

XVIII 6-42⁽¹⁰⁾



BOLLETTINO

DELLE MALATTIE DELL' ORECCHIO, DELLA GOLA E DEL NASO
(Otojatria, laringoscopia, rinologia)

FONDATA E DIRETTO

dal Prof. VITTORIO GRAZZI

SULLA CURA OPERATIVA

DELLE

OTITI MEDIE PURULENTE CRONICHE

per il Prof. C. CRADENICO

Prof. presso la R. Università di Torino
Direttore della Clinica Oto-rino-laringologica all'Ospedale S. Giovanni

Estratto dal *Boll. delle malattie dell' Orecchio, della Gola e del Naso*

Anno XIII, N. 7, 1895.

FIRENZE

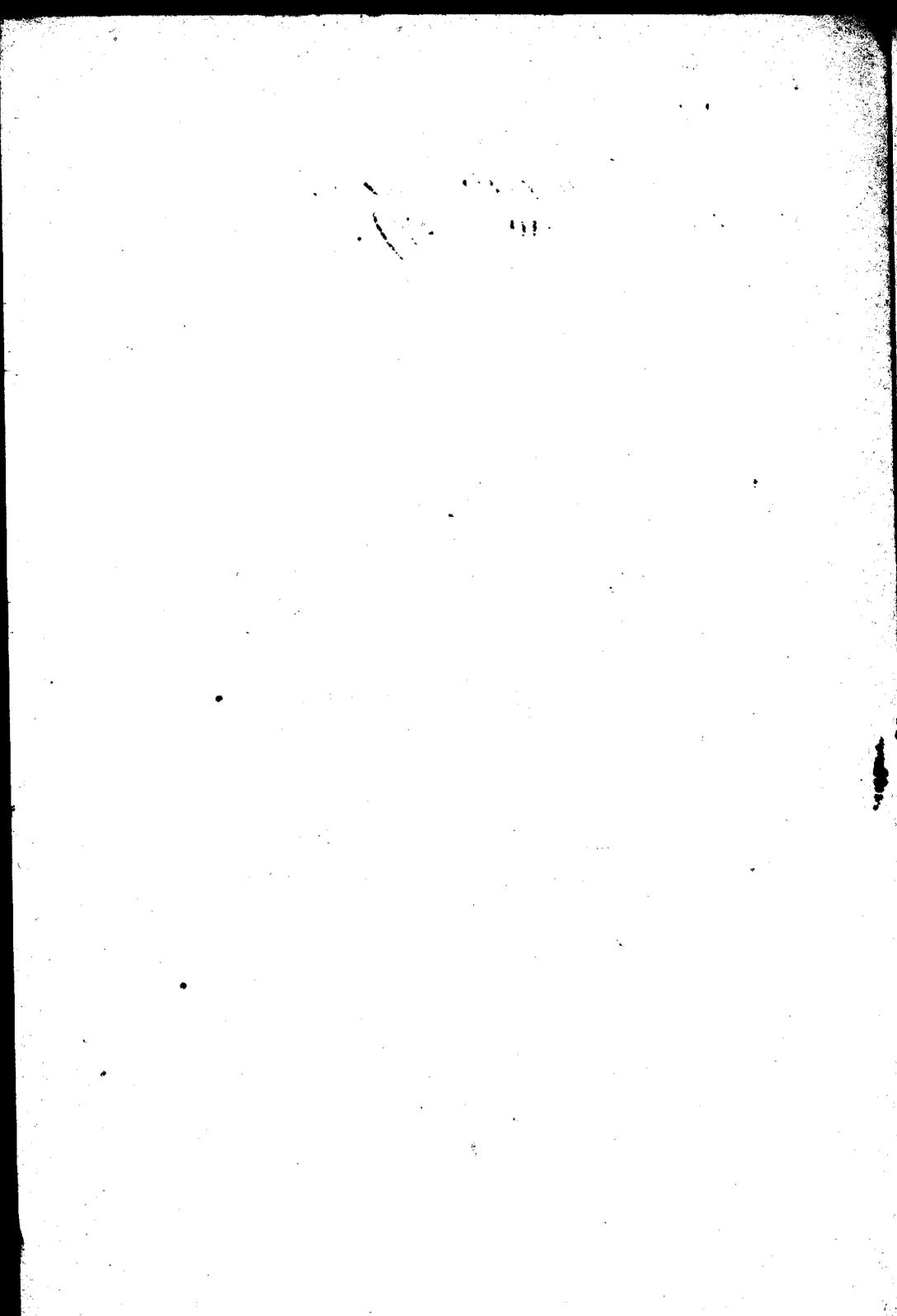
TIPOGRAFIA COOPERATIVA

Via Pietrapiana, N. 43.

1895



mai A 67/2



SULLA CURA OPERATIVA

DELLE

OTITI MEDIE PURULENTE CRONICHE

per il Prof. G. GRADENICO

Prof. presso la R. Università di Torino

Direttore della Clinica Oto-rino-laringologica all'Ospedale S. Giovanni

Estratto dal *Boll. delle malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso*

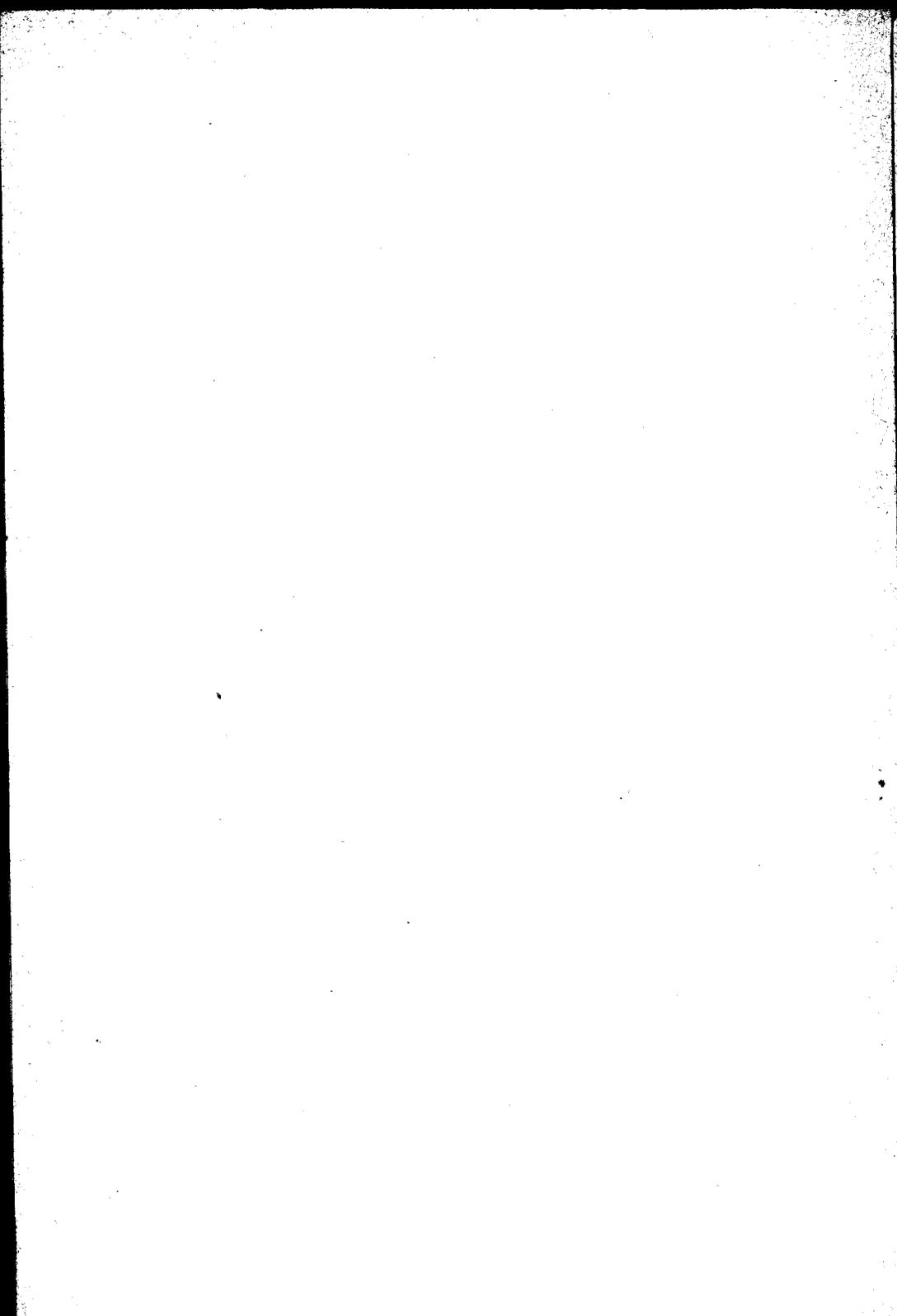
Anno XIII, N. 7, 1895.

FIRENZE

TIPOGRAFIA COOPERATIVA

Via Pietrapiana, N. 46.

1895



In questi ultimi cinque anni si andò determinando tra gli otoiatri un vivo movimento scientifico, diretto a stabilire i principi e le modalità tecniche di una cura operativa dell'otite media purulenta cronica. Quando si consideri che tale forma morbosa colle sue complicazioni ed esiti rappresenta, a norma dei risultati delle più recenti statistiche, quasi il terzo del numero dei malati che si presentano agli ambulatori otoiatrici, che essa è tra le malattie dell'orecchio quella che dà più di frequente origine a complicazioni mortali e che d'altra parte può resistere tenacemente per anni ed anni a qualsiasi trattamento medico anche il meglio diretto, appaiono pienamente giustificati i tentativi di ottenerne la guarigione con interventi chirurgici. L'impulso a ciò fu dato nel 1889 dai chirurghi Küster e Bergmann e subito dopo i metodi operativi furono modificati e completati in varia direzione da un'intera serie di otoiatri, tra i quali vanno ricordati Schwartze, Zaufal, Hartmann, Stacke, Siebenmann, Körner. Quantunque siamo ancora ben lungi dalla soluzione definitiva del problema, il cammino percorso è già sì grande, che torna utile il prendere in esame quello che è già stato fatto soprattutto per cercare di stabilire quello che resta ancora a fare e precisare in quale direzione debbano esser continuate le ricerche. Questa sintesi di ciò che si è fatto è opportuna altresì per mettere il chirurgo e il medico in grado di approfittare dei risultati già conseguiti, la cui applicazione pratica può già fin d'ora salvare la vita a buon numero di malati. Siamo in effetto arrivati ormai ad una di quelle tappe, nelle quali la Specialità si confonde volentieri colla Chirurgia generale, dalla quale dapprincipio si era staccata come disciplina a parte.

Una delle più importanti nozioni che risultarono dai nuovi studii è la dimostrazione che sotto il concetto generico di otite

media purulenta cronica, la *otorrea* degli antichi scrittori, vanno confuse forme morbose affatto distinte per patogenesi e per decorso, ognuna delle quali merita perciò un posto nosologico a parte ed esige special metodo di cura.

Le cause per le quali divengono croniche le otiti purulente acute sono assai complesse e su di esse non è concorde ancora il giudizio degli otologi. A parer mio esse si possono però riassumere tutte nelle quattro categorie seguenti:

1^a Mancanza od imperfezioni del trattamento impiegato contro l'otite acuta.

2^a Ritenzione del secreto nelle cavità dell'orecchio medio (perforazione timpanica troppo piccola o sfavorevolmente collocata, affezioni dello spazio epitimpanico, empiemi mastoidei troppo abbondanti relativamente al potere di riassorbimento delle pareti ecc.)

3^a Affezioni purulente di organi vicini (rino-faringe, C. U. E.), le quali mantengono la suppurazione dell'orecchio medio.

4^a Affezioni diatesiche, soprattutto tubercolari.

I casi di otite purulenta cronica appartenenti alla prima categoria, nei quali la persistenza della suppurazione è causata semplicemente dalla stagnazione e dalla putrefazione del pus, quantunque sieno largamente aperte le vie naturali di drenaggio dalla cavità timpanica nel C. U. E., sono quelli che guariscono rapidamente con qualsiasi trattamento antisettico, anzi vorrei dire di semplice pulizia; e guariscono anzi spesso in pochi giorni anche se duravano da molti anni. Sono questi i tanto decantati casi di pieno successo dei nuovi antisettici, che vengono di tratto in tratto da qualche troppo ingenuo collega impiegati nella cura dell'otorrea (senza distinzione di forma clinica); in questi casi il nuovo rimedio dimostra un'efficacia meravigliosa e viene perciò portato alle stelle per venir subito dopo abbandonato e dimenticato. Di tale categoria di otiti non è necessario lo intrattenerci.

I casi della terza categoria possono guarire prontamente colla cura medica dell'orecchio anche più blanda, appena si riesca a togliere la causa che mantiene l'infezione, soprattutto le vegetazioni adenoidi della rino-faringe. Per converso i casi della quarta categoria, nei quali l'affezione otitica non è che un fenomeno locale di gravi alterazioni diatesiche generali (tubercolosi, diabete, sifilide, ecc.), guariscono soltanto quando si

riesca a modificare efficacemente la diatesi; la cura locale non può avere che valore di adiuvante e passa in seconda linea. Molte volte i fattori causali nella terza e quarta categoria si incontrano associati tra loro e il quadro clinico e le indicazioni curative ne risultano perciò assai complesse.

In generale si può dire però che sono i casi della seconda categoria quelli che domandano un trattamento chirurgico locale; essi sono i più numerosi ad incontrarsi nella pratica e di essi specialmente dobbiamo occuparci.

La ritenzione di pus che mantiene la suppurazione può avvenire per tre meccanismi differenti a seconda che il secreto ristagni: *a)* Nella cavità timpanica stessa in sito abbastanza facilmente accessibile dal C. U. E.; *b)* Nello spazio epitimpanico; *c)* Nell'antro; *d)* Nell'antro e nello spazio epitimpanico insieme.

a) Quando il secreto ristagna nella cavità timpanica propriamente detta, ciò può esser dovuto alla esistenza di una perforazione timpanica insufficiente per dimensioni e posizione al drenaggio della cavità, oppure alla presenza di granulazioni o di polipi sorgenti dalle pareti della cassa o del condotto uditivo esterno, i quali in qualche modo restringano od ostacolino la via di uscita. Il trattamento chirurgico locale è in tali casi relativamente semplice, e può limitarsi all'ampliamento della perforazione timpanica, alla distruzione delle granulazioni, dei polipi, alla pulitura della cavità; la cessazione completa dell'otorrea potrà così esser ottenuta in poco tempo.

b, c, d) Più difficile è il compito del chirurgo quando la sede della ritenzione del pus sia incompletamente e difficilmente accessibile per la via del C. U. E.; è allora che gli si affacciano le maggiori difficoltà diagnostiche e curative.

Quando la ritenzione si fa nello spazio epitimpanico si può toglierne la causa sia colla semplice rimozione del martello o del martello e dell'incudine, sia coll'asportazione parziale della parete esterna di questo spazio praticata mediante strumenti opportuni, operazioni queste che in favorevoli circostanze possono venir eseguite col solo sussidio della cocaina; sia finalmente col vuotamento dello spazio epitimpanico attraverso il condotto previo distacco ed arrovesciamento all'avanti del padiglione e del condotto uditivo membranoso secondo il metodo proposto da Stacke. Quest'ultimo intervento esige la cloroformizzazione del malato.



Quando il ristagno ha luogo solo nell'antro, l'antrectomia semplice secondo il metodo antico di Schwartze può bastare alla guarigione; finalmente quando la ritenzione abbia luogo così nell'antro come nello spazio epitimpanico si può intervenire sia aprendo dapprima l'antro e quindi dall'indietro l'*aditus* e la cavità timpanica, secondo il metodo Zaufal o Stacke-Schwartze, sia tenendo una via opposta, aprendo cioè prima col metodo Stacke l'epitimpano e di là spingendosi verso l'indietro nell'*aditus* e nell'antro. La esperienza clinica ha dimostrato i vantaggi e gli inconvenienti che ad ognuno dei metodi operativi sopra enumerati si connettono. Un primo quesito riguarda la diagnosi: è possibile in tutti i casi stabilire la sede della ritenzione che mantiene l'otorrea? Ogni clinico dovrà rispondere che esistono certamente criteri, i quali permettono di sospettare che sede della malattia sia piuttosto l'antro o l'epitimpano, ma egli dovrà pure confessare che in un certo numero di casi la diagnosi non si può fare se non durante l'atto operativo stesso. Si può però dire in generale che nel maggior numero di casi, la ritenzione non è limitata all'epitimpano, ma si estende altresì all'antro e d'altra parte si può affermare che nei casi cronici solo eccezionalmente la malattia è limitata all'antro. Quindi l'antrectomia alla Schwartze, la quale pure dà così brillanti risultati nelle forme acute, non vale da sola a guarire le forme croniche. In una frazione di casi l'apertura dello spazio epitimpanico basta a portare la guarigione, ma disgraziatamente tali casi non si possono diagnosticare con sicurezza *a priori*, e si corre rischio di dover ad un primo e grave atto operativo far seguire più tardi un secondo atto operativo non meno grave, quale l'antrectomia; mentre se si avesse fin dapprincipio associate in un solo intervento l'apertura delle due cavità, l'operazione completa sarebbe riuscita più facile ad essere eseguita che i due singoli interventi parziali.

Altre considerazioni puramente tecniche hanno valore nello stabilire le modalità dell'intervento: L'operazione alla Stacke, seducente a prima vista per le minori lesioni che si portano sull'organo dell'udito, ha il grave difetto di obbligare il chirurgo a lavorare nella profondità del C. U. E. spesso ristretto, cosicchè anche malgrado l'aiuto di opportuno riflettore il campo resta più o meno mascherato dal sangue; l'intervento invece per la via retroauricolare, quando, com'è di uso ormai generale, si distrugga largamente ad imbuto tutta l'apofisi e si de-

molisca col metodo Zaufal la parete posteriore superiore del condotto, procura assai migliore visione delle parti profonde anche nei casi anatomicamente sfavorevoli. Inoltre l'intervento diretto sull'orecchio medio espone a portare lesioni sul labirinto e sul nervo facciale più facilmente che l'intervento dalla mastoide; in questo secondo caso la scopertura anche larga della dura, e quella del seno non hanno alcuna gravità.

La opinione che io mi sono formato dalla mia pratica personale è la seguente: Tenuto conto della frequente associazione delle lesioni dell'epitimpano e dell'antro, nel maggior numero dei casi di otite cronica l'intervento operativo più sicuro deve essere l'apertura di ambedue queste cavità dall'indietro, aprendo cioè dapprima largamente l'antro, demolendo quindi la parete posteriore superiore del C. U. E. e la parete esterna dell'adito e dell'epitimpano. Questo atto operativo è ancor meglio giustificato quando si faccia seguire dal metodo di plastica proposto da Körner, che consiste nel dividere la parete posteriore superiore membranosa del condotto, nell'applicarne i lembi contro le pareti dell'unica cavità risultante dall'atto operativo, la quale comprende antro, adito e orecchio medio, e nel suturare e far chiudere per prima la ferita mastoidea. In questo genere di operazioni il trattamento consecutivo ha per lo meno eguale importanza dell'atto operativo stesso. Io mi propongo di parlarne in altra occasione quando avrò completato le ricerche comparative istituite in proposito.

La sutura della ferita mastoidea abbrevia di molto la durata del trattamento consecutivo e rende preferibile l'intervento dalla mastoide al metodo di Stacke, anche perchè le medicazioni successive si possono eseguire più comodamente attraverso il condotto uditivo allargato. La persistenza dell'apertura retroauricolare che si può ottenere sia collo spostamento dei lembi secondo il processo Siebenmann, sia colla trapiantazione alla Thiersch, non è più necessaria, quando sia assicurato il drenaggio per la via naturale del condotto uditivo.

Malgrado i progressi ora segnalati ottenuti nella tecnica operativa, la questione del trattamento delle otiti croniche è però tutt'altro che risolta. L'intervento chirurgico è sempre da considerarsi come atto di una certa gravità; esso non è certo alla portata di ogni chirurgo, e, giova riaffermarlo, esige da parte dell'operatore cognizioni speciali di anatomia e di anatomia patologica dell'organo dell'udito, le quali non si acqui-

stano che con un lungo esercizio sul cadavere e sul vivente. Deve poi entrare in linea di conto il pericolo di possibili complicazioni accidentali dell'atto operativo, delle quali taluna, checchè se ne dica, può rivestire carattere di gravità, come ad esempio la paralisi facciale consecutiva, la lesione del seno trasverso ecc.

Le considerazioni esposte devono farci persuasi ad operare soltanto i casi nei quali l'operazione è rigorosamente indicata. Ora, come abbiamo visto, una diagnosi esatta non si può quasi mai stabilire *a priori* e d'altronde, come dice Hartmann, se si attende lo sviluppo di complicazioni endocraniche l'intervento è spesso troppo tardo. Le nostre attuali conoscenze non ci permettono adunque di dare regole fisse e ogni singolo caso deve essere accuratamente studiato e seguito per un certo tempo; si può dire però che in generale gli interventi operativi radicali non si debbono istituire quando l'otite purulenta cronica non sia stata curata per il corso di almeno tre mesi, non soltanto coi soliti lavacri antisettici ma con un trattamento adatto e speciale a ciascun caso: solo dopo questo periodo potrà venir discussa l'opportunità d'un intervento.

Quando la secrezione purulenta continua malgrado ogni cura, ma è in piccola quantità e non ci sono fenomeni di ritenzione o di complicazione endocranica, e d'altra parte l'orecchio affetto si trova essere l'unico o il meglio udente dei due, un'operazione radicale *non* dovrebbe essere praticata.

Per converso tutte le volte che esista anche soltanto il pericolo di un'affezione endocranica l'intervento operativo più largo possibile su l'organo dell'udito è di rigore: questo varrà assai spesso a prevenire il determinarsi di lesioni cerebrali o metterà l'operatore sulla buona via per scoprire quelle che eventualmente già esistessero, e sarà d'altra parte sempre un ottimo atto preliminare all'apertura del cranio. Solo nei casi nei quali siavi urgenza per sintomi generali gravi si deve procedere direttamente alla ricerca del focolaio morbo endocranico (ascesso o trombosi del seno).

2225



