

BIBLIOTECA
FRANCISIANA



ARCHIVIO ITALIANO

DI OTOLOGIA

RINOLOGIA E LARINGOLOGIA

PUBBLICATO

PER CURA DEI PROFESSORI

G. GRADENIGO E. DE ROSSI

in Torino

in Roma

con la collaborazione dei Signori

Dott. ARSLAN - Prof. AVOLEDO - Dott. BARTOLINI - Dott. BRUNETTI

Dott. CORRADI - Prof. COZZOLINO - Prof. FARACI - Prof. FERRERI

Dott. GARBINI - Dott. GERONZI - Dott. LABUS - Dott. MARCHIAFAVA - Prof. NOVARO

Dott. NUVOLI - Dott. RONGALLI - Dott. SECCHI.

L'intubazione nelle stenosi siflitiche della laringe

Prof. **GERARDO FERRERI** in Roma.

(Con 2 figure nel testo)



ESTRATTO

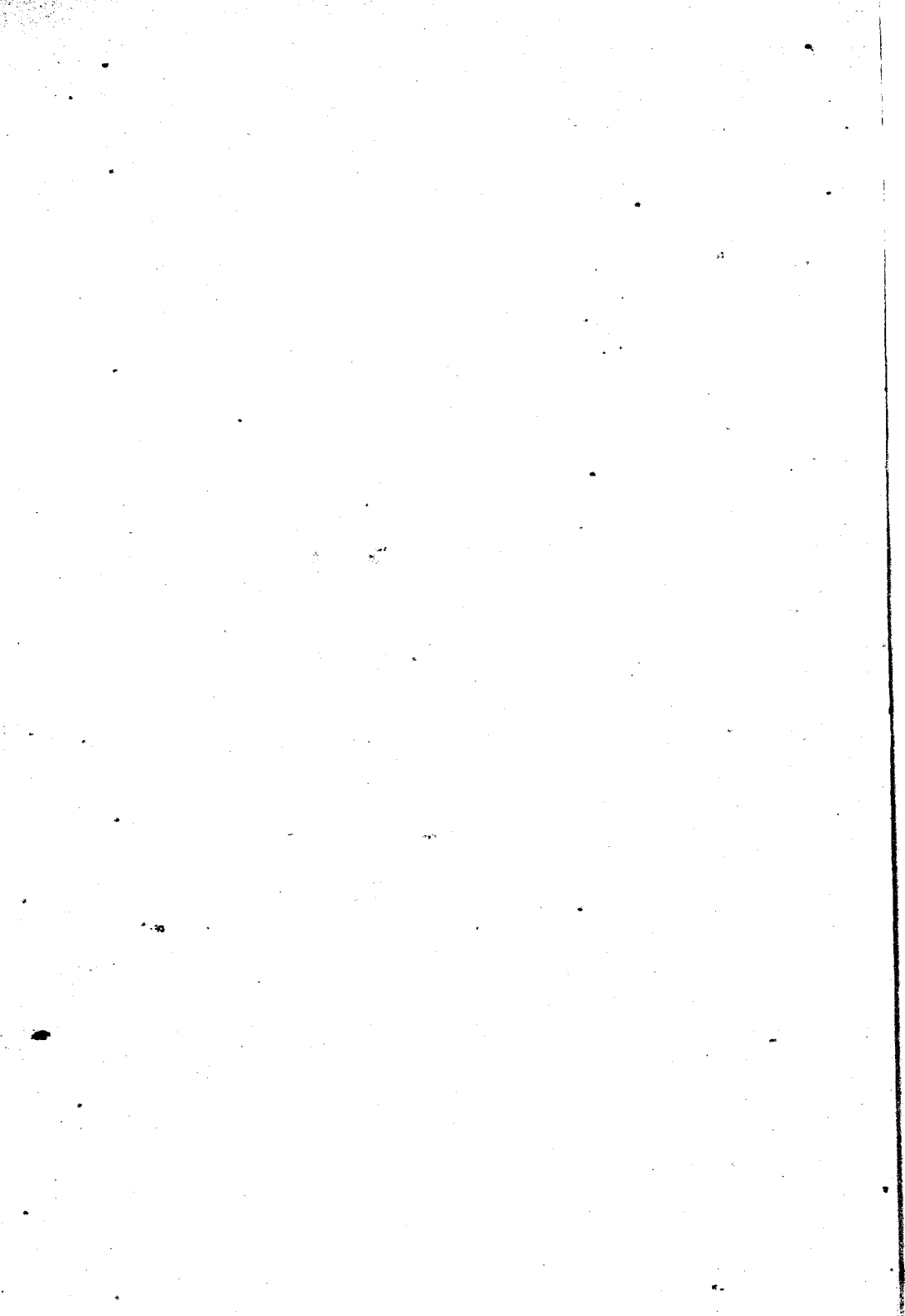
dal vol. IV, fasc. 3° e 4° — Luglio e Ottobre 1896.

TORINO

STAMPERIA DELL'UNIONE TIPOGRAFICO-EDITRICE

33, Via Carlo Alberto, 33

1896



L'intubazione nelle stenosi sifilitiche della laringe

Prof. **GHERARDO FERRERI** in Roma.

(Con 2 figure nel testo)



L'apparecchio di O'Dwyer per la intubazione, che ha già avute numerose modificazioni e perfezionamenti, non è riuscito ancora in verità a farsi accettare dalla maggioranza dei medici come uno strumento di pratica facile e comune. Ne è forse motivo che l'intubazione fino adesso ha trovato soltanto favore incondizionato tra gli specialisti di laringologia, e in ispecie fra quelli più restii alla chirurgia endo- ed extra-laringea; mentre gli operatori continuano a fare orecchi da mercante, e, senza confessarlo apertamente, tengono l'apparecchio da intubazione nell'armamentario fra gli strumenti di parata.

Non v'è accademia medica dove, in una discussione che si faccia sull'argomento delle stenosi acute e croniche della laringe, non si notino i laringologi puri entusiasti dell'intubazione e i chirurghi invece, se non contrari, molto indifferenti. Di recente alla Società Laucisiana di Roma, nella seduta del 15 giugno 1895, dopo che l'Egidi dimostrava ed illustrava il suo nuovo apparecchio d'intubazione, sorgeva il Mazzoni a dichiarare che non può davvero ritenersi per assioma la preferenza dell'intubazione alla tracheotomia.

L'intubazione della laringe in questi ultimi tempi, oltre che nei bambini, fu molte volte praticata pure negli adulti in ispecie nelle stenosi acute e croniche sifilitiche laringee. Uno dei primi a farne sperimento in questi casi è stato lo stesso O'Dwyer.

L'apparecchio da intubazione fu anzitutto dal suo inventore ideato allo scopo principale di lasciar passare l'aria traverso la laringe momentaneamente ristretta nel suo lume dalle false membrane difteriche. In genere poi l'intubazione mira a far rimanere nella laringe a permanenza fisso il maggior tempo possibile un tubo onde far respirare il paziente.

Ma se questo è lo scopo fondamentale della cura nel croup laringeo, in attesa che il processo morboso si estingua, nelle stenosi acute e croniche sifilitiche della laringe l'intubazione ha l'incarico principale di vincere il restringimento con una forzata e permanente dilatazione del lume aereo, opponendosi alla organizzazione di un tessuto per la sua natura tendente o alla necrosi o alla retrazione cicatriziale.

Dopo O'Dwyer, Lefferts di New-York riportò parecchi casi di stenosi sifilitiche curate mediante l'intubazione. Da allora in poi numerosi laringologi si sono ingegnati, anche coi ragionamenti più strani e fantastici, a dimostrare che tutti gli altri metodi di dilatazione della laringe avevano perduto ogni importanza e passavano in seconda linea di fronte all'intubazione.

Non v'ha dubbio che ad alcuni abili specialisti l'intubazione ha corrisposto bene anche negli adulti. Non conviene però cadere in eccessive esagerazioni come, ad esempio, fa Simpson il quale, avendo riportato soltanto quattro casi di stenosi sifilitica laringea da lui sollevati con l'introduzione dei tubi di O'Dwyer, conchiude che, qualunque sia la causa della stenosi, negli adulti la intubazione corrisponde sempre e in modo rapido.

Scheier pure dice di aver praticata l'intubazione in alcuni casi di stenosi cronica sifilitica della laringe ottenendo soddisfacenti risultati.

Lefferts non solo sostenne di avere ottenuto buoni risultati dalla intubazione nelle stenosi acute e croniche della laringe, ma anche in quelle della trachea, avviando così alla necessità di ricorrere o alla laringotomia o alla tracheotomia.

Fletcher Ingals vanta l'intubazione superiore a qualunque altro strumento dilatante per vincere negli adulti le stenosi laringee, in ispecie quando esse sieno di natura sifilitica.

Non è il caso di riportare una lunga filza di nomi di specialisti stranieri e connazionali che hanno scritto sulla intubazione

della laringe in casi di stenosi acuta e cronica di origine sifilitica, poichè nulla di nuovo troveremmo nei loro argomenti a difesa di questa tesi; piuttosto sono da apprezzarsi i lavori di quei laringologi che, pur essendo disposti favorevolmente alla intubazione, ne vollero dare una indicazione più razionale e limitata, escludendo soprattutto le stenosi acute sifilitiche.

Lo stesso O'Dwyer non si è spinto ad esagerare il valore dell'intubazione, come poi fecero alcuni imitatori del metodo, ma nella sua comunicazione sulla cura delle stenosi croniche della laringe, letta all'Associazione medico-britannica nel 1894, illustrò soltanto due casi che egli volle prendere come tipi di stenosi in cui l'intubazione è richiesta. Nella prima classe considera quelle stenosi dove l'intubazione è destinata a produrre la graduata dilatazione del restringimento. Nella seconda sono compresi i casi in cui la intubazione deve liberare i pazienti dal portare la canula tracheale, questo inconveniente essendo dovuto ora alla persistenza nella laringe o nel principio della trachea dell'ostacolo originale alla respirazione, ora alla neoformazione, risultante dalla presenza della canula, attorno i bordi della fistola tracheale, ora al disuso della laringe.

Nella prima categoria O'Dwyer ammette casi così gravi che richiedono la divulsione ed incisione esterna ed interna prima che si possa fare l'intubazione: aggiunge inoltre che se ne possono trovare alcuni in cui lo stringimento cicatriziale può offrire una resistenza così straordinaria all'introduzione dei tubi da renderla pericolosa.

Schmiegelow al Congresso medico internazionale tenuto in Roma nel 1894 dette alcune precise indicazioni sui casi adatti all'intubazione. Non crede anzitutto che essa possa sostituire la tracheotomia nella cura delle stenosi acute negli adulti; e fra le stenosi croniche della laringe la trova specialmente indicata nei restringimenti cicatriziali. Se gli stringimenti sono così esagerati da non permettere l'introduzione di tubi abbastanza grandi che facciano facilmente respirare i pazienti, Schmiegelow consiglia in primo tempo di dilatare la stenosi con operazioni endolarinee, e poi con l'introduzione delle sonde di Schrötter. Solo quando la stenosi sarà a sufficienza dilatata potremo cominciare ad introdurre i tubi di O'Dwyer. Naturalmente nelle ostruzioni più gravi

della laringe, ed anche nella completa oblitterazione di essa, bisogna ricorrere alla laringofissura per escidere le cicatrici ostruenti il lume aereo, e solo più tardi si ricorrerà all'intubazione per impedire il riprodursi della stenosi.

Massei ha egli pure eseguito l'intubazione in diversi casi di sifilide laringea in adulti, ed evitò così di frequente la tracheotomia. Ha notato però che all'intubazione non si deve ricorrere se esistono diaframmi cicatriziali e masse granuleggianti nel lume respiratorio, almeno fino a tanto che questi ostacoli non siano stati rimossi con un opportuno atto operativo.

Discutendo la questione di una operazione radicale nelle stenosi sifilitiche della laringe, Felix Semou ammette che la dilatazione metodica coi tubi di O'Dwyer dia qualche successo, ma esclude appunto l'applicazione prematura di questo metodo curativo, non solo quando vi è qualche processo flogistico od ulcerativo in atto, ma anche quando la cicatrizzazione è di data troppo recente, adducendo un giusto motivo, ossia la facile produzione di una condropericondrite acuta, determinata dalla forzata introduzione degli strumenti.

Massei, parlando delle stenosi croniche laringee alla *British laryngological, rhinological and othological Association*, 1895, osserva giustamente che vi sono speciali condizioni morbose della laringe in cui tale cavità è così deformata da non permettere il passaggio anche dei più piccoli tubi di O'Dwyer. Forse l'intubazione, egli dice, potrà essere eseguita dopo la rimozione di tali adesioni, cicatrici e diaframmi ostruenti il lume laringeo, a fine di raggiungere una completa dilatazione; ma, allo scopo di rendere salva una vita in pericolo, la tracheotomia è consigliabile, e questa è spesso la sola cura razionale.

Bryson Delavan, avendo preso parte alla discussione sulle stenosi laringee dopo Massei, sostenne che l'intubazione non solo è utile nelle stenosi croniche di varia forma situate nella regione sopraglottica, ma anche in quella sottoglottica. Però in questo secondo caso parlò sempre di membrane cicatriziali, vale a dire che prese in considerazione le più semplici stenosi sottoglottiche, in cui è ammissibile che, senza aver rimosso od inciso queste briglie con dilatatori e divulsori taglienti, si possa ottenere la dilatazione della laringe con l'intubazione graduale.

Macintyre, prendendo egli pure parte a questa discussione, dovette confessare che dando bene tutto il loro valore ai tubi di O'Dwyer, purtroppo in molti casi di avanzata stenosi sottoglottica non riuscì a dispensare i suoi pazienti dal portare una canula in trachea.

Burrell ha egli pure fatto un confronto critico molto interessante fra tracheotomia ed intubazione, e non viene, come molti laringologi, alla conclusione che i tubi di O'Dwyer possano nelle stenosi croniche della laringe soppiantare la tracheotomia; crede piuttosto ciascuna delle due operazioni utile, ma in un campo determinato che ancora non fu ben definito.

Secondo Bergmann è soltanto nei restringimenti cicatriziali sifilitici molto alti della regione sopraglottica che l'intubazione potrà essere eseguita con probabilità di successo, ma quando si tratta di processi cicatriziali profondamente situati, la sola indicazione chirurgica è quella di procedere senz'altro alla laringotomia.

Pitts Bernard e Brook William hanno fatto l'intubazione nelle stenosi laringo-tracheali in cui crasi eseguita la tracheotomia. In un caso dove la trachea fu riaperta più volte, con l'introduzione dei tubi di O'Dwyer non si riuscì a far respirare bene e si dovette ricorrere alla tirotomia, per togliere una fascia di tessuto fibroso che faceva una specie di diaframma, e prolungare la ferita tracheale in basso, per rimuovere un diffuso inspessimento fibroso attorno al principio della trachea. Soltamente dopo queste operazioni poté eseguirsi la intubazione.

Questi autori concludono perciò che la semplice intubazione non basta a ristabilire un notevole passaggio dell'aria, ma che conviene preparare la via alla intubazione con la tracheotomia e con la rimozione dei tessuti cicatriziali. O allora che vantaggio si è raggiunto con la intubazione negli stringimenti sifilitici della laringe, se si deve ricorrere ad operazioni cruenti? L'intubazione non è forse vantata come un trionfo sulla tracheotomia? D'altra parte Pitts Bernard e Brook William sostengono ragionevolmente che l'intubazione è indicata nelle semplici stenosi cicatriziali sifilitiche di antica data, e mai nelle ostruzioni sopraggiunte durante il periodo attivo ulceroso della laringe.

Solis Cohen sostiene che tanto nel periodo secondario quanto nel terziario della sifilide, dinnanzi a fenomeni di stenosi

laringo-tracheale l'intubazione non approderà a nulla. Egli crede che si debba ricorrere senz'altro alla tracheotomia, togliendo poi la canula al più presto che sia possibile, appena si comprenda che essa non è più essenziale alla salvezza dell'infermo. Secondo Solis Cohen l'introduzione dei tubi di O'Dwyer avrà solamente qualche vantaggio nelle stenosi sifilitiche della laringe e della porzione superiore della trachea, quando ogni processo attivo sia estinto.

Accennate per sommi capi le opinioni dei più autorevoli sostenitori della intubazione negli adulti, e fatta una distinzione fra coloro che la consigliano nelle stenosi acute e croniche laringee, e quelli che la limitano soltanto ai restringimenti cicatriziali di quest'organo, dobbiamo domandarci se il metodo di O'Dwyer ha realmente portato un progresso nella cura delle stenosi sifilitiche della laringe.

Francamente il nostro giudizio è negativo, e lo dimostreremo con alcune considerazioni anatomo-patologiche, e col riferire tre casi nei quali la intubazione fu seguita da un esito tutt'altro che lusinghiero. Anzitutto l'introduzione e la presenza dei tubi di O'Dwyer negli adulti non ha i medesimi effetti che nei bambini. Siamo d'accordo che l'intubazione sia da preferirsi alla tracheotomia nei bambini di età inferiore ai tre anni e mezzo colpiti da croup d'iferico, ma dubitiamo che i tubi di O'Dwyer siano del pari efficaci negli adulti affetti da stenosi laringea. Nelle stenosi sifilitiche della laringe crediamo senz'altro insufficiente la intubazione dal punto di vista terapeutico, non essendo certo i tubi di O'Dwyer quelli più adatti ad una divulsione, inefficacissimi poi quando lo stringimento sia sottoglottico e si estenda a diversi anelli della trachea.

Ammesso pure che qualche risultato si possa raggiungere nelle stenosi croniche della laringe, allorchè si deve con l'intubazione vincere la resistenza di un tessuto cicatriziale a processo morboso già completamente estinto, non è sempre questo il caso che si presenterà alle nostre cure. Per lo più invece avremo da soccorrere individui colpiti da stenosi laringo-tracheale prodotta dal processo morboso, non già estinto, ma ancora allo stato di infiltrazione o di ulcerazione. In ambedue le forme la malattia può essere diffusa e circoscritta, ma i suoi sintomi sono in genere

consistenti in forti disturbi respiratorii, variabili assai con la estensione del processo morboso. Ora, la permanenza dei tubi di O'Dwyer in una laringe così affetta avrà per effetto nel primo caso di affrettare l'ulcerazione, e nel secondo di aggravare il processo distruttivo, favorendo in concreto una maggiore stenosi del lume laringeo.

Secondo O'Dwyer la durata di tempo che al tubo deve esser concessa di rimanere entro la laringe nella stenosi dipenderà dalla gravità dell'irritazione e dall'ostacolo al deglutire che esso avrà prodotto. Ma quando un tubo introdotto nella laringe ha dovuto vincere la resistenza di un tessuto, avrà provocato tale irritazione che certamente potrà essere trattenuto per brevissimo tempo. Thost osservò che nelle stenosi laringee i tubi di O'Dwyer erano facilmente espulsi perché male sopportati.

Mentre nella maggioranza dei casi nei bambini al disotto di tre anni l'intubazione è preferibile alla tracheotomia, sia nelle stenosi da croup d'ifterico, sia nelle ostruzioni di altra natura, perché la laringe, per la sua tenera organizzazione, si presta ad una dolce e graduale divulsione; negli adulti l'intubazione per sé sola risponde più difficilmente, avendo perduto i tessuti la loro elasticità e tendendo le cartilagini malate alla ossificazione, per cui la tracheotomia seguita dagli altri metodi di divulsione e dilatazione sarà più sicura nei suoi risultati curativi che l'intubazione.

Se si facesse il quesito, come fu ampiamente discusso e in senso favorevole per il croup, in quale estensione abbia il metodo di intubazione sostituito la tracheotomia nelle stenosi laringee degli adulti, bisognerebbe a mio avviso rispondere che il successo non fu ugualmente favorevole. Primieramente l'intubazione non permette di curare le stenosi sottoglottiche come la tracheotomia.

La maggior difficoltà che ordinariamente trova anche un operatore sperimentato nelle stenosi croniche della laringe è alla regione sottoglottica: sappiamo che la parte più ristretta del canale respiratorio è in corrispondenza dell'anello cricoideo. È ben raro che nelle stenosi croniche della laringe non sia alquanto gonfia ed infiltrata la mucosa che riveste questo anello cartilagineo molto resistente. Ora, se nelle stenosi sottoglottiche acute descritte come edema, talora lo strumento da intubazione, avendo pur passato le corde vocali, trovò resistenza all'anello cricoideo,

tanto più incontrerà resistenza in questo stesso punto nelle stenosi croniche cicatriziali sifilitiche. E se talora si ebbero a deplorare ulcerazioni della mucosa laringea e sin anche distruzione delle cartilagini per aver introdotti dei tubi di O'Dwyer sproporzionati al lume della laringe in casi di stenosi acute, tanto più vi sarà probabilità di provocare tali danni nelle stenosi croniche d'origine sifilitica in cui i tessuti sono di così fragile organizzazione.

Lennox Browne ha notato che le ostruzioni sopraglottiche di rado cagionano fenomeni di stenosi, siano esse di natura tubercolare, luposa o sifilitica. Fa solo eccezione a questa regola il cancro della regione sopraglottica, il quale non solo si estende ai tessuti profondi, ma produce una paralisi dei muscoli intrinseci respiratorii. Ora sono gli stringimenti sopraglottici quelli che principalmente invogliano gli specialisti a praticare l'intubazione.

Una stenosi sopraglottica sia pure abbastanza forte non arreca grande difficoltà al respiro, se per una qualsiasi circostanza la porzione della mucosa immediatamente al disotto della glottide (per cui noi intendiamo lo spazio limitato dalle corde vocali) non diventa edematoso. Gli stessi tumori benigni formati alla superficie superiore o ai bordi liberi delle corde vocali è ben raro che arrechino una difficoltà respiratoria minacciosa. Ma quando noi in una stenosi sopraglottica o del lume della glottide, a scopo di vincere lo stringimento, pratichiamo la intubazione, possiamo provocare un edema sottoglottico, e quindi un'ostruzione sottoglottica che è sempre, secondo Lennox Browne, accompagnata dai più gravi pericoli per la vita, in cui per sola ancora di salvezza bisogna ricorrere all'apertura artificiale della trachea. Insomma con l'intubazione uno stringimento sopraglottico non pericoloso può da un momento all'altro divenire fatale, in seguito ad un edema acuto della regione sottoglottica ed obbligare alla tracheotomia d'urgenza.

Le affezioni sottoglottiche e specialmente le stenosi presentano particolari pericoli dal punto di vista terapeutico e notevoli difficoltà ad una efficace azione di un qualsiasi strumento introdotto per la via endolaringea. Questi ostacoli non scompaiono con l'introduzione dei tubi di O'Dwyer, sia perchè negli adulti la regione sottoglottica, anche nello stato normale, offre molta resistenza per la densità del tessuto connettivo sottomucoso, affatto

elastico, sia perchè le infiltrazioni distruttive, gli esiti cicatriziali e l'iperplasia diffusa tendono nella regione sottocordica a formare un restringimento anulare, talvolta con apertura centrale così piccola da far passare con molta difficoltà gli strumenti dilatatori più sottili. Non è quindi improbabile che i tubi di O'Dwyer, invece di superare l'apertura centrale rotonda o ellittica della stenosi, vadano a urtare contro la saccoccia formata dalla valvola cicatriziale, rendendo sempre più difficile il passaggio dell'aria attraverso il lume ristretto della laringe.

Sajous che ha fatto osservazioni speciali sulla regione sottoglottica e le sue stenosi (*General remarks upon the infra-glottic space and its stenotic diseases*) alla settima riunione annuale della Società britannica di otologia, laringologia e rinologia 1895, dimostrò quanti pericoli s'incontrino, dal punto di vista terapeutico, nel voler superare la stenosi della regione sottoglottica con strumenti di dilatazione e soprattutto con l'intubazione. Questo, secondo Sajous, è un metodo dilatante che, senza avere alcun vantaggio immediato negli adulti, sovente aggrava le condizioni morbose in una determinata circoscrizione laringea.

Stando poi alla relazione di Schmiegelow sulla cura di parecchie stenosi croniche laringee sottocordiche con la intubazione, i risultati furono così sfavorevoli, che non si può essere d'accordo con O'Dwyer nel raccomandare il suo metodo di dilatazione negli adulti. Prematuro è dunque il giudizio che egli ha dato riguardo all'esito relativamente buono avuto nei cinque casi da lui riferiti di restringimento cronico della regione sottoglottica curati con l'intubazione. Tanto meno accorderemo la nostra fiducia ai felici risultati che si leggono ottenuti con l'intubazione da laringologi nazionali e stranieri nelle stenosi croniche laringee in adulti; poichè, o nei casi più fortunati si trattava di un restringimento del lume aereo nella regione sopraglottica facile a superarsi con qualsiasi strumento di dilatazione, compresi i tubi di O'Dwyer, o, per appoggiare incondizionatamente la intubazione, non si attese un certo tempo prima di giudicare i risultati definitivi della cura. Accordando pure all'intubazione il massimo valore terapeutico nelle stenosi laringee, si dovrà bene ammettere che la sua azione sarà sempre limitata a quest'organo; ma quando avremo, oltre la stenosi della laringe, una iperplasia più o meno



diffusa della mucosa tracheale, sarà vinto l'ostacolo molto meglio con le sonde di Schrötter ed altri strumenti simili di maggior lunghezza, che non con i tubi di O'Dwyer.

È discutibile del resto che le stenosi croniche della laringe e della trachea possano tollerare dei tubi in posto per delle settimane e dei mesi senza reazione. Nelle stenosi cicatriziali laringee e tracheali i tubi dilatatori di O'Dwyer, irritando queste parti, finiscono per non essere a lungo sopportati ed aumentano invece le probabilità di una maggiore occlusione del tubo aereo. Bisogna confessare che talvolta gli specialisti nella foga di voler esaltare un metodo di cura perdano il senso comune, che si dovrebbe invece dire senso molto raro, se pretendono di sostenere che un infelice, minacciato da un momento all'altro d'asfissia per una stenosi laringea, possa dirsi sicuro della sua vita per avergli introdotto un tubo nella laringe. Ma potrà mai essere abbandonato dal medico curante un infermo intubato senza nessuna responsabilità da parte sua? Chi lo assicura che durante la lunga permanenza del tubo in laringe non avvengano gravi disturbi nella deglutizione? Non sapremmo davvero trovare un paziente affetto da gravi fenomeni stenotici che, posto al bivio di scegliere fra l'intubazione e la tracheotomia, avendo sperimentato le delizie di un tubo a permanenza nella glottide, non si raccomandi di esser lasciato vivere più tranquillo con una canula in trachea, poichè con questa valvola di sicurezza il chirurgo avrà sempre tempo e mezzo di poter con calma pensare al metodo curativo più opportuno a ristabilire il lume della laringe.

Non si potrà mai ammettere che coi tubi di O'Dwyer si giunga ad ottenere una dilatazione forzata come con gli strumenti di Mackenzie, Navratil, Whistler, il mio divulsore, e tanto più coi cilindri di stagno e le sonde di Schrötter.

Majer di New York nelle stenosi laringee degli adulti consiglia, invece dei tubi di O'Dwyer, quelli di Schrötter, poichè oltre ad ottenere una graduale dilatazione, si può, durante la cura, deglutire.

Nelle stenosi ribelli ai metodi più noti di divulsione e dilatazione per le vie naturali della bocca, Sokolowski consiglia di eseguire la tracheotomia senza attendere che questa operazione venga d'urgenza richiesta da gravi fenomeni asfittici; quindi, dopo qualche giorno da questa operazione, potremo procedere alla laringotomia, qualora non siamo riusciti, con una sistematica dilatazione endolaringea, a vincere la stenosi.

Lennox Browne è anch'esso convinto che si debba senz'altro ricorrere alla tracheotomia piuttosto che fare inutili tentativi di dilatazione, quando la stenosi è molto resistente ai comuni metodi di dilatazione e divulsione. Egli anzi aggiunge di eseguire sempre la tracheotomia molto in basso: « poichè nulla è più ingannevole che l'apparente alta situazione di una stenosi come è rivelata dallo specchio laringoscopico, e niente è più spiacevole della contrarietà così frequentemente avvenuta che il tubo non abbia raggiunto lo stringimento o lo abbia appena varcato; talora anche la sua introduzione rimanendo inutile per l'esistenza di un altro stringimento ad un livello inferiore ».

Ora, venendo in particolare a discutere delle stenosi sifilitiche laringee, appare chiaramente che l'intubazione è in queste molto meno indicata che nelle ostruzioni croniche cicatriziali del lume aereo consecutive a un processo flogistico, o ad un trauma, o a lupus, o al rinoscleroma. Le alterazioni sifilitiche furono da Solis Cohen classificate fra le più gravi che possano colpire la laringe e la trachea, intaccando la integrità di questi organi: « esse ne distruggono i tessuti, ne disorganizzano l'innervazione e infine ostacolano il complicato sistema motore dei muscoli laringei ». Fin tanto che l'intubazione deve vincere la parziale anchilosi delle aritenoidi consecutiva al riposo della laringe per la prolungata permanenza di una canula in trachea, o deve impedire la riunione e il riformarsi di membrane cicatriziali già divise con opportuni dilatatori taglienti, può ammettersi che talora corrisponda in modo lusinghiero. Ma per lo più nella sifilide laringea le alterazioni sono proteiformi qualunque sia il periodo dell'infezione; e sovente sarà il caso che, mentre si credeva il processo morboso già estinto, esso sia tuttora in atto in parti più profonde e difficili ad esplorare.

Molte volte è assai difficile persino stabilire una distinzione fra lesioni secondarie e terziarie della sifilide laringea. Come ha giustamente notato Rafael Ariza, le stesse forme di sifilide secondaria, ad es. le placche mucose, si osservarono nella laringe tardivamente; viceversa Solis Cohen notò molto presto lesioni terziarie. Che anzi alcune volte i fatti secondari precedettero persino le manifestazioni cutanee, o si videro contemporaneamente a quelle del periodo terziario. In conclusione un chirurgo può trovarsi nella circostanza di dover soccorrere un individuo con fenomeni stenotici dipendenti da alterazioni terziarie della laringe, nel quale in pari tempo all'esame laringoscopico si osservino placche mucose sulle aritenoidi e sull'epiglottide, erosioni lenticolari sulle corde vocali, vegetazioni papillomatose sottocordiche, ecc. Se mai venisse l'idea a chicchessia di praticare l'intubazione in uno di questi casi dove l'infezione, anziché essere completamente estinta, procede e si aggrava subdolamente, si accorgerebbe ben presto dell'errore commesso. La cura in queste circostanze deve essere esclusivamente specifica e generale; qualunque cura locale, sia pure quella col nitrato acido di mercurio,

o col calomelano, o col sublimato sarà nociva, inquantochè una laringe sifilitica tollera male l'introduzione di qualsiasi farmaco o strumento.

La stenosi laringea talora viene anche nel periodo secondario della sifilide in seguito a un edema acuto sopraggiunto durante lo sviluppo e la fase ulcerativa delle placche mucose, e sarebbe allora inopportuno il ricorrere alla intubazione; si aggraverebbero le condizioni della laringe e si vedrebbero ben presto erosioni fagedeniche delle vere e false corde, non contando che lo stesso processo ulcerativo potrebbe così estendersi anche alla trachea.

Quando insorgano nel periodo secondario della sifilide accessi gravi dispnoici per edema acuto, la cura si ridurrà alla tracheotomia e ad una pronta energica cura specifica costituzionale; ma non mai all'intubazione. Nel periodo terziario della sifilide poi, un intempestivo e malaccorto metodo di cura sarà non di rado seguito dalle più deplerevoli conseguenze. I noduli, le infiltrazioni gommose e le gomme propriamente dette possono, come ha osservato Solis Cohen, rimanere per lungo tempo inalterate senza recare gravi disturbi laringei. Basterà alle volte aver voluto tentare un qualsiasi atto operativo, come potrebbe essere l'asportazione di un nodulo con una pinza tagliente, oppure il passaggio di un tubo di O' Dwyer a fine di vincere la stenosi provocata dalla infiltrazione della mucosa, per dare esca al processo morboso di distruggere e penetrare nei tessuti più profondi fino alla cartilagine.

Se un individuo sifilitico non fu assoggettato ad una energica cura specifica generale, saremo guardinghi nello sbrigliare le cicatrici, nel fare la divulsione dei restringimenti ed anche nello introdurre i tubi di O' Dwyer, in quanto che in genere vi può essere in un punto della laringe già avanzato il processo di cicatrice e in altre parti invece ulcere più o meno vaste che indicano la presenza di infiltrazioni gommose diffuse tendenti a disorganizzarsi. Sono purtroppo questi i casi che, per intempestive cure, si complicano a condropericondriti ed accessi perilaringei, che talora si vuotano all'esterno con un giro più o meno tortuoso e con distacco di tessuti necrosati.

Non sempre l'intubazione recherà conseguenze così disastrose; ma, per quanto poco male debba fare, determinerà positivamente un' infiltrazione e un edema cronico della mucosa laringea.

Insistendo col passaggio dei tubi, anziché raggiungere una dilatazione del lume aereo, favoriremo l'organizzazione della mucosa e sottomucosa infiltrata in un tessuto fibroso retrattile, incapace di riassorbirsi e tendente invece a deformare e restringere la laringe. Riguardo all'intubazione raccomandata da O'Dwyer in questi casi di stenosi laringea acuta e cronica in adulti affetti da sifilide, Solis Cohen francamente confessa di non avere una conoscenza speciale, ma si capisce che usa questo linguaggio per non condannarla con la sua autorità.

Oltre le gomme infiltrate ed ulcerate e le cicatrici consecutive, dobbiamo notare una particolare forma di laringite terziaria sifilitica studiata da Rafael Ariza, la quale finisce col diminuire il lume laringeo e col provocare fenomeni di stenosi. Nel periodo terziario della sifilide non è infrequente osservare una laringite ipertrofica estesa, diffusa, senza ben netti limiti dalle parti sane, a superficie uniforme e di colore più oscuro delle parti non ipertrofiche. Questa laringite terziaria sifilitica si localizza di preferenza all'epiglottide, ai legamenti ari-epiglottici e al vestibolo; ma, se viene irritata con metodi curativi inopportuni e specialmente con la introduzione e permanenza di tubi nella laringe, può facilmente dar luogo ad ulcerazioni di grande estensione, irregolari, serpigginose, a bordi rossi, tagliati a picco. Talora queste ulcerazioni si approfondano molto fino a raggiungere il pericondrio e la cartilagine.

Abbiamo inoltre da ricordare quei casi di stenosi sifilitica congenita dell'albero aereo, in cui la laringe, all'esame con lo specchio, si presenta perfettamente sana e la dispnea è provocata da un uniforme inspessimento delle pareti tracheali al disotto della cricoide. Nelle stesse stenosi sifilitiche della laringe, non può mai escludersi che il medesimo processo sia anche diffuso agli anelli della trachea: or bene, questa complicazione non è diagnosticabile che negli stadii molto avanzati di diminuzione di calibro della trachea in cui l'asfissia è caratterizzata da una forte dispnea inspiratoria.

Numerose sono le autopsie in cui, mentre si credeva il processo sifilitico limitato alla laringe propriamente detta, sovente si riscontravano sollevamenti tuberosi e cicatrici tendinee raggriate che riducevano il lume della trachea fino alla sua biforcazione.

Come dice Mackenzie, i sintomi soggettivi della sifilide tracheale non sono sempre riconoscibili durante l'intero periodo della malattia tanto da renderne la diagnosi molto difficile. Przewoski ha illustrato parecchi preparati patologici di tracheite e laringo-tracheite sifilitica che si conservano nella collezione del Museo dell'università di Varsavia; in tutti questi casi si notavano ulcerazioni, varie forme di cicatrici, senza contare la quasi costante ipertrofia delle glandole linfatiche avvolgenti i nervi ricorrenti. In un caso la trachea somigliava alla superficie interna di una vescica urinaria contratta.

A che possa giovare l'intubazione quando la stenosi è diffusa anche al lume della trachea non arriviamo a comprendere; imperocchè i tubi di O'Dwyer, per quanto lunghi, non raggiungeranno mai il punto ristretto dell'albero respiratorio ed avranno solo per effetto di accentuare i fenomeni stenotici. Chè se poi non si tratti già di un processo morboso estinto, ma di infiltrazioni gommose della trachea, che hanno una tendenza speciale alla ulcerazione, introducendo i tubi di O'Dwyer, aggraveremo la stenosi. Insistendo con l'intubazione il processo ulcerativo si estenderà profondamente, donde pericondriti, ascessi, denudazione della cartilagine, calcificazione, carie e necrosi degli anelli tracheali. Mentre vorremmo con l'intubazione opporci alla tendenza che hanno queste ulcerazioni tracheali di formare dei restringimenti valvolari dell'albero aereo, noi al contrario affretteremo il momento di dover ricorrere alla tracheotomia per salvare d'urgenza questi infelici. Nè si deve dimenticare che l'intubazione della laringe e dei primi anelli tracheali fu talora la causa che l'ulcerazione penetrò attraverso la trachea, formandosi ascessi che si vuotarono nell'esofago o nel mediastino. Infine i processi ulcerativi provocati da una cura irrazionale della laringe e della trachea produssero talora erosione dei vasi sanguigni con emorragie fatali.

In conclusione, allorchè la stenosi comprende anche il lume della trachea, se vogliamo sottrarre la vita dei pazienti dagli attacchi mortali dispnoici, non è all'intubazione che dobbiamo ricorrere e nemmeno alla dilatazione graduale con le sonde di Schrötter, ma alla tracheotomia quasi in vicinanza del giugulo, che Solis Cohen nell'interessante sua monografia sulla sifilide

della laringe, trachea e bronchi consiglia di eseguire a scopo profilattico, invece di attendere una indicazione di urgenza.

Fatti questi apprezzamenti generali sul valore terapeutico dell'intubazione nelle stenosi acute e croniche laringee degli adulti, e più particolarmente in quelle di natura sifilitica, riporteremo tre storie cliniche le quali confermano molti inconvenienti da noi accennati nella lunga critica fatta sul metodo di O'Dwyer.

Prima storia. — V. S., di anni 51, da Napoli, ammogliato senza prole, usciere al ministero dell'istruzione pubblica, contrasse la sifilide nella sua prima gioventù. Durante il servizio militare ebbe una bronco-pneumonite gravissima, e più tardi le febbri malariche che durarono per circa due anni. Non è mai stato bevitore, ma ha sempre fumato molto e masticato tabacco. Nel 1891 si ammalò d'influenza e da allora cominciano le sue sofferenze alla gola, vale a dire, respirare con una certa difficoltà e svegliarsi spesso con forte ambascia e senso di soffocazione. Accorgendosi che il respiro diveniva affannoso e fischiante nel salire le scale e nell'affaticarsi, ricorse nel marzo 1893 alla nostra clinica. Nel registro dei malati di quell'anno è scritta la seguente diagnosi. Gomma ulcerata della regione sotto-glottica. Il paziente racconta che gli furono allora praticate, alla distanza di dieci giorni una dall'altra, tre iniezioni intramuscolari di calomelano e inoltre medicature intralaringee con una miscela di nitrato acido di mercurio e glicerina all'1 0/0. Dopo di quel tempo stette relativamente bene sino alla metà dell'aprile 1895, in cui di notte fu preso improvvisamente da un accesso di soffocazione che gli durò circa un'ora. Prese del latte caldo, mise le mani in acqua senapizzata e così cominciò ad espettorare sentendosi sollevato nel respiro.

Circa una settimana appresso tornò ad avere una crisi grave di soffocazione ed allora fu ricoverato in clinica medica. Dopo il primo accesso la respirazione divenne stertorosa, l'espettorazione abbondante, ma con il timbro di voce invariato. In clinica medica più volte si ripeterono queste crisi di soffocazione, ma dopo un lungo periodo di riposo e la ripetizione di tre iniezioni intramuscolari di calomelano, migliorò in modo da riprendere il suo ufficio.

Il 30 gennaio 1896 ricomparisce nella nostra clinica nar-
rando che da un mese la respirazione è buona durante l'assoluto
riposo, ma se compie un qualsiasi sforzo muscolare o sale le
scale viene sorpreso da grave accesso di soffocazione.

All'esame laringoscopico si osserva il palato e la faringe
alquanto iperemici: l'epiglottide mobile, leggermente ingrossata
al bordo libero e iperemica: i ripieghi ariepiglottici e le corde
vocali false iperemiche e leggermente edematose; la membrana
interaritenoidica ipertrofica, pieghettata; le corde vocali vere
bianche mobilissime: la voce buona: l'ingresso tracheale dalla
regione sottocordica fin verso il terzo anello fortemente ri-
stretto; il lume della trachea stenosato da sembrare occluso;
la mucosa tracheale infiltrata, di colore violaceo. Si fa diagnosi
di stenosi cicatriziale della regione sottoglottica e della trachea
da sifilide pregressa. In tre sedute successive e con qualche
giorno di riposo intermedio fu tentato di vincere la stenosi con
l'introduzione del più piccolo della serie dei tubi di O' Dwyer
per gli adulti. Il paziente non ha mai potuto sopportare la per-
manenza del tubo oltre una mezz'ora, accusando poi difficoltà
respiratoria ancora più grave, che durava parecchie ore dopo
che lo strumento era stato tolto dalla laringe. In seguito a questi
esperimenti infelici gli fu proposta la tracheotomia che egli
non accettò, e la notte del 27 moriva al suo domicilio improv-
visamente soffocato.

Seconda storia. — Carmina Simone di anni 46 da Barisciano
(Provincia di Aquila), maritata, ha avuto un figlio che le fu
estratto mediante l'applicazione del forcipe. Essa sostiene di
non essere mai stata malata fino al 1894. Per quante domande
le siano state fatte non sa o non vuol darci notizia su alcune
tracce evidenti di sifilide pregressa, come il naso a sella per
perforazione del setto, l'alopecia, le pleiadi ganglionari alla
regione cervicale ed inguinale, ecc.

Racconta soltanto che nel maggio 1894 in seguito ad un
acquazzone essa fu sorpresa da forte abbassamento di voce,
mentre prima di quell'epoca ebbe qualche febbricciattola reu-
matica che scomparve senza cura. Da quel tempo, la voce si
è sempre più modificata, sino all'afonia, senza tosse nè escreato.

ma con difficoltà respiratoria ognor crescente appena si toglie dallo stato di riposo. Al primo di marzo del 1896 si presenta alla nostra clinica e, all'esame laringoscopico, è notato quanto segue. Epiglottide sana, ripieghi ariepiglottici leggermente edematosi, corde vocali false infiltrate con superficie in apparenza sana. Le corde vocali vere nel loro terzo posteriore aderiscono tra loro mediante una plica falciforme d'aspetto cicatriziale che si continua con la membrana interaritenoidica. Si fa diagnosi di stenosi cicatriziale della glottide da sifilide progressiva. Lo stesso giorno s'introduce il più grande dei tubi di O' Dwyer della serie pei bambini che è abbastanza bene sopportato per un'ora. Due giorni dopo si tenta l'introduzione del più piccolo dei tubi della serie per adulti, ma la malata è colta subito da un grave accesso dispnoico che obbliga a togliere immediatamente il tubo dalla laringe: durante la notte si aggrava tanto da dover ricorrere, il mattino appresso, alla tracheotomia.

Questa fu eseguita il giorno 11 di marzo con esito felicissimo. In seguito la ferita ebbe un decorso regolare, e presentemente porta la canula che si disinfetta ogni mattina. Essa dice di stare discretamente bene. Il 7 aprile si ripete l'esame laringoscopico che è il seguente: epiglottide sana, ripieghi ariepiglottici leggermente edematosi: idem membrana interaritenoidica: aritenoidi immobili: corde vocali false infiltrate, aumentate di volume, regolari nella forma: corde vocali vere pochissimo mobili nella fonazione, costantemente addotte, rosse, edematose con il margine libero arrotondato. Nei colpi di tosse si vede muco-pus spinto in alto fino alla fessura stenotica della laringe. Diagnosi: condropericondrite crico-aritenoidica.

Terza storia. — A. G., di anni 76, celibe, pizzicagnolo, da sei anni frequentava abitualmente la nostra clinica, perchè affetto da stenosi cicatriziale inter-aritenoidica consecutiva a laringite ulcerosa specifica. Il passaggio delle sonde graduate di Schrötter dopo poche sedute diminuiva gli accessi dispnoici, ed egli poteva riprendere le sue occupazioni.

Nel 1893, di estate, avendo fatto un bagno nel Tevere, colpito improvvisamente da edema acuto laringeo, fu assoggettato all'intubazione. Nei primi due giorni il paziente pote

trattenere nella laringe i tubi di O'Dwyer per sei ore continuate, e poi passava il resto della giornata con respiro calmo e nessuna sofferenza locale. Al terzo giorno l'introduzione di un tubo di O'Dwyer più grande fu tollerata appena due ore e poi spontaneamente espulso. L'edema acuto si aggravò tanto che il paziente dovette ricorrere all'ospedale e subire la tracheotomia d'urgenza. Morì dopo due giorni di bronco-pneumonite.

All'esame macroscopico si notarono le seguenti alterazioni: epiglottide normale: pieghe ari-epiglottiche aumentate di volume: false corde apparentemente normali: ventricoli del Morgagni bene distinti. Le corde vocali vere, normali nella loro superficie superiore e mediana, si continuano nella superficie inferiore con una massa bernoccoluta che in corrispondenza della commessura posteriore delle stesse corde vocali le sovrasta per invadere per breve tratto il ventre del Morgagni. Questa massa invade tutta la mucosa della parete laterale e posteriore della laringe, in alto continuandosi senza limiti distinti nella piega ariepiglottica e in basso raggiungendo il bordo superiore del corpo della cricoide che avvolge parzialmente. Al disotto della cricoide la mucosa appare normale. La massa sottocordica si estende fino al bordo inferiore dello scudetto tiroideo dove termina in una ulcerazione della quale la massa stessa costituisce il bordo. Questa ulcerazione è a bordi irregolari, di forma oblunga: comprende a tutto spessore la parete antero-laterale della laringe, e distrugge parte dell'anello della cricoide in vicinanza della linea mediana. Attorno alla perforazione ciò che resta dell'anello cricoideo appare notevolmente inspessito.

Esame microscopico. — Sezione longitudinale tracciata attraverso la corda vocale falsa e vera e il tumore sottostante (fig. 1).

Colorazione, carminio borico. L'intumescenza che sporge nel lume laringeo al disotto delle corde vocali vere è costituita da un tessuto di granulazione che invade la sottomucosa e il derma della mucosa. All'esterno si approfonda fino ai fasci muscolari più vicini; è più abbondante, e fa maggiore sporgenza al disotto della corda vocale vera; si appiana in basso, là dove finisce in una vasta ulcerazione. L'epitelio che tappezza la mucosa invasa dal tumore è in parte infiltrato. Il tessuto costituente

il tumore ha i caratteri di un granuloma giovane, formato da elementi rotondi e affusati, generalmente piccoli, e non è molto vascolarizzato. La corda vocale vera non presenta notevoli modificazioni; la corda vocale falsa invece e la mucosa che immediatamente la sovrasta sono tumefatte per lo sviluppo di un tessuto granulomatoso simile a quello costituente la tumefazione sottocordica. Il granuloma descritto invade anche in alcuni punti la cartilagine tiroide, la quale si presenta irregolarmente



Fig. 1.

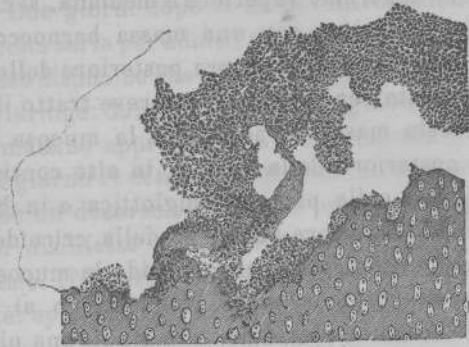


Fig. 2.

erosa (fig. 2); le lacune irregolari della sua superficie si veggono riempite da un tessuto di granulazione contenente anche cellule giganti, simili a quelle già descritte. La cartilagine in vicinanza dei punti erosi presenta cellule pallide con nuclei che non prendono colore (carminio) sicchè in questi tratti presenta un aspetto necrobiotico. In vicinanza dei tratti ulcerati il tumore si presenta coperto da masse amorphe, necrotiche. Diagnosi: Granuloma sifilitico sottocordico.

Riassumendo in poche parole la critica da noi fatta al nuovo metodo di cura delle stenosi, ideato da O'Dwyer, concludiamo che:

1° L'intubazione è specialmente indicata nelle stenosi acute dei bambini, nei quali, quando siano di età inferiore ai tre anni e mezzo, può sostituire la tracheotomia;

2° L'intubazione negli adulti non potrà mai, in genere, essere così efficace, come nei fanciulli per la resistenza maggiore che col crescere degli anni oppone la laringe all'introduzione di qualsiasi istrumento dilatante;

3° L'intubazione potrà avere qualche parziale successo nelle stenosi acute e croniche della laringe in adulti, se il restringimento è limitato alla porzione sopraglottica, purchè la lesione non sia d'origine sifilitica;

4° Nelle stenosi croniche sottocordiche, soprattutto se sono diffuse agli anelli tracheali, la dilatazione coi tubi di Schrötter è superiore alla intubazione;

5° Riguardo alle stenosi laringee sifilitiche, quando esse sono acute, ricorreremo alla tracheotomia e non all'intubazione, per mettere in riposo l'organo malato e intraprendere intanto una energica cura specifica generale: quando sono croniche o cicatriziali non consiglieremo mai l'intubazione, e invece, se non fu superato il restringimento con i dilatatori taglienti più noti e con le sonde di Schrötter, procederemo senz'altro alla tirotomia e alla susseguente escisione dei tessuti cicatriziali, in specie nei casi dove la voce è già perduta e fu già eseguita la tracheotomia.

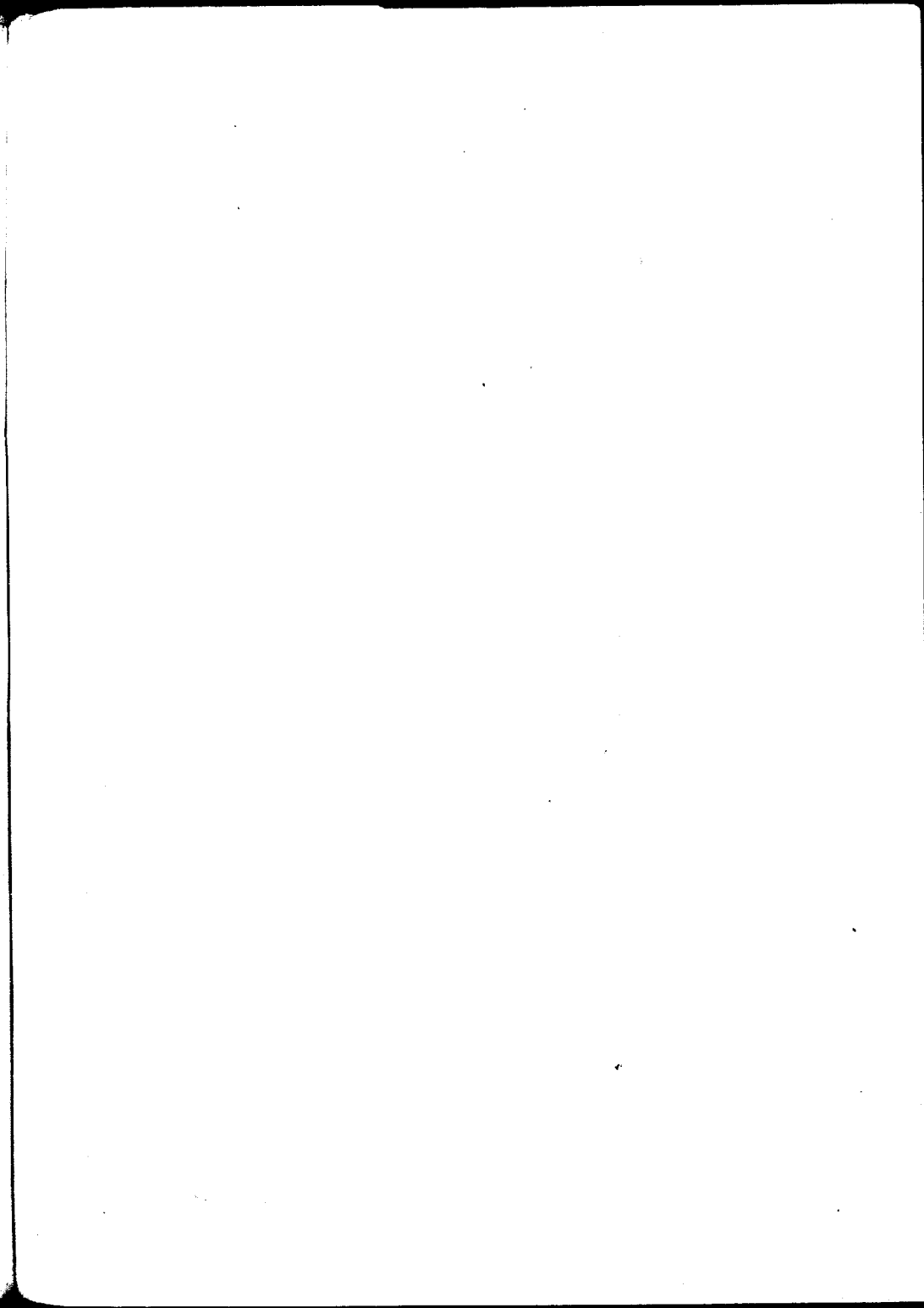
BIBLIOGRAFIA.

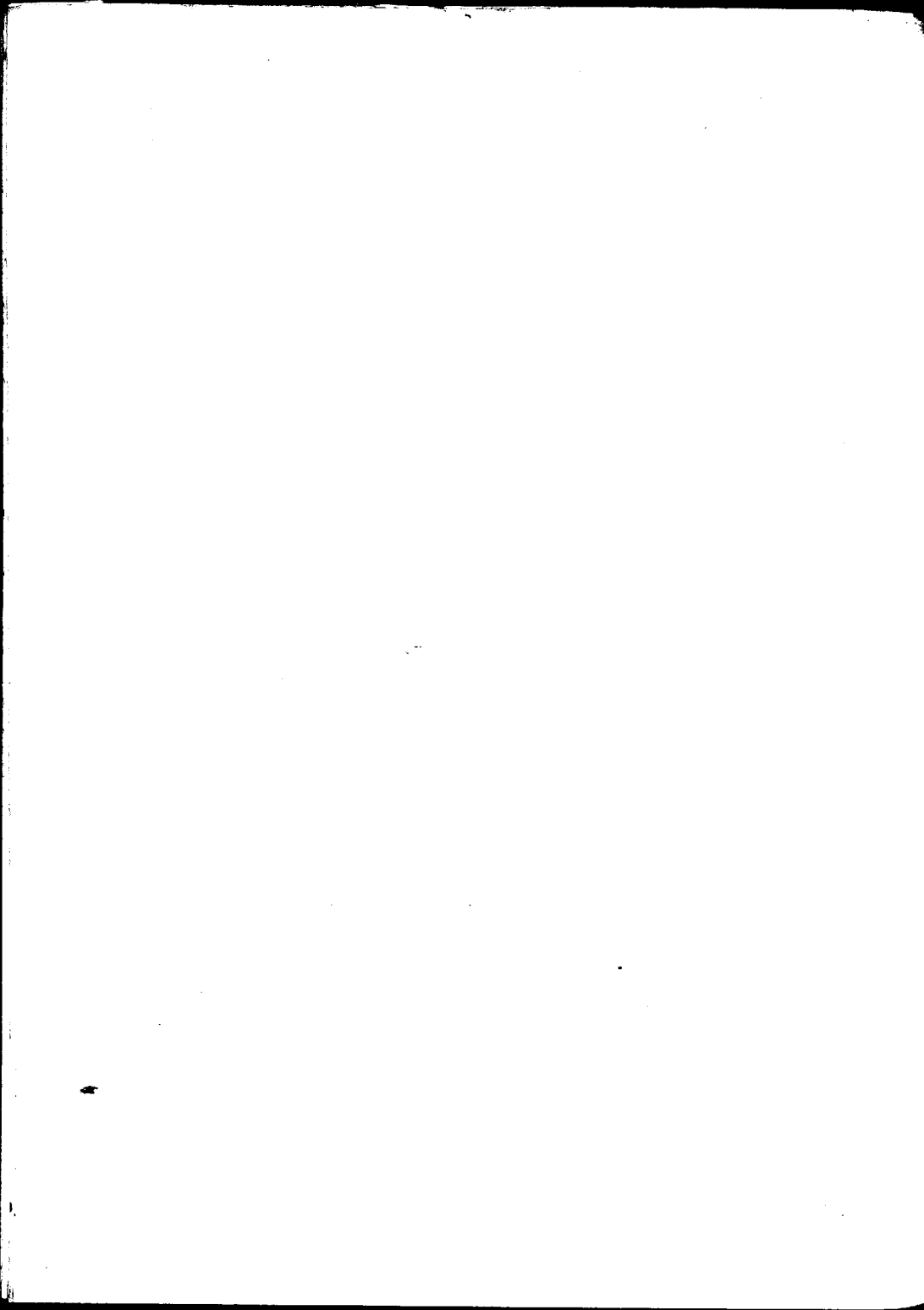
- FERRERI G., *Il cateterismo nelle stenosi sifilitiche della laringe (Lo Sperimentale*, giugno 1887).
- O'DWYER JOSEPH, *L'intubazione della laringe nelle stenosi croniche (The Journal of Laryngology and Rhinology, ecc., vol. II, n. 1, gennaio 1888).*
- DESSAR L. A., *La dilatazione delle stenosi della laringe (Int. Journ. of Surgery, april 1888).*
- SOLIS COHEN, *La sifilide della laringe, della trachea e dei bronchi (The Journal of Laryngology and Rhinology, ecc. Vol. II, n. 11 e 12, november-december 1888).*
- LENNOX BROWNE, *Sui meriti relativi della precoce e tardiva tracheotomia nelle malattie croniche della laringe (The Journal of Laryngology and Rhinology, vol. III, n. 4, april 1889).*
- HIRSCHFELD, *Stenosi laringee cicatriziali di origine sifilitica. Dissertazione inaugurale. Hamburg 1889.*
- SIMPSON, *Relazione di quattro casi di ostruzione laringea in adulti curati con l'intubazione (New York Acad. of Med., Jan. 28, 1890).*
- BERGMANN, *La laringotomia e la dilatazione delle stenosi laringee (Petersburger med. Woch., 1890, n. 40).*

- MASSEI F., *La intubazione della laringe nei bambini e negli adulti*. Comunicazione fatta all'Accademia Reale di Medicina e Chirurgia di Napoli, 1891.
- PITTS BERNARD e BROOK WILLIAM, *Sulla stenosi della trachea e laringe che talvolta segue all'uso della canula tracheale con giudizi sull'intubazione* (*Lancet*, jan. 10, 1891).
- LUBLINER, *La tecnica della cura meccanica nelle stenosi laringee* (*Terap. Monats.*, 1891, n. 11).
- SCHMIEGELOW, *L'intubazione della laringe nelle stenosi acute e croniche* (*Monats. für Ohrenheilkunde*, 1892, nn. 1-5).
- SOLIS COHEN, *Stenosi della laringe*. Lezione clinica fatta al Collegio medico Jefferson, 1892.
- O'DWYER JOSEPH, *In quale estensione se non interamente ha l'intubazione sostituito la tracheotomia?* (*New York Academy of Medicine - Medical Record*, november 1892).
- MASSEI F., *Nuovi tubi laringei per intubazione*. Primo Congresso della Società italiana di Laringologia, Rinologia ed Otologia. Roma 1892.
- SCHIEFER, *L'intubazione della laringe alla O'Dwyer* (*Therap. Monats.*, n. 1, 1893).
- BURRELL, *Indicazioni per la tracheotomia e l'intubazione* (*Boston med. and surg. Journal*, april 6, 1893).
- SIMPSON W. K., *Cura delle stenosi non membranose della laringe negli adulti col metodo d'intubazione di O'Dwyer*, con relazione di cinque casi (*Med. Rec.*, april 15, 1893).
- LEFFERTS GEORGE, *L'intubazione negli adulti* (*The Journal of Laryng., Rhinol. and Otol.*, vol. VII, november 1893, n. 11).
- BLEYER J. M., *Otto casi di stenosi sifilitica della laringe causata da formazione di membrane, curati col suo metodo combinato di intubazione ed incisione* (*Journ. of the American Medical Assoc.*, nov. 25, 1893).
- ROSENBERG A., *L'intubazione nelle stenosi della laringe* (*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, Band I, Heft 2, 1893).
- SCHMIEGELOW, *L'intubazione della laringe negli adulti* (*The Journal of Laryngology, Rhinology and Otology*, vol. VIII, may 1894).
- DE ROSSI E., *Nuovo metodo di introduzione dei cilindri di Schrötter in casi di difficile passaggio nella laringe* (*Archivio italiano di Otologia*, ecc., anno II, 1894).
- O'DWYER JOSEPH, *L'intubazione nelle stenosi croniche della laringe* (*The Journal of Laryngology, Rhinology and Otology*, vol. VIII, new series, n. 10, october 1894).
- NICOLAI, *Contributo alla terapia delle stenosi laringee e croniche* (Congresso di Firenze della Società oto-rinologica, 1895, pag. 17).
- CORRADI C., *Considerazioni sulle stenosi della laringe: un nuovo metodo di dilatazione* (*Ann. des mal. de l'oreille*, etc., sept. 1895).

3486







SULLE
MANIFESTAZIONI AURICOLARI
DELL'ISTERISMO

PER

GIUSEPPE GRADENIGO

Professore nella R. Università di Torino

(Estratto dal giornale *La Clinica moderna*, Firenze, 1° agosto 1895).

La specializzazione nella scienza equivale all'analisi delle più piccole parti di essa: a questa analisi minuta, paziente deve seguire un lavoro di sintesi, il quale faccia servire lo studio delle singole parti a dedurre corollari e leggi non localizzate a ristretti campi, ma estese a più larghi orizzonti di verità scientifiche. Il lavoro che gli specialisti hanno compiuto nel nostro secolo ha permesso di fare la più ampia luce nei singoli campi delle diverse specialità che sono state studiate. Oggi può quindi cominciarsi ad applicare queste verità, frutto degli studi speciali, a più estesi campi scientifici.

Il dott. GRADENIGO ha compiuto questo lavoro deducendo dalle ricerche della otologia, applicata allo studio delle forme isteriche, importanti conclusioni dal lato clinico, semeiologico, pronostico e terapeutico. Lo studio della sensibilità specifica acustica (pp. 12), unito a quello della sensibilità della cute e delle mucose in rapporto con l'organo dell'udito (pp. 153), la descrizione della morfologia e della etiologia delle otalgie nell'isterismo (pp. 167), la ricerca delle zone isterogene dell'orecchio (pp. 193), le emorragie auricolari (pp. 213), conducono ad una deduzione terapeutica intorno a queste forme morbose ed a conclusioni pratiche di non lieve momento.

Noi vorremmo che di questi lavori molti ce ne fossero, perchè in tal modo cadrebbero le barriere fra lo specialismo e lo studio sintetico e si vedrebbe chiaramente quali siano i legami fra lo studio analitico e quello sintetico nelle scienze biologiche.

B.

Un volume in-8° — Prezzo L. 6.

Trattato sulle Malattie dello Stomaco, ad uso dei Medici e degli Studenti, per il D^r L. SANSONI.

— Volume Primo. — Prezzo L. 6.

Il dott. SANSONI, docente di patologia speciale medica all'Università di Torino, da parecchi anni, in lavori speciali e con ricerche personali, si era venuto occupando della fisio-patologia dello stomaco. Era quindi già ben provvisto delle cognizioni necessarie e ben preparato per scrivere un trattato completo sulle malattie di quest'organo, un trattato che prendendo l'anatomia, istologia e fisiologia come punti di partenza, attraverso l'esposizione di tutti i metodi di ricerca, più recenti e più adatti, arrivasse alla parte clinica gradatamente, in modo da essere del tutto accessibile al medico pratico. E alla intonazione del libro corrisponde lo stile dell'A., facile e piano.

Noi abbiamo presente il primo volume di questa larga pubblicazione e il prospetto generale del secondo.

Il primo volume, che tratta tutta la parte fisio-patologica dello stomaco, tiene esatto e minuto conto delle pubblicazioni avvenute fino a questi ultimi giorni sull'argomento; lo scrupolo delle particolarità è spinto così avanti che il pratico potrebbe giudicarlo eccessivo e pensare che sarebbe bastato di alcuni metodi non accessibili all'uso quotidiano della clinica il solo accenno. Ma l'A. ha tenuto a mettere il lettore al corrente dello stato della scienza sulla patologia gastrica, lasciando a lui di valutare i metodi utilizzabili. Che se questo lusso può essere nella parte generale un po' eccessivo, è la migliore garanzia della esattezza dell'A., e sarà, se proseguito nella parte clinica, il migliore vantaggio, il vero compenso per il pratico, il quale non si può appagare di poche linee generali, ma richiama in un trattato speciale che le forme cliniche siano tutte messe in luce e nettamente designate, in specie nelle malattie dello stomaco, nei loro rapporti con i disturbi generali e con le malattie di altri organi.

Questo il pratico, che ha seguito l'A. nel primo volume, si aspetta di trovare nel secondo: quest'opera difficile, ma davvero utile, ci attendiamo noi.

(Estratto dal *Supplemento al Policlinico*, 25 aprile 1896).

Il Microscopio. Guida alla Microscopia scientifica del Dottor A. ZIMMERMANN, tradotta dal Dottore LUIGI BUSCALIONI. — Un volume in-8°, L. 8.

Nei comuni trattati di tecnica microscopica la parte che riguarda l'ottica *microscopica*, o si tace oppure è poco sviluppata. Con la traduzione del libro del ZIMMERMANN il dott. BUSCALIONI è venuto a riparare a questa mancanza ed ha fatto opera utilissima per tutti e specialmente per chi per unico maestro non possa avere che un buon libro. L'appendice poi aggiunta al lavoro l'accresce di pregio, perchè in essa vengono esposti metodi ed apparecchi di scoperta recente.

Tutto calcolato, il libro è buono ed è un ottimo aiuto a chi voglia anche un poco teoreticamente conoscere il microscopio per trarre da tali conoscenze le applicazioni più utili onde evitare tante cause di errore.

(Estratto dal *Supplemento al Policlinico*, 1° agosto 1896).