

XVIII . 6 . 42 (54)



ARCHIVIO ITALIANO DI OTOLOGIA

RINOLOGIA E LARINGOLOGIA

FONDATAO 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
- Dott. CALAMIDA - † Prof. CORRADI - Prof. COZZOLINO - Dott. DELLA VEDOVA
- Dott. DE SIMONI - Prof. FARACI - Dott. GALETTI - Dott. GARBINI
- Dott. GAVELLO - Prof. GERONZI - Dott. LABUS - Dott. MAIUFUSCELLI - † Dott. MARCHIAFAVA
- Prof. MASINI - Prof. NICOLAI - Prof. NOVARO - Dott. OSTINO - Dott. NUVOLI
- Prof. POLI - Dott. RICCI - Dott. RONGALLI - Dott. ROSATI - Dott. SECCHI
- Dott. STRAZZA - Dott. VILLA.

Clinica Oto-rino-laringologica della R. Università di Torino

Sopra due casi di ascesso cerebrale otitico

Prof. **G. GRADENIGO**

ESTRATTO

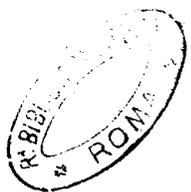
dal vol. X, fasc. 3.

TORINO

STAMPERIA DELL'UNIONE TIPOGRAFICO-EDITRICE

33, Via Carlo Alberto, 33

1900



masi A. 6726

ARCHIVIO ITALIANO

DI OTOLOGIA, RINOLOGIA E LARINGOLOGIA

L'Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, fondato dai professori E. DE ROSSI e G. GRADENIGO, compì nel passato Marzo il Volume IX. La copia e la varietà dei lavori originali e delle comunicazioni scientifiche finora pubblicati, mentre giustificano le liete accoglienze 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 nel volume IX:

GERONZI G., La sezione dei nervi ricorrenti come cura della paralisi di entrambi gli abduttori della laringe. — ARSLAN Y., Alcune forme sifilitiche del padiglione della tromba d'Eustachio. — PUCCIONI G., Contributo allo studio dei tumori maligni del seno mascellare. — ROSATI T., Labirintite bilaterale da sifilide acquisita. — FOA M., Sopra un caso di paralisi unilaterale multipla progressiva dei nervi cranici. — VARAGLIA S., Sulle fibre elastiche della *membrana tympani*. — GRADENIGO G., Nuovo metodo ottico di acumetria. — FERRERI G., Gravi complicazioni peri- ed endocraniche a decorso cronico, consecutive alle otiti acute. — CIMA F., Bacillo resistente all'acido nell'essudato delle otiti nei bambini. — MARTINI U., La trasmissione dei suoni per la via della sensibilità generale. — CALAMIDA U., Sulla fine distribuzione dei nervi nelle tonsille. — Sulla presenza di corpi fuxinofili nella tonsilla faringea. — OSTINO G., Un nuovo metodo per sventare la simulazione della sordità bilaterale. — KIESOW F., Contributo alla psico-fisiologia della cavità orale. — FARACI G., Mobilizzazione precoce della catena degli ossicini nel periodo sub-acuto di alcune otiti medie non suppurative. — ARSLAN Y., A proposito di 1000 casi di tumori adenoidi. — GARBINI G. e STAGNITTA BALISTRERI F., Contributo allo studio della tubercolosi dell'orecchio medio. — D'AJUTOLO G., Dell'uso delle barbe di penna nella terapia delle fosse nasali e del naso-faringe. — GARBINI G., L'ipertrofia dell'amigdala faringea nelle provincie di Messina e Reggio Calabria. — FARACI G., Importanza acustica e funzionale della mobilizzazione della staffa. — LOMBARD F. e MOLteni A., Sopra una lampada ad arco per la laringoscopia. — GRADENIGO G., Radiografia di un proiettile nell'orecchio. — FERRERI G., La tubercolosi delle prime vie respiratorie in rapporto all'igiene scolastica. — RIMINI E., Colesteatoma dell'orecchio sinistro, ecc. — FERRARA G., L'acido soziodolico nelle miringiti croniche. — BIAGGI C., Sulla balbuzie frusta. — FARACI G., Nuovo apparecchio per la cura delle sinusiti della faccia. — CANETTA G. e BIAGGI C., Gli esercizi acustici nella cura della sordità e del sordomutismo. — ARSLAN Y., Casuistica clinica. — RECANATESI A., Sopra tre casi di mixofibromi naso-faringei operati con metodo rapido. — FERRERI G., Abrasore laringeo olivare ad anse nascoste. — FARACI G., Sulla possibilità di aprire la finestra ovale nei casi di anchilosi ossea, ecc. — ARSLAN Y., Rapporto delle vegetazioni adenoidi colle affezioni oculari. — DELLA VEDOVA T., Osservazioni sull'eziologia dell'ozena e sua curabilità colla sieroterapia. — GUARNERI, Contributo all'estirpazione della faringe e sua protesi artificiale. — TOMMASI I., Un caso di mastoidite da otite purulenta cronica guarito spontaneamente. — GARBINI G., Sulla denominazione "Ipertrafia della tonsilla faringea".

Clinica Oto-rino-laringologica della R. Università di Torino

Sopra due casi di ascesso cerebrale otitico

Prof. G. GRADENIGO

Nello studio delle complicazioni endocraniche otitiche ogni nuovo caso seguito clinicamente e controllato all'atto operativo o all'autopsia offre particolarità degne di nota.

È per ciò che io stimo opportuno continuare nella pubblicazione dei casi di tale genere che ho avuto occasione di osservare e curare.

Oggi pubblico due casi di ascesso cerebrale otitico. Si accompagnavano ambidue a lesioni della fossa cranica posteriore. Simili fatti ci provano che quando ci troviamo in presenza di sintomi mal definiti di complicazioni endocraniche, la scoperta di un determinato gruppo di lesioni non deve distoglierci dall'investigare con cura la eventuale coesistenza di altre lesioni non direttamente legate alle prime.

OSSERVAZIONE I. *Otite media purulenta cronica destra. Ascesso sottoperiosteo sulla apofisi mastoide. Empiema mastoideo cronico. Ascesso estradurale perisinusale. Ascesso del lobo temporo-sfenoidale destro. Morte.*

Contadina di anni 10, da Baldissero Torinese.

La piccola paziente ci viene presentata in Clinica in condizioni assai gravi: non può reggersi in piedi e viene portata in braccio dal padre. Ha la caratteristica *facies* quale si riscontra nei malati portatori di complicazioni otitiche endocraniche, è indifferente a quanto la circonda, quantunque sia perfettamente cosciente, perchè risponde alle domande semplici che le si

rivolgono. Le notizie anamnestiche che a stento si possono ottenere dai genitori sono assai incerte e incomplete. Non si può stabilire se esistesse otorrea cronica, e si viene solo a sapere che da un mese sono comparsi dolori violenti all'orecchio destro, e da due settimane si aggiunsero anche vomiti. Questi sintomi si sarebbero attenuati negli ultimi tempi.

Stato presente. — Bambina denutrita. Polso da 90 a 100, regolare; così pure regolare il ritmo respiratorio. Temperatura 38,5°. Papillite ottica di alto grado bilaterale. Non anomalie nel movimento dei bulbi oculari e del facciale; pupille eguali e bene reagenti. Non si riscontra dolentatura o rigidità della nuca; non paresi degli arti. Riflessi superficiali e profondi normali; sintoma di Kernig ben manifesto. La bambina, collocata in piedi, si regge a fatica a gambe divaricate; invitata a fare qualche passo cade verso un lato o l'altro, ma con maggior frequenza verso l'avanti.

Orecchio sinistro. — Normale.

Orecchio destro. — Condotta ampia, libero di pus. Membrana in gran parte distrutta. Granulazioni pallide nella porzione posteriore superiore della cavità timpanica. Tumefazione con senso incerto di fluttuazione profonda, a due dita trasverse dietro l'inserzione del padiglione. Piano mastoideo e punta dell'apofisi libera.

Voce afona a destra non percepita.

In considerazione dello stato gravissimo della paziente, si decide un intervento immediato.

Mancando segni manifesti di leptomeningite, si pensò ad un ascesso estradurale perisinusale, con o senza trombosi del seno, eventualmente ad un ascesso cerebrale o cerebellare. Per l'ascesso perisinusale parlavano la sede della fluttuazione sottoperiosteale; per un ascesso cerebellare i disturbi di equilibrio e la papillite di alto grado.

La cloronarcosi fu contrassegnata specialmente nei primi momenti da periodi transitori di apnea, che però non furono mai inquietanti. Parti molli normali al taglio consueto; corticale sottile; appena lo scarpello attraversa la corticale nella porzione della apofisi collocata verso la punta esce pus abbondante sotto pressione. Si cade così su una vasta cavità formata

dalla fusione delle cellule mastoidee e dalla scomparsa della parete sigmoidea e ripiena di granulazioni e di pus. Demolita anche la punta, questa non offre alterazioni. Previa un'incisione orizzontale, che si stacca verso l'indietro a circa la metà della consueta linea di incisione (in forma di **T**) si mette a nudo la corticale sulla regione del seno senza che si noti uscita di sangue dall'emissario. Si vuota così un ascesso sottoperiosteo in corrispondenza all'emissario mastoideo, contenente circa un cucchiaino di pus tenue, grigiastro; si scorge allora un condotto fistoloso, ripieno di granulazioni, che corrisponde al forame dell'emissario, e il quale guida lo specillo direttamente verso l'avanti per circa due centimetri fino contro al seno. Tutto il tratto sigmoideo del seno appare denudato. Si esportano le granulazioni; la parete del seno ha colorito bianco giallastro ma pulsa visibilmente. Lo specillo non lascia riconoscere la dura scollata attorno al seno nè in direzione della fossa cranica posteriore nè della media. Si apre allora l'antro, dal quale fuoriesce un getto relativamente cospicuo di pus; si esportano con cucchiaio abbondanti granulazioni contenute in quest'ultimo. Messo a nudo più largamente possibile il focolaio morboso perisinusale si sutura solo l'estremità superiore dell'incisione verticale e si tampona la breccia con garza al iodoformio.

Tenuto conto delle gravi condizioni della malata, si rimette ad altro intervento l'eventuale esplorazione del cervelletto, o del cervello.

L'operazione fu perfettamente sopportata; alla fine della cloronarcosi si ebbe vomito che fece riconoscere come la bambina aveva mangiato quella mattina stessa, prima di essere portata all'Ospedale, abbondante caffè e latte e pane (!).

Le condizioni della piccola paziente si mantennero buone fino alla sera; nella notte si ebbero grida meningitiche e nel mattino successivo si riscontrava: coma, paresi di ambedue i facciali, cosicchè le palpebre restavano semichiusure, nistagmo orizzontale con oscillazioni lente. La paziente non risponde neppure se scossa, quantunque il polso e il respiro si mantengano regolari. Morte alle 22 del giorno successivo alla operazione.

Autopsia parziale (13 ore dopo la morte).

Tavolato interno della teca craniana molto assottigliato; depressioni digitiformi, specialmente esagerate alla regione occipitale. Diplee abbondante.

Iperemia intensa della dura madre. Dura madre con mediocre tensione. Seno longitudinale vuoto. Levigata la faccia interna della dura madre.

Il lobo temporo-sfenoidale dell'emisfero di destra è aderente alla dura madre della regione corrispondente. Questo lobo è molto deformato, aumentato notevolmente in volume e teso. L'emisfero di destra, visto dalla faccia superiore, presenta molto dilatata la circonvoluzione occipitale. A sinistra cervello di volume normale.

Il ventricolo laterale di sinistra contiene una quantità discreta di liquido trasparente più del normale.

Il ventricolo laterale di destra presenta il pavimento sollevato, che va a collimare colla volta. Ependima levigato, e poco liquido trasparente raccolto nel corno anteriore. In corrispondenza del corno posteriore, sotto l'ependima teso, ma ancora conservato, si trova un'area giallo-verdastra, costituita da una zona iperemica, dall'aspetto esterno di una raccolta purulenta.

Incisi i nuclei della base a sinistra si trovano perfettamente normali, a destra leggermente assottigliati per compressione, però il loro rapporto e il loro aspetto è normale. Incidendo in corrispondenza del corno posteriore di destra, si apre una vasta cavità marciosa, la quale occupa a tutto spessore la circonvoluzione temporo-sfenoidale fino alla corteccia. Pavimento del quarto ventricolo e cervelletto normali. La sostanza cerebrale si presenta iperemica ed edematosa.

L'ascesso esistente nel lobo temporo-sfenoidale di destra, era assai vasto, con membrana piogenica propria; il pus non si era fatto ancora strada nei ventricoli, i quali erano bensì ripieni di un liquido sieroso, limpido, abbondante; soltanto eravi nettamente l'accento del sito dove avrebbe avuto luogo la perforazione dell'ascesso, in un'area, cioè, di forma irregolarmente triangolare nella porzione posteriore del ventricolo, vicino al sito dove si stacca il corno inferiore. Non eravi trom-

bossi del seno sigmoideo, non traccia di leptomeningite; invece iperemia assai intensa e diffusa della dura madre. La dura madre della base era in apparenza integra sulla parete superiore della rocca di destra; però quando si esercitò una compressione collo specillo, uscì pus denso da un ascesso estradurale collocato in corrispondenza al *tegmen tympani*. Distaccata la dura si poté riconoscere quanto segue. Tutto il *tegmen tympani* fino alla sutura colla squama era depresso, eroso per carie, senza però una vera perforazione; la depressione della sostanza ossea che aveva forma irregolarmente circolare della grandezza di circa un centesimo, era riempita di pus; per questo tratto sulla superficie esterna della dura madre eravi pure una pachimeningite purulenta con essudato fibrinoso gialliccio; una perforazione allungata che permetteva appena il passaggio della punta dello specillo medio, era collocata un po' all'avanti della perdita di sostanza ossea. Dal sito della perforazione si prolungava verso la pia un sottile cordone cilindrico, probabilmente un vaso trombosato. Cavità timpaniche con granulazioni e pus. I temporali vennero raccolti per un ulteriore esame.

EPICRISI. — Il caso ora descritto è istruttivo sotto molti rispetti. È degna anzitutto di nota la completa latenza del voluminoso ascesso cerebrale, di cui non v'era altro sintomo che la papillite ottica. Non modificazioni del polso; non cefalea di alto grado. L'incertezza nella stazione eretta, il barcollamento del cammino, i vomiti potevano essere provocati unicamente dalla compressione dell'ascesso nella fossa cranica posteriore, come io ho visto in altri casi. L'anamnesi che faceva ritenere trattarsi di affezione auricolare acuta, la insignificanza delle lesioni della cassa timpanica riscontrate all'esame otoscopico, finalmente la gravità e l'estensione delle lesioni mastoidee riconosciute all'atto operativo furono tutti momenti che distolsero dal supporre l'esistenza oltre che del focolaio perisinusale, di un secondo e più grave focolaio morboso nella fossa cranica media. Se si avesse dovuto pensare ad un ascesso endocranico, le lesioni riscontrate all'operazione, la papillite, il nistagmo parlavano piuttosto per un ascesso cerebellare. La causa della morte fu in questo caso la compres-

sione diffusa; non si può escludere che l'intervento operativo stesso abbia indirettamente aggravato i disturbi circolatori endocranici.

Il caso dimostra inoltre che lesioni anche gravi estradurali nella fossa cranica posteriore possono accompagnarsi a lesioni nella fossa cranica media, che restano latenti, e non sono giustificate da apparenti lesioni della cavità timpanica; che perciò nei casi di otite media purulenta cronica la scoperta di lesioni perisinusali non dispensa l'operatore dal ricercare con cura la coesistenza di fistole o di tratti cariosi sul *tegmen atri* o sul *tegmen tympani*.

Nell'Osservazione II, con lesioni affatto analoghe, la salvezza del malato si dovette alla esatta ricerca delle varie possibili complicazioni.

Non v'è dubbio che anche in questo caso la larga apertura della cavità timpanica, per la quale, come fu detto, non sembravano esistere indicazioni, ci avrebbe fatto scoprire la carie del *tegmen tympani* e ci avrebbe guidati sull'ascesso cerebrale. Si può invece esprimere il dubbio se, arrivato il processo morboso ad un periodo così avanzato, anche una larga apertura dell'ascesso cerebrale avrebbe ancora potuto salvare la vita al malato. Non è fuor di luogo inoltre il pensare che una larga apertura dell'ascesso per la improvvisa decompressione che sarebbe seguita nella cavità ascessuale, avrebbe favorito la rottura del tratto della parete del ventricolo che all'autopsia si riscontrò rammollito, infiltrato, assottigliato, e avrebbe potuto determinare la morte immediata colla improvvisa larga uscita del liquido cerebro-spinale, come nei pochi casi di questo accidente registrati nella letteratura.

Molti autori danno come precetto, che allorchando vi è luogo a sospettare una complicazione endocranica, l'operatore deve rimuovere dapprima i focolai morbosi estradurali, e arrestarsi alla dura, riservando ad un ulteriore intervento l'esplorazione dell'encefalo, se i sintomi gravi persistano: questo contegno prudente non può certamente essere elevato a regola assoluta, perchè, come nel nostro caso, talvolta non resta tempo ad un secondo intervento, e l'ammalato muore. Deve adunque essere riservato al criterio dell'operatore lo stabilire in ogni singolo caso il punto dove deve arrestarsi nell'operazione.

OSSERVAZIONE II. *Otite media purulenta cronica sinistra. Ascesso estradurale perisinusale. Ascesso del lobo temporo-sfenoidale sinistro. Operazione. Guarigione.*

Ragazzo, di anni 20.

Otorrea cronica sinistra curata imperfettamente e a periodi. Quest'affezione non aveva però mai occasionato gravi disturbi; quando quattro giorni avanti la mia prima visita, il paziente fu colto da cefalea intensa all'orecchio e alla regione parietale sinistra, che gli impedì di dormire nella notte, e contemporaneamente si notò una diminuzione della otorrea. Il giorno successivo compare febbre (oltre 40°) con brivido; persiste la cefalea. Dietro la somministrazione di calomelano si hanno abbondanti scariche alvine fetidissime (il paziente soffre di stitichezza abituale); però la febbre riprende con nuovo brivido, la cefalea si fa più intensa, lo stato generale si aggrava, havvi anoressia. In tali condizioni io vedo il paziente in quarta giornata: ha l'aspetto di malato grave, è come istupidito, indifferente a quanto lo circonda, si regge a fatica in piedi. All'esame non si riscontrano alterazioni nella regione periauricolare sinistra; condotto stenotico nella sua parte profonda; poco pus fetido; nel fondo granulazioni. Leggera paresi facciale inferiore a sinistra.

Esame ottalmoscopico negativo. Riflessi patellari esagerati. Temperatura oscillante tra i 38° e 39°. Il brivido non si è ripetuto dopo i due primi giorni. Alvo sciolto. Il dolore ha per sede la regione parietale sinistra; è intenso, persistente e trova sollievo coll'applicazione locale della vescica di ghiaccio. Havvi un certo grado di rigidità della nuca.

Poichè un accurato esame poté escludere con sicurezza che la grave sintomatologia, sopra segnalata, fosse prodotta da lesioni addominali, si doveva mettere la cefalea e la febbre con brivido in rapporto a qualche complicazione endocranica della otite purulenta cronica sinistra. Il carattere piemico offerto dalla febbre nei due primi giorni poteva fare sospettare una trombosi del seno sigmoideo; la cefalea parietale faceva temere l'esistenza d'un ascesso temporo-sfenoidale; finalmente la cefalea, la febbre subcontinua, la paresi facciale,

la rigidità della nuca erano sintomi di una leptomeningite incipiente localizzata.

In sesta giornata dall'inizio dei sintomi manifesti della complicazione, si procedette ad una

Operazione I. — Incisione consueta retroauricolare sinistra; da circa la metà di questa un'altra incisione, lunga circa 4 cm., si dirige quasi orizzontalmente verso l'indietro per la scoperta del seno sigmoideo. Parti molli normali; corticale spessa quasi un centimetro (osteo-sclerosi). Si penetra in una unica cavità costituita dall'antro e dalle cellule vicine, contenenti pus fetido e granulazioni. La parete posteriore della cavità è costituita dal seno sigmoideo in gran parte a nudo, di colorito gialliccio, non pulsante. Tentando collo specillo le pareti di tale cavità si penetra attraverso il *tegmen antri* nella direzione verso il lobo temporo-sfenoidale. Si ritiene dapprima trattarsi di un ascesso estradurale, ma demolito il *tegmen antri*, in parte cariato, si riconosce che la dura madre, che mostra lesioni evidenti di pachimeningite, in questa regione è perforata; uno specillo introdotto con prudenza attraverso la perforazione la quale è lineare, a margini irregolari, penetra per oltre 2 centimetri nella sostanza cerebrale del lobo temporo-sfenoidale; durante tale esame esce dalla perforazione qualche goccia di pus. Non si ritiene opportuno, per non prolungare di troppo l'operazione, di procedere in questo intervento alla *exenteratio* dell'orecchio medio, ma di occuparsi per il momento delle lesioni endocraniche che mettono a pericolo la vita del paziente; ci si limita ad aprire una larga comunicazione dell'orecchio medio colla breccia mastoidea, aprendo l'adito e raschiando ed esportando le granulazioni contenute in questo spazio. Demolito quindi in parte colla pinza del Luer il tratto inferiore della squama del temporale in corrispondenza dell'antro, si amplia per circa cm. 1 1/2 la perforazione della dura madre, in modo da rendere bene accessibile l'ascesso cerebrale, la cui cavità si drena con garza sterilizzata. Il taglio della dura ispessita e congesta dà luogo a moderata emorragia. Da ultimo, riconosciuto collo specillo che l'ascesso estradurale perisinusale non si prolunga nè verso l'alto nè verso il basso del tratto scoperto del seno, si incide

per circa cm. $1\frac{1}{2}$ la parete esterna del seno; un getto copioso di sangue esclude l'esistenza della trombosi. L'emorragia si arresta facilmente colla compressione del seno mediante battuffoli di garza al iodoformio.

Cloronarcosi senza incidenti. Il paziente ha sopportato relativamente bene la grave operazione: gli si praticano però iniezioni di caffeina e di olio canforato.

Dopo questo intervento le condizioni del paziente migliorarono in modo assai apprezzabile; scomparvero nello stesso giorno la cefalea e la febbre. Il miglioramento si accentuò nelle prime ore della mattina successiva all'intervento e verso la sera della settima giornata il paziente era più sveglio e in buone condizioni. La medicazione fu praticata il mattino del terzo giorno dalla operazione (8° giorno dall'inizio), si trovò abbondante secrezione purulenta fetida; i tamponi della breccia ossea imbevuti di pus fetido. Tolto con precauzione il tampone dal seno si riconobbe che l'incisione praticata sulla parete era chiusa, eccetto che in un piccolo tratto verso l'alto dal quale si credette opportuno di lasciar fuoriuscire poco sangue. Quanto alla parte cerebrale messa a nudo si riconobbe che non faceva ernia, e si estrasse la garza dall'apertura dell'ascesso senza che seguisse l'uscita di altro pus. Medicazione accurata al iodoformio; il pus del condotto viene raccolto a secco e viene introdotta nel condotto la solita striscia di garza. Durante tutta la medicazione il paziente non dà indizio di sofferenza locale. Debolezza grave; però il paziente assume senza ripugnanza cibi liquidi.

Le condizioni rimasero buone fino alla sera, quando cominciò un dolore gravativo, dal paziente riferito, profondamente, nell'orbita sinistra; ricomparve la febbre (*maximum* 38,5°) e la notte fu inquieta. Nel mattino successivo (9° giorno) questi sintomi si accentuarono. Il dolore all'occhio si fece più molesto, la febbre più elevata; alla sera il malato accusava dolore solamente quando apriva l'occhio. Inoltre si scoprì che esisteva amnesia verbale; questa, pur essendo marcatissima, non risultava nella conversazione ordinaria, e bisognava farne espressa ricerca. Mentre infatti il paziente, piuttosto assopito, risponde sensatamente alle domande che gli si fanno, non sa

dire il nome degli oggetti più comuni che gli si presentano. Per esempio, se gli si presenta un orologio non sa dire come si chiama e si mette a leggere invece con sufficiente esattezza l'ora e i minuti segnati. Anche scambia tra loro le parole: designa *carta il fazzoletto, chiave il libro, ecc.*; non riconosce il bicchiere ma sa dire che vi è contenuta dell'acqua. Quando gli si presenta un oggetto, e gli viene suggerito il nome di esso, si ha l'impressione che egli non percepisca la parola suggerita che dopo parecchie volte che gli viene ripetuta; oltre all'amnesia verbale havvi adunque un certo grado di sordità verbale. Quando la frase che gli viene suggerita è da lui ripetuta, egli poi continua a ripeterla parecchie volte anche a proposito di altre cose. Per esempio, invitato a riconoscere il bicchiere non ne pronunzia il nome che dopo che gli è stato suggerito per quattro o cinque volte, e allora continua a chiamare bicchiere qualsiasi altro oggetto che gli si presenti, Questa difficoltà che si incontra nel rimuoverlo dal ripetere una determinata espressione, si incontra anche quando egli risponde sensatamente a qualche domanda, per esempio, se gli si chiede dove ha il dolore, egli dice di averlo alla metà sinistra della testa, segnandola colla mano; se gli si chiede allora se può muovere liberamente la testa ripete, anche se si rinnova la seconda domanda per parecchie volte, la stessa risposta che il dolore è alla metà sinistra della testa. Non riconosce i nomi neppure delle cose più comuni; la mamma, che lo veglia, quando gli chiede: *chi sono io?* ha per risposta: *la medesima*, e il paziente ripete questa risposta per quanto sollecitato in vari modi a cambiarla. Invece subito dopo desidera di bere e chiama egli stesso la mamma per nome spontaneamente. È perfettamente cosciente, e si capisce che fa uno sforzo per ricordar le parole, e per non scambiare gli aggettivi. Anche confonde le terminazioni in modo che la parola cambia di significato: per esempio, invece di dire *abituale* dice *abitante, ecc.*

Lo sforzo che compie per trovare il nome degli oggetti che gli si mostrano, senza il più delle volte riuscirvi, riesce evidentemente per lui penoso e faticoso, sicchè mostra il desiderio che gli vengano risparmiati lunghi interrogatori di tal genere.

Si può riconoscere che il sussidio di altri sensi, oltre alla vista non ha influenza apprezzabile nell'evocare il nome d'un oggetto: ad esempio, per il campanello, se gliene si fa sentire il suono, per una bevanda sentire il gusto e l'odore, per un oggetto qualsiasi, apprezzare la conformazione, ecc. Le parole più difficili da ricordare sono, quelle che si riferiscono ai sostantivi; vengono quindi per difficoltà gli aggettivi; pare ben conservata la memoria dei verbi. Il paziente si esprime senza difficoltà e correttamente nel linguaggio ordinario; recita bene a memoria brani di poesie italiane e latine; ha invece qualche difficoltà nella lettura e nella scrittura; scrivendo dimentica talora facilmente qualche lettera.

Le descritte particolarità dell'amnesia non poterono venir messe in chiaro che coll'attenta osservazione dei giorni successivi.

La notte dal 9° al 10° giorno fu abbastanza tranquilla; la mattina il paziente è quasi apiretico ma molto assopito, e l'amnesia è ancora più marcata che nel giorno precedente.

Seconda medicazione (decima giornata). — Tolti i tamponi si riconosce che il seno non dà affatto più sangue; la secrezione purulenta fetida da tutta la ferita è invece abbondante. Si trova inoltre che, essendo stata espulsa la garza introdotta nell'ascesso cerebrale, l'apertura di questo verso il *tegmen antri* è *completamente chiusa*, e solo con fatica si riesce con una sonda a ristabilirne la pervietà. Ne escono come sotto pressione circa due cucchiariate di pus nerastro, assai tenue, fetido; allora con un coltello bottonuto si incide la dura fino a raggiungere quasi il margine della breccia ossea verso la squama del temporale; emorragia moderata; s'introduce per circa un centimetro e mezzo un Péan e si divaricano le branche. Malgrado ciò l'apertura è ancora troppo ristretta per ammettere un comune tubo a drenaggio, e allora si pulisce con garza l'interno della cavità ascessuale, quindi si introduce a permanenza una striscia di garza preparata al iodiformio. Durante queste manovre la regione del seno resta protetta con uno strato di garza bagnata in soluzione uno per mille di sublimato. Zaffamento. Dopo la medicazione il malato appare ancora più abbattuto, e oggi si lagna di aver

sofferto dolore. L'amnesia verbale non appare modificata. La temperatura resta bassa nella giornata; alle 17 sale a 38,5°; Il polso oscilla da 75 a 80. Due scariche alvine. In complesso il malato è più sveglio di ieri e parla in modo sensato. Esame ottalmoscopico negativo.

La persistenza della febbre e della cefalea ci decide ad ampliare l'apertura dell'ascesso, e renderla accessibile invece che soltanto dalla regione del *tegmen antri*, come finora, anche dalla via della squama del temporale.

Operazione II. — Nel giorno successivo (undecimo), posto il paziente sul letto di operazione, si cloroformizza senza incidenti. Si prolunga per circa 3 cm. verso l'alto il taglio retroauricolare della prima operazione. All'estremità superiore di questa incisione se ne conduce un'altra in direzione leggermente arcuata per circa 2 cm. verso l'avanti. Con questa incisione si cade sul muscolo temporale, che dà molto sangue, sì che torna necessaria un'accurata emostasi. Scollato il perostio, si mette così a nudo la squama del temporale al disopra del condotto uditivo esterno e dell'antro mastoideo per un tratto verticale di circa 3 cm. Senza che sia necessario ricorrere a nessun colpo di martello, ma solo colla pinza del Luer, si pratica una breccia ossea che all'indietro si continua nella breccia praticata nel *tegmen antri* e sul solco sigmoideo, e all'avanti si estende al disopra del condotto osseo, breccia che ha l'altezza di circa 2 cm. *Attraverso alla dura si vedono nettamente chiazze gialliccie (leptomeningite purulenta)*. Si riscontra che l'apertura fatta ieri dello ascesso alla base del lobo temporo-sfenoidale resta beante dopo l'estrazione dello zaffo; e la sonda, introdotta facilmente per circa 2 cm. e mezzo verso l'alto, non fa uscire affatto pus. Malgrado ciò col coltello bottonuto, e sempre sulla guida della sonda, si incide per circa 2 cm. in direzione verticale la sostanza nervosa e la dura madre, i cui vasi danno abbondantemente sangue.

Si riconosce che la cavità ascessuale è grande quanto una noce; vi si introducono due zaffi di garza al iodoformio, l'uno dalla via della squama temporale, l'altro dalla via dell'antro. Alcuni punti di sutura alla parte superiore dell'incisione delle parti molli; medicazione.

Il malato ha sopportato perfettamente la narcosi e non ebbe vomito neppure nelle ore successive.

La giornata passò bene; il polso è un po' lento (65-70), ma il paziente è perfettamente in sè, si nutre con cibi liquidi e non accusa dolori.

Nei giorni successivi le condizioni del malato vanno gradatamente migliorando; la temperatura resta bassa, cosicchè al mattino è al dissotto dei 37. I dolori sono affatto cessati; persiste solo la difficoltà di parola accentuata per i nomi propri.

Le medicazioni sono rinnovate tutti i giorni; dal condotto uditivo della parte profonda dell'orecchio i tamponi sono sempre imbevuti di pus fetido; soltanto alla seconda medicazione, dopo il secondo intervento, si riscontra pus in una certa quantità proveniente dalla cavità ascessuale del cervello.

Il malato entra da allora nella convalescenza, che procede rapidamente e indisturbata. Il difetto di parola andò man mano attenuandosi fino a scomparire del tutto. Si riservò ad ulteriore intervento la cura radicale dell'otite media purulenta cronica.

EPICRISI. — Anche in questo caso accanto alle lesioni estradurali nella fossa cranica posteriore esistevano lesioni di maggiore entità nella fossa cranica media, che poterono essere riconosciute ed efficacemente trattate già fino dal primo atto operativo. Degni di nota speciale sono i seguenti punti:

I. La latenza completa dell'ascesso cerebrale quantunque collocato a sinistra; il sintomo caratteristico, l'amnesia verbale, si rese ben manifesto dopo il primo atto operativo, forse favorito dalla incisione di strati corticali del cervello fino allora illesi, praticata allo scopo di ben drenare l'ascesso, o dalla compressione esercitata dagli zaffi introdotti nella cavità ascessuale. Interessante è la forma tipica dell'amnesia e della sordità verbale.

II. Come sintomo della ritenzione di pus, nella cavità ascessuale e della presenza degli zaffi di garza in questa si poté riconoscere durante il decorso della malattia, oltre al dolore alla regione parietale, un dolore irradiantesi nella profondità dell'orbita sinistra. Questo dolore era quello che più disturbava il paziente

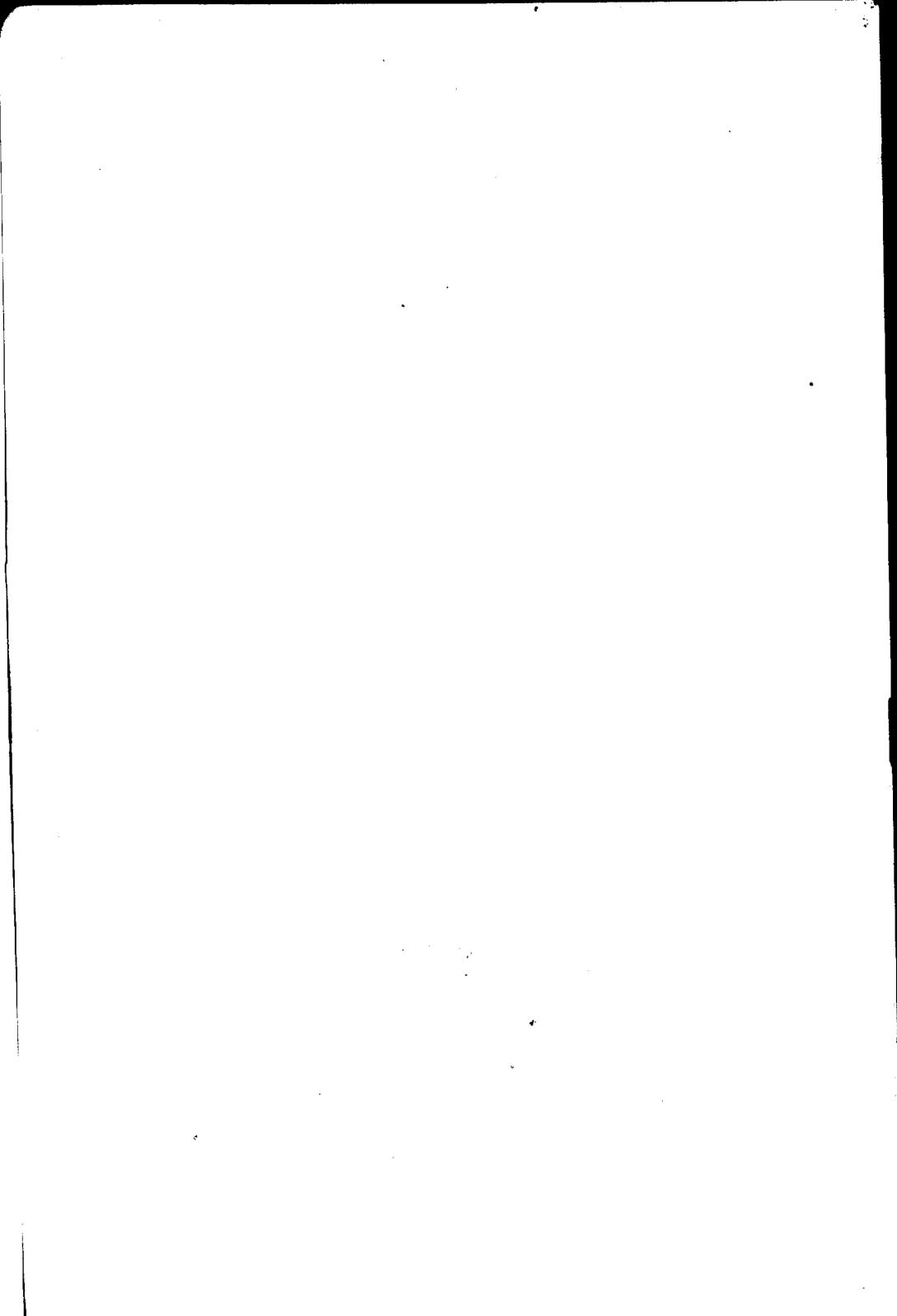
nei primi giorni dopo l'operazione, ed è degno di nota che esso si manifestava soltanto o prevalentemente quando l'occhio era tenuto aperto (forse per i movimenti della palpebra superiore o del bulbo oculare?). Non eravi fotofobia, non esoftalmo, non lesioni oftalmoscopiche. Durante le medicazioni l'introduzione degli zaffi di garza nella cavità del cervello non si accompagnava ad alcun dolore locale, ma provocava invece il caratteristico dolore al fondo dell'occhio.

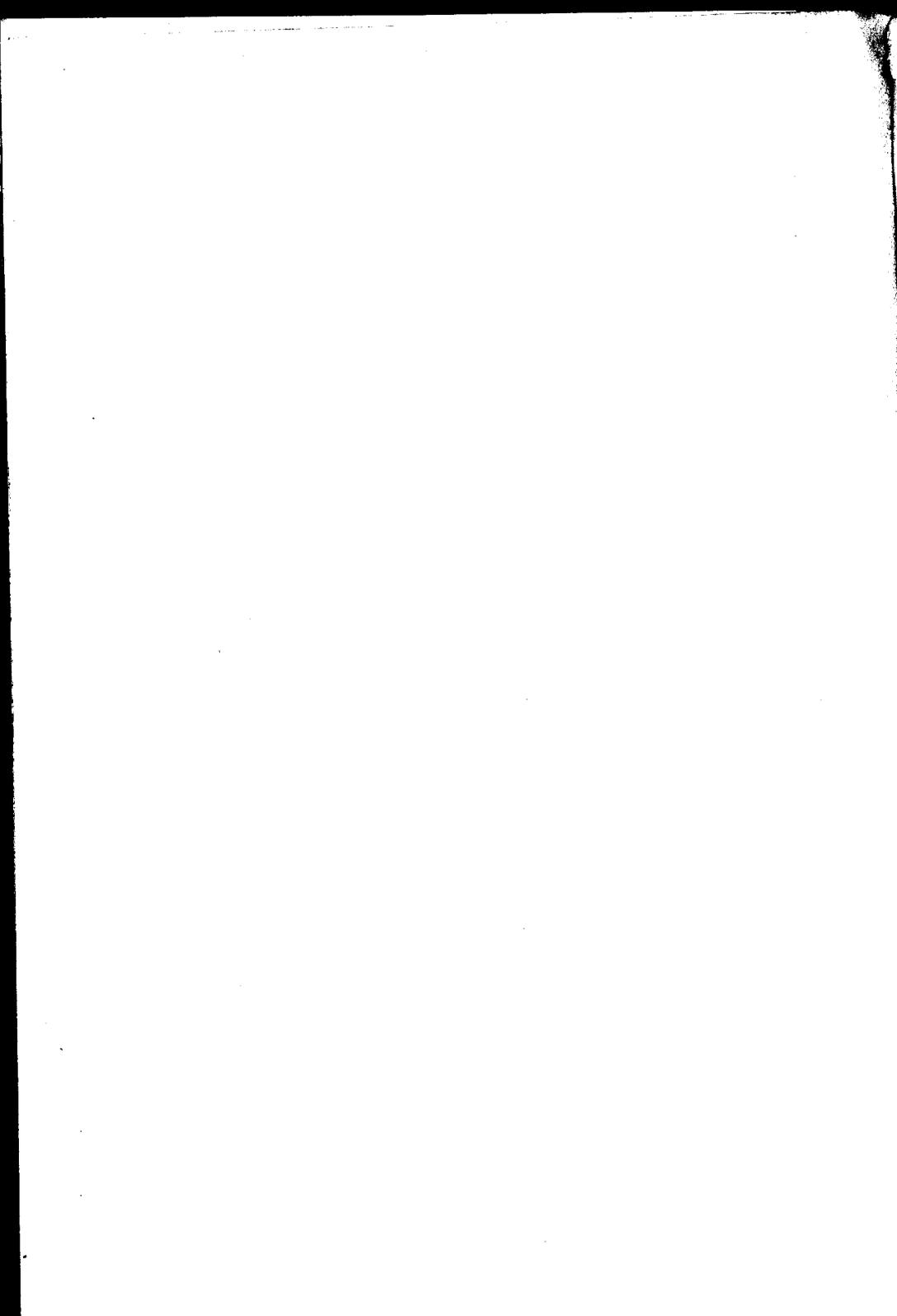
III. Degno del più alto interesse è il fatto che al secondo intervento operativo si poté vedere con sicurezza trasparire attraverso la dura madre integra il colorito gialliccio del pus sulla pia meninge. Esisteva adunque una leptomeningite purulenta circoscritta. Io vado persuaso che il largo sbrigliamento delle meningi e l'ampliamento dell'apertura dell'ascesso attraverso la squama del temporale hanno contribuito efficacemente ad impedire la generalizzazione dell'infezione leptomeningitica.

IV. Finalmente va notata la innocuità della incisione a scopo esplorativo della parete del seno sigmoideo.

2221







L. DREYFUS-BRISAC e L. BRUHL

LA TISI ACUTA

Traduzione del Dott. G. L. SCARPA

La letteratura medica contemporanea, ricchissima di opere per lo studio e la cura delle principali malattie, non possedeva ancora uno studio completo sulle forme acute della tubercolosi polmonare. Sembrò quindi ai dottori DREYFUS-BRISAC e BRUHL utile di colmare la lacuna e di mostrare come, alla luce delle recenti scoperte della batteriologia, si potesse abbozzare un quadro sintetico, a cominciare dalla sua origine, della tubercolosi miliare acuta e indicarne i principali rimedii.

Pur troppo questa malattia è quasi sempre fatale, e la terapia molto limitata; tuttavia si conoscono mezzi atti a limitare i danni che essa reca in una famiglia, in una scuola, nei reggimenti e nelle caserme militari; vi sono misure preventive o capaci di impedire l'invasione bacillare, o aventi lo scopo di mettere l'organismo in istato di resistere alla sua azione patogena.

Nella lusinghiera speranza che all'Italia possa spettare il vanto di avere scoperto il rimedio specifico, il contravveleno, l'antitossina del virus tubercolare, che riesca nocivo al bacillo senza esserlo all'organismo, occorre per intanto far frutto di quanto la terapia della tubercolosi ha trovato di mezzi utili e pratici allo scopo, quali l'aerazione delle caserme, l'isolamento degli ammalati, la disinfezione degli sputi ecc. da una parte, sia dall'altra coll'intervento attivo del medico, che può utilizzare dei medicamenti, i quali, come il creosoto, il jodoformio, il tannino, ecc., hanno una influenza indubbiamente benefica sui colpiti dal male, ne prolungano l'esistenza e portano i pazienti a quell'età in cui possono vincerlo.

La diagnosi della malattia, spesse volte difficilissima, l'andamento di questa al pari dell'uso dell'aeroterapia, dei rimedii speciali diretti a combattere la tosse, i vomiti, la diarrea o ad arrestare una emottisi furono altrettanti temi presi a studiare dagli egregi autori di questo lavoro, i quali riunirono nel presente volume il frutto delle loro esperienze.

Dell'opera santa dei sanitari noi siamo lieti aver potuto affidare la versione al Dott. **L. Guido Scarpa** che da varii anni, con plauso, dedica il suo studio e le sue cure a sollevare gli afflitti da malattie di petto.

SOMMARIO DELLE MATERIE: Considerazioni storiche — Studio clinico della tubercolosi polmonare acuta, forma, frequenza — Studio anatomo-patologico della tisi polmonare acuta — Eziologia, Patogenesi, Considerazioni terapeutiche.

Un elegante volume legato — L. 2,50.

TERAPIA DELLE MALATTIE
DEGLI
ORGANI RESPIRATORI

Per il Dott. H. BARTH
Medico dell'Ospedale Broussais

TRADUZIONE ITALIANA ED AGGIUNTE

DEL

Dott. G. CAVALLERO

Libero docente di Patologia speciale medica dimostrativa
nella R. Università di Torino.

L'egregio Autore incomincia ciascun capitolo con un breve sguardo sulla fisiologia patologica, ed illustra i punti dell'eziologia, dell'anatomia patologica e della sintomatologia, che servono di guida al curante, gli permettono di determinare quali siano gli agenti medicamentosi da scegliere e quali da lasciare in disparte.

È soltanto dopo aver così riconosciuto il terreno e fissatone i limiti, che traccia il piano del lavoro, analizza gli elementi morbosi, mettendo di fronte ad essi, per ordine di importanza, i rimedi che conviene loro opporre.

Dopo aver considerato una malattia nella sua forma essenziale, dà un certo sviluppo a ciascuna delle sue varietà particolari.

In una breve introduzione considerò da un punto di vista generale la patologia dell'apparecchio respiratorio nei suoi rapporti colla terapia ed espone la lista dei sussidi terapeutici che la scienza moderna mette a disposizione del medico. Nel corpo dell'opera studiò successivamente la cura delle principali malattie dei bronchi, dei polmoni e della pleura senza attenersi però ad un ordine assolutamente regolare, ma avendo cura di avvicinare fra loro i fatti simili.

La cura della tubercolosi essendo oggetto di un volume speciale, il lettore non si meraviglierà che sia stato esclusivamente ommesso tutto quanto riguarda tale malattia.

In fine espone, in succinto, la cura dell'asfissia, stato morboso che contrae colle malattie dell'apparato respiratorio rapporti troppo stretti, perchè fosse permesso di passarla sotto silenzio.

Eccettuati certi rimedi nuovi e di uso poco frequente, il libro è l'esposizione fedele della pratica personale del distinto dott. BARTH, e non vi ha nessuna delle formule riportate che non siano state più volte sperimentate.

Il dott. prof. CAVALLERO aggiunse in opportune Appendici tutti i moderni studi fatti in Italia, e in ispecie quelli della Clinica del professore Forlanini in Torino, sulle malattie della respirazione, formando così un Manuale esclusivamente clinico, nel quale studenti e medici pratici possono trovare, senza difficoltà, norme precise, capaci di guidarli negli svariati casi della pratica giornaliera.

Un elegante volume con 15 incisioni nel testo Lire 4.