacata, presenta delle macchie bianche di sclerosi nel quadrante postero-superiore. Non si vede per trasparenza nessun punto della cassa. Manico del martello spostato indentro e ritorto sul suo asse. Mantante il triangolo luminoso. Valsalva negativo; pressione liquida negativa. Immobile il segmento posteriore del timpano ed il manico del martello. Catarro cronico naso-faringeo, stenosi nasale destra per ipertrofia del turbinato inferiore (*Otite media iperplastica da otite catarrale, anchilosi della catena degli ossicini, probabile lesione secondaria dell'acustico*).

OPERAZIONE. — *Orecchio destro.* — 23 febbraio. — Processo solito. Disarticolata e lussata l'incudine, si osserva la nicchia della finestra ovale piena di un tessuto fibroso di nuova formazione che copre la base della staffa fissandola solidamente. Incisione ed asportazione di questo tessuto fibroso, mobilizzazione della staffa. L'operazione è stata un po' laboriosa e dolorosa stante la posizione quasi nascosta dell'ossicino dietro l'annulo timpanico. Si ebbe un po' di vertigine senz'altro incidente. Si rimette il lembo e si medica al solito.

RISULTATO. — L'esame acustico fatto dopo la lussazione dell'incudine fu trovato lo stesso di prima; eseguita, però, la mobilizzazione, il risultato è stato il seguente: voce afona 0,50; voce parlata 3 m.

25 febbraio. — Infiammazione dell'orecchio medio il quale è pieno di un essudato sanguinolento. Il miglioramento acustico è scomparso. Vuotata la cassa ritornò un po' di udito, però inferiore a quello avuto dopo l'operazione.

28 febbraio. — Continua l'infiammazione; cassa timpanica piena di essudato. Ritornato un'altra volta il peggioramento acustico, si vuota un'altra volta l'orecchio medio e l'udito ritorna a migliorare. Per evitare tale inconveniente e favorire il processo di guarigione, si escide tutto il segmento posteriore del timpano rasente l'orlo timpanico.

8 marzo. — Diminuita l'infiammazione, voce afona 0,30, voce parlata 1 1/2 m. Rimane ancora una piccola perforazione.

16 marzo. — Cessata ogni traccia d'infiammazione, cicatrizzazione completa della membrana; un'altra volta scomparso il miglioramento dell'udito il quale è, quasi, ritornato qual era prima dell'operazione. Si opera una terza volta escidendo completamente il timpano, rasente l'inserzione ossea, ed asportando anche l'incudine ed il martello. Si mobilizza un altro po' la staffa. Si ottiene il seguente risultato: Or. 5/300; C 10/50; C¹, C², 20/50; voce afona 0,40; voce parlata 2 m.; Rinne negativo, Galton 5,0; Weber al vertice.

20 marzo. — Diminuita molto la suppurazione ed i rumori, manca la membrana, non si osserva neof ormazione di altro tessuto che tenda a sostituirla.

15 novembre. — Avendo saputo che l'ammalato si lamentava perchè l'udito era ritornato peggio che prima dell'operazione, ritorno ad esaminarlo e trovo: *Orecchio destro*. — Or. 1/300; C 5/50; C¹ 12/50; C², C³, 10/50; Galton 3,2; voce afona a contatto, voce parlata 0,60; Rinne negativo. — *Orecchio sinistro*. — Or. 10/300; C 0; C¹ 10/50; C², C³, 14/50; Galton 3,6; voce afona 0,25; voce parlata 1 m. Migliorato anche l'orecchio non operato. A destra inoltre osservasi: mancanza di membrana, la mucosa del promontorio di un aspetto cicatriziale, molto rimpicciolita la nicchia della finestra ovale per la neof ormazione di un tessuto connettivo che circonda la staffa e che deve necessariamente ostacolarne i movimenti. Dinanzi all'evidenza dei fatti, l'infermo non dice più di essere peggiorato, nega, però, di avere riportato un qualsiasi miglioramento perchè, egli dice, è tuttora costretto a voltarsi dal lato sinistro per intendere i discorsi! L'infermo, inoltre, afferma che i ronzii e la vertigine sono rimasti quali erano prima dell'operazione. Può darsi che sia così, quantunque si abbia ragione di sospettare, nel caso in ispecie, un avvenuto miglioramento anche in questi disturbi; in ogni modo è certo che i medesimi non sono peggiorati.

Osservazione IV.

STORIA. — Ippolito Zerbo fu Castrenzo, di anni 48, da Palermo. Sin dall'infanzia progressivo abbassamento dell'udito a destra. Da tre anni lo stesso fatto a sinistra. Da un anno soffre forti rumori ad entrambi i lati specialmente la notte. Non ha avuto mai vertigine nè altre malattie. Nulla di ereditario.

ESAME FUNZIONALE. — *Orecchio destro*. — Or. a contatto, C. 0; C¹, C², $\frac{5}{50}$; C³ $\frac{10}{50}$; Galton 2,0; voce afona 0; voce parlata 0,40; Rinne negativo, Weber al vertice. — *Orecchio sinistro*. — Or. $\frac{1}{300}$; C $\frac{3}{50}$; C¹, C², $\frac{6}{50}$; C³ $\frac{10}{50}$; Rinne negativo, voce afona 0,05; voce parlata 1 m.; Galton 2,0.

L'esame elettrico non si potè fare.*

ESAME OBIETTIVO. — *Orecchio destro*. — Membrana atrofica, trasparente nel segmento anteriore, opaca ed ispessita posteriormente, di colore bianchiccio ed infossata. L'aspetto generale del timpano è quello di un tessuto secco, ruvido, poco elastico. Triangolo luminoso quasi scomparso; vasi del martello assottigliati, quest'ultimo spostato leggermente in dentro. Valsalva negativo, negativa pure l'iniezione liquida nel condotto. Catarro cronico naso-faringeo (*Otite media sclerosante da otite catarrale, rigidità della catena degli ossicini*).

OPERAZIONE. — *Orecchio destro*. — 18 marzo. — Lembo timpanico al sito di elezione, disarticolazione e lussazione dell'incudine. Si vede una briglia connettivale molto robusta che dal bordo superiore della nicchia della finestra ovale si porta trasversalmente in fuori fissandosi alla testa della staffa, la quale è in tal modo fortemente immobilizzata. Ripetendo l'esame uditivo questo si trova lo stesso di prima. Si taglia la briglia, si mobilizza la staffa, e l'udito migliora grandemente. Il lembo timpanico, per la sua atrofia e poca elasticità, non potè riapplicarsi. Si medica al solito. Leggera vertigine. Nessun altro inconveniente.

RESULTATO. — Dopo l'operazione l'esame acustico dell'orecchio operato diede: voce afona 0,40; voce parlata 3 m.; C $\frac{12}{50}$; Or. $\frac{5}{300}$; l'ammalato dice di sentire un forte rumore paragonabile a quello di una corrente di acqua.

20 marzo. — I rumori sono molto diminuiti; non ha avuto vertigine; continua il miglioramento uditivo. Nessun dolore nell'orecchio, il quale presenta solo un leggiero arrossamento nel campo operativo.

25 marzo. — Persiste la perforazione timpanica, cessata ogni traccia d'inflamazione, diminuiti i rumori, continua il miglioramento acustico.

1° aprile. — Or. $\frac{10}{300}$: C, C¹, C², $\frac{15}{50}$; C³ $\frac{18}{50}$; Galton 2,0; voce afona 0,80; voce parlata 3 $\frac{1}{2}$ m; Rinne negativo. Persiste la perforazione timpanica.

3 giugno. — Avendo inteso che l'ammalato aveva perduto il miglioramento uditivo conseguito, ho voluto esaminarlo ed ho trovato: *Orecchio destro*. — Or. $\frac{5}{300}$; C $\frac{3}{50}$; C¹, C², $\frac{8}{50}$; C³ $\frac{10}{50}$; Galton 2,0; Weber al vertice, Rinne negativo, voce afona 0,20; voce parlata 1 $\frac{1}{2}$ m.; *Orecchio sinistro*: Or. $\frac{2}{300}$; C, C¹, C², C³, come prima, Rinne negativo, Galton 2,0; voce afona 0,10; voce parlata 1 $\frac{1}{2}$ m. Lievemente migliorato quindi l'orecchio non operato. Non ci sono state mai vertigini. L'ammalato afferma che i rumori sono intensi come prima dell'operazione.

In questi ultimi giorni ho inteso dire, non so se per malignità od altro, che il miglioramento uditivo è andato interamente perduto; io, però, ciò non posso affermare non avendo più visto l'infermo: ho ragione a ritenere anzi, fino a prova in contrario, che il miglioramento sussista, tanto più che l'ultimo esame lo confermava, nonostante che l'ammalato ritenesse il contrario.

Osservazione V.

STORIA. — Angela Allegra, vedova Rubino, da Palermo. Da dieci anni diminuzione progressiva dell'udito a destra con forti ronzii ed accessi intermittenti di vertigine. Da quattro anni gli stessi fatti a sinistra. Nulla di ereditario.

ESAME FUNZIONALE. — *Orecchio destro*. — Or. a contatto; C 0; C¹, C², C³, $\frac{5}{50}$; Rinne negativo, Weber a destra, Galton 3,0; voce afona 0; voce parlata 0,05. — *Orecchio sinistro*. — Or. $\frac{3}{300}$; C $\frac{5}{50}$; C¹, C², C³, $\frac{8}{50}$; Rinne negativo, Galton normale, voce afona a contatto, voce parlata 0,80.

ESAME ELETTRICO. — *Orecchio destro*. — Ka. Ch. S. con 15 MA. La stimolazione elettrica del nervo produce nell'ammalata la sensazione di un fischietto che cessa all'apertura del catode. An. Ch. S. — An. A. S. con 15 MA. Anche qui si produce la medesima sensazione che dura 5" all'apertura dell'anode.

ESAME OBBIETTIVO. — *Orecchio destro*. — Membrana opaca, infossata, di colore più bianca dell'ordinario, lascia appena vedere la branca verticale dell'incudine. Manico del martello, spostato in dentro, si presenta torto sul suo asse e molto sporgente. Triangolo luminoso discretamente conservato; Valsalva negativo, negativa pure la pressione liquida sul timpano. Faringite granulosa, rinite catarrale cronica con ipertrofia dei turbinati e stenosi nasale-destra; catarro tubario (*Otite media sclerosante, da otite catarrale, rigidità della catena degli ossicini*).

OPERAZIONE. — *Orecchio destro*. — 8 aprile. — Si forma il lembo timpanico, si disarticola e si lussa l'incudine. Nessun miglioramento nell'udito. Si osserva la staffa immobilizzata da un tessuto fibroso che riempie in parte il solco prismatico della nicchia della finestra ovale. S'incide il tendine dello stapedio, il connettivo peribasale ed il legamento stapedo-vestibolare. Si rese allora possibile una leggiera mobilizzazione della staffa, però insufficiente per il risultato acustico conseguito. Occorreva quindi aumentare la mobilità dell'ossicino e pensai, allora, di raschiare, mediante un piccolissimo coltello lanceolare curvo sul piatto, le pareti della nicchia e portare via il connettivo di nuova formazione che circondava la base della staffa. In tal modo la mobilizzazione fu completa e l'udito migliorò grandemente. Nessuno incidente, tranne un po' di vertigine. Si rimette il lembo e si medica.

RISULTATO. — Dopo l'operazione l'udito fu: Or. $\frac{3}{300}$; voce afona 0,10, voce parlata 2 $\frac{1}{2}$ m.; C $\frac{5}{50}$.

9 aprile. — Cessata la vertigine, avverte un po' di dolore nell'orecchio perchè si trova leggermente infiammato. La cassa timpanica è piena di un siero sanguinolento. Si rinnova la medicatura.

11 aprile. — Aumentata l'infiammazione, diminuito l'udito.

16 aprile. — Cessata l'inflamazione, persiste la perforazione timpanica; l'udito è tornato a migliorare: Or. $\frac{3}{300}$; voce afona a contatto, voce parlata 0,80.

7 giugno. — Or. $\frac{3}{300}$; voce afona a contatto, voce parlata 0,80; Galton 3,0; C $\frac{3}{50}$; sente discretamente gli altri diapason. L'ammalata avverte delle oscillazioni nell'udito in rapporto alle condizioni catarrali naso-faringee. La membrana timpanica, completamente cicatrizzata, è tornata nelle condizioni in cui era prima dell'operazione.

12 ottobre. — Persiste il miglioramento nell'udito.

25 novembre. — *Orecchio destro.* — Or. $\frac{10}{300}$; C $\frac{8}{50}$; C¹, C², C³, $\frac{12}{50}$; Galton 3,0; voce afona 0,10; voce parlata 1 m.; Weber a destra. Rinne negativo. — *Orecchio sinistro.* — Or. $\frac{10}{300}$; C $\frac{5}{50}$; C¹, C², C³, $\frac{12}{50}$; Galton normale, voce afona 0,05; voce parlata 0,80. Migliorato anche l'orecchio non operato. L'ammalata è guarita completamente dalle vertigini, sente molto meno i rumori. Non ha sofferto alcun disturbo per l'operazione subita.

Osservazione VI.

STORIA. — Gaetano Parisi fu Lorenzo, di anni 48, da Palermo. Da cinque anni diminuzione progressiva dell'udito bilaterale senza che in precedenza avesse avuto alcun fatto morboso da richiamare la sua attenzione sugli organi acustici. Mai vertigini e ronzio. Nulla di ereditario.

ESAME FUNZIONALE. — *Orecchio sinistro.* — Or. a contatto, C 0; C¹ $\frac{2}{50}$; C², C³, $\frac{5}{50}$. Rinne negativo, Galton 4,0; voce afona 0; voce parlata 0,40; Weber al vertice. — *Orecchio destro.* — Or. $\frac{30}{300}$; C $\frac{3}{50}$; C¹ $\frac{5}{50}$; C², C³, $\frac{10}{50}$; Rinne negativo, Galton normale, voce afona 0,80; voce parlata 3 m.

ESAME ELETTRICO. — *Orecchio sinistro.* — Ka. Ch. S. dapprima con 50 MA., continuando l'esame si ottiene reazione anche con 30 MA. An. Ch. S. con 10 MA. Aumentando l'intensità della corrente non si ottiene reazione all'apertura sia dell'anode che del catode. Lo stimolo sonoro provocato è sotto forma di sibilo.

ESAME OBIETTIVO. — *Orecchio sinistro.* — Condotto ampio con presenza di cerume. Membrana irregolarmente opa-

cata ed ispessita tanto da non lasciare vedere gli organi sottostanti, infossata e poco elastica. Manico del martello spostato in dentro; vasi di quest'ultimo iniettati; visibili in qualche punto i capillari del timpano. Triangolo luminoso scomparso; mobile anche la membrana; immobile il manico del martello. Valsalva negativo, come pure l'iniezione liquida nel condotto. Al naso riscontransi le note di un catarro cronico iperplastico con stenosi nasale a sinistra per ipertrofia dei turbinati (*Utile media iperplastica da iperemia cronica, rigidità della catena degli ossicini*).

OPERAZIONE. — *Orecchio sinistro*. — 15 maggio. — Fatto il lembo timpanico, si osserva una relativa mobilità del martello e dell'incudine, mentre la staffa è immobile. Ripetendo l'esame acustico non si trova alcuna differenza. Non essendo riuscito a mobilizzare quest'ossicino con il mio nuovo processo¹, opero la disarticolazione incudo-stapedale, per avere un maggiore spazio di azione, ed incido il legamento perianulare dell'articolazione stapedo-vestibolare senza tagliare il tendine dello stapedio. Nei tentativi di mobilizzazione avvenne la lussazione della staffa in alto, in modo che la base si distaccò completamente dalla sua inserzione inferiore. Mediante un uncino rimisi l'ossicino in posizione normale e, ripetuto l'esame acustico, riapplico il lembo e medico come di regola. Nessuna complicazione tranne un po' di vertigine che cessò dopo due ore.

RISULTATO. — Dopo l'operazione si ebbe: Or. a contatto, voce afona 0,05; voce parlata m. 1,20; C $\frac{3}{50}$; Weber a sinistra, Galton 3,6.

16 maggio. — Diminuito il miglioramento acustico: Or. 0; C, 0; voce afona a contatto, voce parlata 0,30. Localmente il processo di guarigione si trova in ottime condizioni.

25 maggio. — Completamente cicatrizzata la membrana timpanica. Non ci sono stati dolori e rumori. Or. $\frac{3}{300}$; C $\frac{8}{50}$; Rinne negativo, Galton 3,6; voce afona 0,10; voce parlata m. 1 $\frac{1}{2}$.

¹ Qui alludo al mio nuovo processo di mobilizzazione di cui sarà fatta parola in un altro lavoro.

30 giugno. — Or. $\frac{5}{300}$; voce afona 1 m.; voce parlata m. $2\frac{1}{2}$.

20 ottobre. — Or. $\frac{5}{300}$; C $\frac{10}{50}$; voce afona 0,50; voce parlata 2 m. In seguito al cateterismo dell'orecchio si nota: voce afona m. $1\frac{1}{2}$; voce parlata 3 m.

20 novembre. — *Orecchio sinistro*. — Membrana timpanica ritornata qual'era prima dell'operazione. Nel quadrante postero-superiore osservasi la testa della staffa che solleva il timpano molto infossato. Or. $\frac{5}{300}$; C $\frac{10}{50}$; C¹, C², C³, $\frac{16}{50}$; Galton 3,6; Rinne negativo; Weber al vertice, voce afona m. $1\frac{1}{2}$; voce parlata 3 m. — *Orecchio destro*. — Or. $\frac{30}{300}$; C $\frac{3}{50}$; C¹ $\frac{15}{50}$; C², C³, $\frac{10}{50}$; Galton normale, voce afona 0,80; voce parlata 3 m. Sebbene l'infermo senta meglio la parola dal lato operato (sinistro) tuttavia, per abitudine, quando gli si parla volge il lato destro. L'udito nell'orecchio sinistro subisce delle notevoli oscillazioni in rapporto allo stato catarrale della tromba d'Eustachio, che l'ammalato non ha voluto assolutamente curare.

Osservazione VII.

STORIA. — Salvatore Gambino di Antonino, da Palermo. Da due anni suppurazione continua all'orecchio destro accompagnata da rumori e vertigine. Da un mese la suppurazione è cessata, però la sordità è aumentata come pure i disturbi subiettivi. La vertigine è ad accessi e viene provocata da qualunque movimento subitaneo del capo.

ESAME FUNZIONALE. — *Orecchio destro*. — Or. $\frac{25}{300}$; C $\frac{16}{50}$; C¹, C², C³, $\frac{25}{50}$; Rinne negativo. Weber a destra; Galton normale; voce afona 1 m.; voce parlata 3 m. *Orecchio sinistro* normale.

ESAME ELETTRICO. — *Orecchio destro*. — Ka. Ch. S. con 40 MA. An. Ch. S. con 20 MA. Nessuna reazione all'apertura sia del catode che dell'anode. L'eccitazione elettrica del nervo produce la sensazione di un fischio.

ESAME OBIETTIVO. — *Orecchio destro*. — Membrana molto ispessita, opacata ed infossata; mancante il triangolo luminoso. Il manico del martello, poco visibile, sembra nascosto nello spessore del timpano; iniettati i vasi di quest'ultimo. Nel

quadrante postero-superiore, in vicinanza dell'osso, trovasi un seno fistoloso da cui esce scarso pus. Valsalva non si può constatare; negativa la pressione liquida sulla membrana. Lieve catarro naso-faringeo (*Otite media purulenta cronica, probabile carie delle pareti dell'antro mastoideo, rigidità della catena degli ossicini, miringite cronica iperplastica*).

OPERAZIONE. — *Orecchio destro*. — 29 giugno. — Ablazione del timpano e del martello, resezione dell'annulo timpanico posteriore, raschiamento e causticazione dell'antro mastoideo le cui pareti erano granulanti, mobilizzazione della staffa la quale trovavasi coperta da un tessuto giovane di nuova formazione. Nessuno inconveniente: non vertigine nè emorragia.

RISULTATO. — 29 giugno. — Subito dopo l'operazione si ha: Or. $\frac{50}{300}$; voce afona 3 m.; Galton normale. Rinne negativo, Weber a destra, C $\frac{25}{50}$; C¹, C², C³, $\frac{35}{50}$.

20 luglio. — Lieve suppurazione all'orecchio; null'altro di nuovo. Cessati i rumori, non ha avuto più vertigine.

30 luglio. — Continua la suppurazione, però molto scarsa, un nuovo tessuto ha riparato la membrana del timpano lasciando una vasta perforazione nel segmento osseo posteriore. Udito lo stesso.

20 nov. — Suppurazione scarsissima, cicatrizzati i bordi dell'apertura ossea; rimane una sufficiente comunicazione tra la cassa ed il condotto uditivo. Or. $\frac{80}{300}$; C $\frac{25}{50}$; C¹, C², C³, $\frac{35}{50}$; normale la percezione degli acuti, voce afona 3 m.; voce parlata più di 5 m. Dacchè è stato operato, non ha avuto più rumori e vertigini.

Osservazione VIII.

STORIA. — Rosina Richiti fu Vincenzo, di anni 37, da Palermo. Da dodici anni suppurazione intermittente all'orecchio destro accompagnata da intensi ronzii e da accessi transitori di vertigine. Da tre mesi la suppurazione è cessata, però la sordità è aumentata, i rumori si sono fatti più gravi e la vertigine si è trasformata in vero stato vertiginoso permanente che rende l'inferma oltremodo infelice. Nessun altro fatto morboso o ereditario interessante.

ESAME FUNZIONALE. — *Orecchio destro*. — Or. a contatto, C 0; C¹, $\frac{5}{50}$; C², C³, $\frac{6}{50}$; Galton 3,0; Rinne negativo, Weber a destra, voce afona 0; voce parlata 0,20. — *Orecchio sinistro*. — Normale.

L'esame elettrico non si poté fare.

ESAME OBIETTIVO. — *Orecchio destro*. — Vasta perforazione timpanica nel quadrante antero-inferiore ove si vede la mucosa della cassa levigata, pallida, di aspetto fibroso. Il resto del timpano, di colore bianco tendineo, molto opaco, trovasi in vicinanza dell'ombelico aderente al promontorio. Il manico del martello, raccorciato in prospettiva, è fissato per la sua estremità alla parete interna della cassa. Valsalva negativo, come pure la pressione liquida sulla membrana. Lieve catarro cronico naso-faringeo (*Esiti di otite media purulenta cronica, anchilosi della catena degli ossicini*).

OPERAZIONE. — *Orecchio destro*. — 5 luglio. — Si distacca dal promontorio la membrana con il martello e si asportano entrambi. Si pratica la resezione della parete esterna dell'*aditus ad antrum* a doppio scopo: 1° per scoprire la staffa, la quale trovasi molto in alto ed indietro; 2° per impedire la rigenerazione del timpano, che per le sue condizioni anatomiche, avrebbe diminuito e forse distrutto l'effetto dell'operazione. Scoperta in tal modo la staffa, fu possibile vedere una robusta briglia connettivale, che, passando a guisa di un ponte al di sopra del solco prismatico della fossetta ovale, legava solidamente l'ossicino al bordo superiore di quest'ultima. Si taglia allora questa briglia e si mobilizza la staffa. Non si ebbe alcun incidente tranne una leggerissima vertigine.

RISULTATO. — Dopo l'operazione il risultato acustico è stato il seguente: Or. $\frac{50}{300}$; C $\frac{12}{50}$; C¹, C², $\frac{16}{50}$; Rinne negativo, Galton 3,0; Weber a sinistra, voce afona 1 m., voce parlata, 3 metri.

7 luglio. — Cessata la vertigine; leggiera reazione infiammatoria nella cassa, la quale del resto si presenta in ottime condizioni. Persiste il miglioramento acustico.

30 luglio. — Leggiera suppurazione; nel quadrante postero-superiore vedesi una discreta apertura i cui bordi, in parte ossei, sono rivestiti da epidermide. L'ammalata non ha più

avuto vertigini, sente molto meno i ronzii che prima la torturavano. Immutato il miglioramento acustico.

25 novembre. — Persiste la perforazione; guarita la suppurazione. Or. $60/300$; C $20/50$; C¹, C², C³ $30/50$. Galton 3,0; voce afona m. 1,50; voce parlata 4 m.

Riassumendo abbiamo: i risultati acustici della mobilitazione della staffa in quattro ammalati (2°, 6°, 7°, 8°) sono stati soddisfacenti. Infatti, nel 2° l'orologio da contatto passò a 0,20; la voce afona da 0 ad 1 m., quella parlata da 0,30 a 3 $1/2$ m.; aumentò inoltre del doppio il potere uditivo per le note basse. Nel 6° l'orologio da contatto fu inteso a 0,05, la voce afona da 0 ad 1 $1/2$, la parlata da 0,40 a 3 m. Questo caso guadagnò anche di $1/24$ la percezione degli acuti e di quasi $1/5$ quella dei bassi. Nel 7° l'udito da $25/300$ per l'orologio passò ad $80/300$, per la voce afona da 1 m. a 3 m., per quella parlata da 3 m. a più di 5 m. e migliorò di $1/5$ circa la percezione delle note basse. Nell'8°, infine, l'orologio da contatto fu inteso a 0,60; la voce afona da 0 ad 1,50 m., quella parlata da 0,20 a 4 m. ed aumentò di $1/5$ il potere acustico per le note dei diapason. Giova ricordare che nel 2° la sordità rimontava a 10 anni, nel 6° a 5; nel 7° a 2 e nell'8° a 12 e che la durata dell'osservazione è stata non minore di 5 mesi.

Negli altri quattro, invece, i risultati acustici sono stati mediocri o scarsi. Infatti, nel 1° migliorò solo l'udito per la voce afona, parlata e per gli acuti, la prima da 0 passò a contatto, la seconda da 0,05 a 0,50 e gli ultimi da 7,4 a 5,2. Nel 3° migliorarono assai limitatamente tutti i suoni: l'orologio di $1/300$, i bassi di $1/10$, gli acuti di quasi $1/6$, la voce afona ch'era a 0 fu intesa a contatto, la parlata da 0,20 passò a 0,60. Negli altri due il guadagno è stato più accentuato che nei precedenti. Nel 4°, infatti, l'orologio da contatto fu in seguito percepito a 0,05; la voce afona da 0 a 0,20; la parlata da 0,40 ad 1 $1/2$ m. ed aumentò di circa $1/16$ il potere uditivo per i diapason. Nel 5°, infine, l'orologio da contatto passò a 0,10; la voce afona da 0 a 0,10; quella parlata da 0,05 ad 1 m.; migliorò inoltre di $1/6$ l'udito per i bassi, solo questo rimase invariato per la scala di Galton. Anche in questi quattro infermi la sordità rimontava a molti anni addietro, cioè: nel 1° a 6; nel 3° a 30; nel 4° a 40 e nel 5° a 10 anni. La

durata dell'osservazione è stata di 2 mesi nel 1°, di 3 nel 4°, di 8 nel 5° e di 9 nel 3°.

Non meno grande è stata l'influenza spiegata dalla mobilitazione della staffa sui disturbi subiettivi. Meno il 6°, in cui questi mancavano, ed il 3° e il 4°, ove restarono gli stessi, in tutti gli altri si ebbe un positivo miglioramento ed anche la guarigione. Così, si è visto nel 1° una lieve diminuzione tanto nella vertigine che nei rumori; nel 2°, 3°, 8° oltre del miglioramento nei ronzii si ottenne la guarigione completa della vertigine e giova ricordare che tale disturbo nell'8° era gravissimo e permanente; nel 7°, in ultimo, si conseguì la guarigione non solo per gli accessi intercorrenti di vertigine, ma anche per i ronzii.

In generale ho dovuto constatare che con la mobilitazione, al pari che con la stapedectomia, è stato più facile guarire il disturbo dell'equilibrio che i rumori endotici.

La ragione di ciò si deve ricercare nella loro patogenesi e ritenere che i disturbi dell'equilibrio, dovuti principalmente ad aumento della pressione endolaberintica, scompaiono non appena cessa con l'operazione l'otopiesi; i ronzii, invece, essendo spesso causati da lesioni organiche nelle fibre terminali dell'acustico, le quali, essendo alterate, sono di stimolo abnorme per le fibre vicine sane, non possono certo guarire con l'operazione tranne di quei rumori endotici dovuti all'otopiesi.

Non si ebbero conseguenze spiacevoli in seguito all'operazione; solo nel 1° fu osservato vertigine grave e vomito che cessarono dopo un giorno, mentre nel 3°, 4°, 5°, 6° ed 8° la vertigine fu leggerissima e di breve durata. Nel 7° ed 8° non fu osservato alcun inconveniente.

La durata della guarigione è stata in quattro infermi (1°, 2°, 4°, 6°) di otto giorni circa, di quasi un mese nel 3°, 5°, 8°, nei quali si sviluppò un'otite suppurativa; nel 7°, affetto da carie delle pareti dell'antro mastoideo, la guarigione avvenne dopo quasi due mesi.

Sensibile è stata, inoltre, l'influenza spiegata dall'operazione sul potere acustico dell'altro orecchio, infatti si è visto nei primi cinque casi, l'udito migliorare grandemente nell'orecchio opposto, cioè: di circa $\frac{1}{3}$ nel 3° e nel 5°, di $\frac{1}{2}$ nel 4° e di $\frac{2}{3}$ nel 2° e nel 1°.

Rimase solo immutato nel 6°; nel 7° ed 8° non poteva avvenire alcun cambiamento essendo l'orecchio opposto normale.

In queste osservazioni trovo anche la conferma di quanto accennai nel lavoro precedente, sull'influenza spiegata dai disturbi subiettivi nell'abbassamento uditivo dell'orecchio opposto, dappoichè i casi, in cui quest'ultimo rimase avvantaggiato, furono quelli che migliorarono o guarirono dalla vertigine e dai rumori. Farebbero solo eccezione a questa regola il caso 3° e 4°; per ragioni speciali debbo avere forti sospetti sull'attendibilità delle risposte che costoro mi hanno dato e sono costretto, quindi, a non dare troppa importanza a questa eccezione. Non escludo, pertanto, nell'interpretazione di questo fenomeno l'influenza della sinergia funzionale binaurale.

È degna di nota la maniera con cui si è comportato in questi infermi il potere acustico dell'orecchio operato durante il processo di guarigione. Nel 1°, 2°, 6°, 7°, 8°, il risultato definitivo è stato uguale o superiore all'immediato, mentre nel 3°, 4°, 5°, è avvenuto il contrario. Come causa del peggioramento nel 4° e nel 5° si deve invocare la rigenerazione della membrana timpanica, stante l'intimo rapporto che passò tra questi due fatti, e con molta probabilità si sarebbe evitato quest'inconveniente, se entrambi fossero stati operati di resezione dell'annulo timpanico come lo furono il 7° e 8°. Nel 3° la diminuzione dell'udito si deve attribuire allo sviluppo di un'otite media purulenta consecutiva all'operazione, per cui ebbero luogo nuovi processi iperplastici che ristabilirono in parte le condizioni anatomo-patologiche rimosse con la mobilizzazione.

Debbo in ultimo rilevare che in tre ammalati (1°, 3°, 6°) aumentò con l'operazione il potere acustico della scala degli acuti, cioè: di quasi $\frac{1}{6}$ nel 1° e nel 3° e di $\frac{1}{24}$ nel 6°. Ciò prova, ancora una volta, quanto grande è l'importanza spiegata dagli organi intratimpanici nella trasmissione di questi suoni, mentre si suole ritenere il contrario, e come è falso il concetto di basare esclusivamente sull'assenza della percezione degli acuti la diagnosi di lesione del nervo acustico.

Avrei da dire qualche parola sulle modalità dell'esame elettrico osservate in questi casi e stabilire fin d'ora il loro valore diagnostico.

Aspetto, però, che un maggior numero di osservazioni mi mettano in grado di fare uno studio più completo.

In questi esperimenti trovo la conferma dell'osservazione fatta da altri operatori, cioè: i migliori risultati si hanno negli esiti di otiti medie purulente croniche.

Non mi rimane che insistere sull'importanza della resezione dell'annulo timpanico in tutti quei casi in cui la membrana timpanica è fortemente alterata.

Sarà mia cura riferire in un altro lavoro le possibili modificazioni che avverranno intorno ai risultati acustici e funzionali di questi operati.

2836



TORINO-ROMA — UNIONE TIPOGRAFICO-EDITRICE — NAPOLI-MILANO

DELLE
MALATTIE DEI BAMBINI
E LORO CURA

TRATTATO DI PEDIATRIA E TERAPEUTICA INFANTILE
ad uso dei Medici, degli Studenti, degli Asili d'infanzia
e delle Madri di famiglia

PER IL DOTTOR

COPASSO FERDINANDO

L'egregio Dott. COPASSO, che da varii anni attende con zelo alla cura e a consultazioni delle malattie dei Bambini, osservò che i giovani colleghi nel far la diagnosi partivano dagli stessi metodi di esame usati per gli adulti, non sempre adattabili per i bambini, ed i quali possono condurre a deduzioni erronee. Altre volte fu testimonia di cure molto energiche per malattie lievi o guaribili spontaneamente, oppure constatò uno scetticismo terapeutico troppo spinto, quando una cura ben fatta avrebbe potuto aiutare la naturale tendenza alla guarigione. In alcuni casi il medico curante, per far la diagnosi, si fidò troppo dei ragguagli dati dalle mamme o dalle nutrici ed estremamente poco della propria capacità ed oculatezza. Per portare rimedio a questi inconvenienti, il Copasso giorno per giorno andava raccogliendo studi e osservazioni sulla patologia e sulla terapia infantile, che riuni col presente volume.

Il trattato riporta molti casi pratici nei quali trovano conforto i precetti scientifici. I medicinali indicati sono sempre distinti per età e per grado di malattia; in modo che il volume tornerà utile a quanti si interessano a sollevare i poveri bambini ammalati. L'edizione è elegante e può essere adatta per regali.

Un volume di oltre 400 pagine, legato in tela. Lire 6.

PICCOLA BIBLIOTECA MEDICA

pubblicata sotto la Direzione dei Professori CHARCOT-DEBOVE
Traduzione italiana arricchita di Aggiunte
sotto la Direzione del Dottor Professore B. SILVA

— VOLUME SETTIMO —

LE EMORROIDI

PER IL DOTT. E. OZENNE

Traduzione del Dott. ALIPIO RONDELLI

Le Emorroidi, considerate in antico come le vene d'oro della longevità; come parafulmini provvidenziali, come emuntorii salutari delle persone sanguigne — grazie ai progressi dell'anatomia, della fisiologia, vennero riconosciute tumori varicosi delle vene della regione anorettale, come causa di flebiti croniche, quando non siano curate in tempo — oltre alle sofferenze d'ogni natura che sempre recano con loro. — Scomparvero le dottrine fantastiche, per lasciar posto a dotti lavori clinici che portarono all'applicazione di cure chirurgiche, mediche e igieniche, per la guarigione del male.

Fra gli studiosi della terapia delle emorroidi annoverasi il distinto dott. E. Ozenne, chirurgo dell'Ospedale St-Lazare di Parigi, il quale seppe riunire nel Trattatello che presentiamo agli Italiani la sintesi degli studi fatti, e additare le migliori cure sanitarie, nonchè le norme igieniche e antisettiche per prevenire e combattere le affezioni interne e esterne.

In prova diamo il titolo dei capitoli principali del volume:

Definizione — Nozioni storiche — Divisione — Caratteri anatomici e istologici — Diagnosi delle emorroidi interne ed esterne — Cura delle emorroidi sintomatiche e idiopatiche — Cura medica e cura chirurgica delle emorroidi esterne — Cura delle interne — Riassunto terapeutico — Igiene degli emorroidali.

Un elegante volume legato, L. 2,50.