



~~XX~~ A

Museo A. 6771

### Contribuzione alla patologia e alla chirurgia della mastoide

Prof. G. GRADENIGO

Nei 17 mesi dacchè funziona la Clinica da me diretta all'Ospedale di S. Giovanni, furono operate 136 mastoiditi: dallo studio di tali casi si possono ricavare importanti deduzioni così nel riguardo clinico come nell'anatomo-patologico. In questa breve nota mi limiterò ad accennare ad alcune delle questioni che ancor oggi formano oggetto di discussione tra i chirurghi, ed in particolar modo ai criteri per formulare la diagnosi e per stabilire le indicazioni di un intervento operativo. I casi si possono dividere in 48 acuti e 88 cronici. Come si scorge dalle annesse tabelle, sono rappresentati prevalentemente il sesso maschile e l'orecchio sinistro; quanto all'età le forme acute sono più frequenti nel terzo decennio della vita, le croniche invece nel secondo. Al disopra dei 40 anni le forme acute sono del 31 per cento, le croniche discendono all'8 per cento.

*Mastoiditi acute 48.*

Orecchio destro	23 (47,9 %)
" sin.	25 (52,1 %)
Uomini	35 (72,9 %)
Donne	13 (27,1 %)

*Mastoiditi croniche 88.*

Orecchio destro	41 (46,5 %)
" sin.	47 (53,5 %)
Uomini	57 (64,7 %)
Donne	31 (35,3 %)

Età	Acute	Croniche
Da 4 mesi a 10 anni . . . . .	8	26
Da 11 anni a 20 . . . . .	3	34
Da 21 " a 30 . . . . .	10	16
Da 31 " a 40 . . . . .	12	5
Da 41 " a 50 . . . . .	7	5
Da 51 " a 60 . . . . .	4	2
Da 61 " a 70 . . . . .	4	—
Da 71 " a 80 . . . . .	—	—



Nessuno dei criteri che possono servire alla diagnosi e all'indicazione operativa dell'empiema acuto della mastoide ha per sè valore assoluto; non la tumefazione delle parti molli retroauricolari, non i dolori, la febbre, la stenosi della parte profonda del condotto, la abbondanza di otorrea; solo la riunione di parecchi di questi sintomi ha significato diagnostico abbastanza preciso. Il criterio che secondo le mie osservazioni ha maggiore importanza è rappresentato dalla durata dei dolori mastoidei e della otorrea abbondante; quando tale durata supera i 20 giorni, computati dall'inizio dell'otite acuta, anche nella mancanza di altri sintomi può essere indicato un intervento. Tale indicazione ha valore specialmente per la varietà di mastoidite che va sotto il nome di forma di Bezold, la quale, come è noto, si localizza soprattutto nelle grandi cellule della punta della apofisi, e presenta una speciale gravità per il decorso rapido senza sintomatologia appariscente e per la grave infiltrazione purulenta lungo i muscoli profondi del collo, alla quale può dar origine, se non riconosciuta a tempo. Tale forma di mastoidite è tutt'altro che rara: nella mia statistica figura nel 30% dei casi.

Quali complicazioni delle forme acute da me riscontrate devono venir annoverate la trombosi settica del seno laterale (un caso guarito), gli ascessi estradurali perisinusali (4 casi guariti), la meningite otitica (un caso letale, nel quale la complicazione era già in corso prima dell'atto operativo).

Riguardo alle forme croniche i casi possono distinguersi in quelli nei quali l'intervento fu occasionato dalla riacutizzazione dell'affezione cronica mastoidea e della cassa timpanica, ed in quelli nei quali l'intervento aveva per iscopo la cura radicale della otorrea. Il metodo operativo consistè nell'aprire l'antro, l'adito e la cavità timpanica dall'indietro, con demolizione della parete posteriore superiore del condotto. Plastica del condotto membranoso alla Körner e sutura completa della ferita mastoidea. Tale metodo dà risultati assai soddisfacenti, ma devesi riconoscere che il risultato definitivo è in gran parte dipendente dal trattamento post-operatorio. Questa operazione è giustificata in quasi tutti i casi dal fatto, ormai riconosciuto, che le lesioni purulente croniche della cassa timpanica sogliono estendersi all'adito e all'antro. Quando

havvi acutizzazione dei sintomi mastoidei, o esistono sintomi di complicazioni endocraniche, l'intervento si impone: più difficile è lo stabilire l'opportunità dell'intervento nelle forme di otite media purulenta cronica. In queste ultime bisogna studiare le particolarità di ogni singolo caso, istituire per alcuni mesi un trattamento razionale per la via del condotto e ricorrere alla operazione radicale solo in caso di insuccesso di questo. In 30 casi eravi colesteatoma. L'osteosclerosi legata all'empiema cronico mastoideo si riscontrò di frequente, limitata prevalentemente alla corticale.

In un solo caso si ebbe paresi facciale post-operativa, che retrocesse poi del tutto: altri sei casi di paralisi facciale otitica non ebbero beneficio marcato, almeno immediato, dall'operazione, contrariamente a quanto si ritiene generalmente. Ebbi a notare due casi di necrosi del labirinto, nei quali fu possibile esportare dalla cassa timpanica ripiena di granulazioni gran parte di chiocciola necrosata. In uno di questi era ricordata nell'anamnesi una paralisi facciale che aveva durato soltanto 20 giorni, e che io considero come criterio diagnostico di valore. Delle grandi ossicina molte volte, soprattutto nelle forme di colesteatoma, non si riscontrò traccia alcuna: il martello da solo fu estratto 10 volte, la incudine da sola 9 volte, le due grandi ossicina ad un tempo 4 volte. In tre casi si esportarono pure le branche della staffa, avvolte da granulazioni. Beninteso che le ossicina venivano estratte solo nei casi di carie ben riconosciuta, e quando i risultati dell'esame funzionale acustico prima dell'operazione facevano ritenere che la loro estrazione sarebbe tornata piuttosto di vantaggio che di danno all'audizione. In 3 casi si esportarono voluminosi sequestri dalla mastoide. Tre casi di nevralgia ostinata della mastoide, legata ad otite purulenta cronica, che avevano resistito ad ogni altro trattamento, ebbero grande vantaggio dall'atto operativo. Quali complicazioni nei casi di otiti purulente croniche si notarono: meningite (due casi, morti), ascessi cerebellari (due casi, morti), ascesso cerebrale (un caso, guarito), ascessi estradurali perisinusali (cinque casi, guariti).

Dallo studio di taluno dei casi acuti da me operati mi sembra doversi ammettere come probabile la esistenza di una

forma di osteomielite primitiva della mastoide, della quale non si può però dare dimostrazione rigorosa. Del pari la natura tubercolare di molte osteiti mastoidee, che apparve probabile in base a caratteri clinici e anatomo-patologici, non potè venir dimostrata perchè non fu dato riconoscere nel secreto e nei tessuti patologici il bacillo specifico. Talune forme a decorso particolarmente maligno, con localizzazione verso la punta dell'apofisi e verso il collo, erano date dallo streptococco piogene.

**ESTRATTO**

dall'*Archivio di Otolgia, Rinologia e Laringologia*  
volume IV, fascicolo 3° — Luglio 1896.

Stamperia dell'Unione Tip.-Editrice Torinese

2225

