

ISTITUTO CLINICO OTO-RINO-LARINGOLOGICO DI MILANO  
diretto dal Prof. Dott. T. DELLA VEDOVA

---

Rendiconto dell' Istituto Clinico  
Oto-rino-laringologico di Milano  
nel biennio 1912-1913

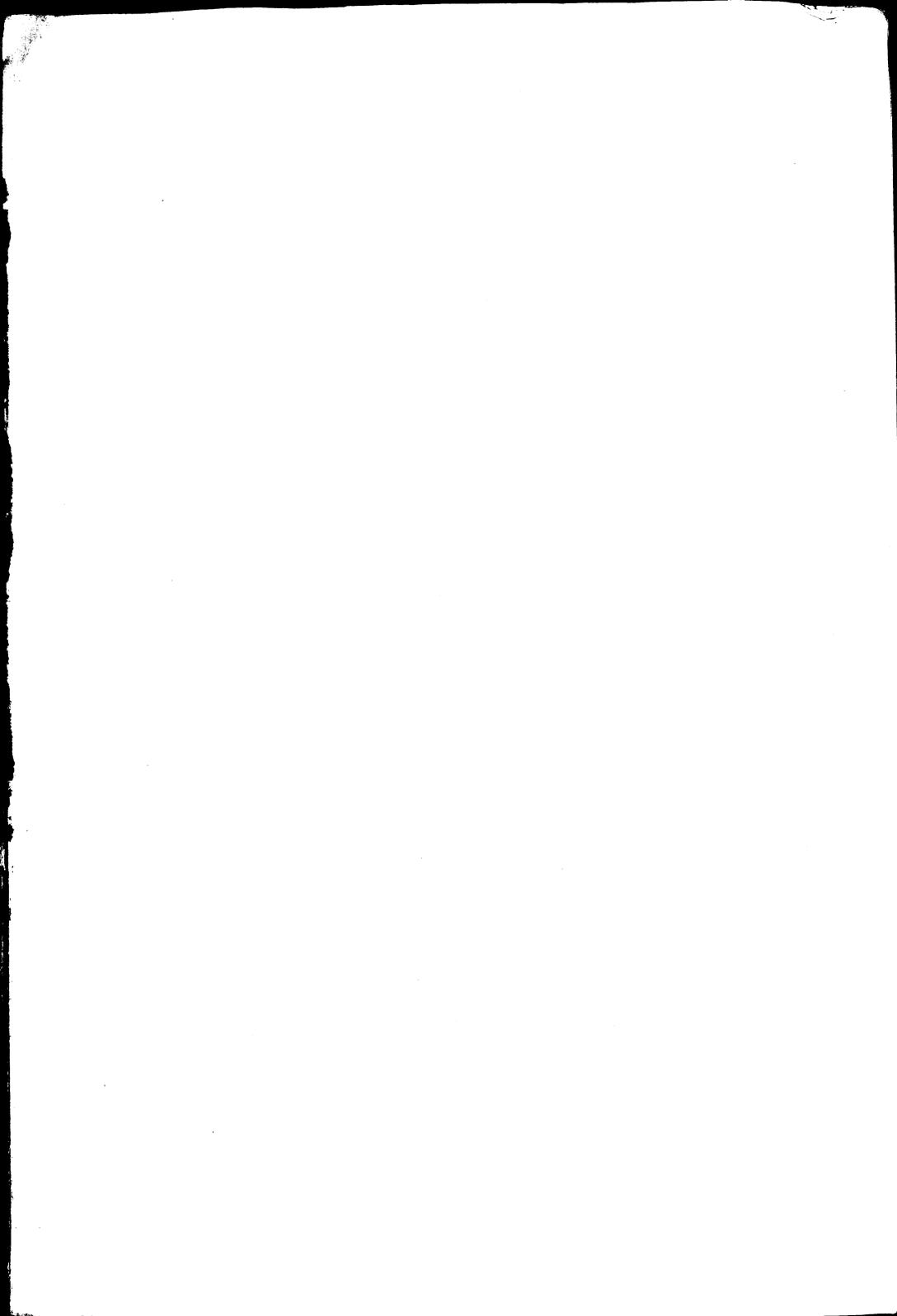
Redatto dal Prof. Dott. L. Castellani, aiuto

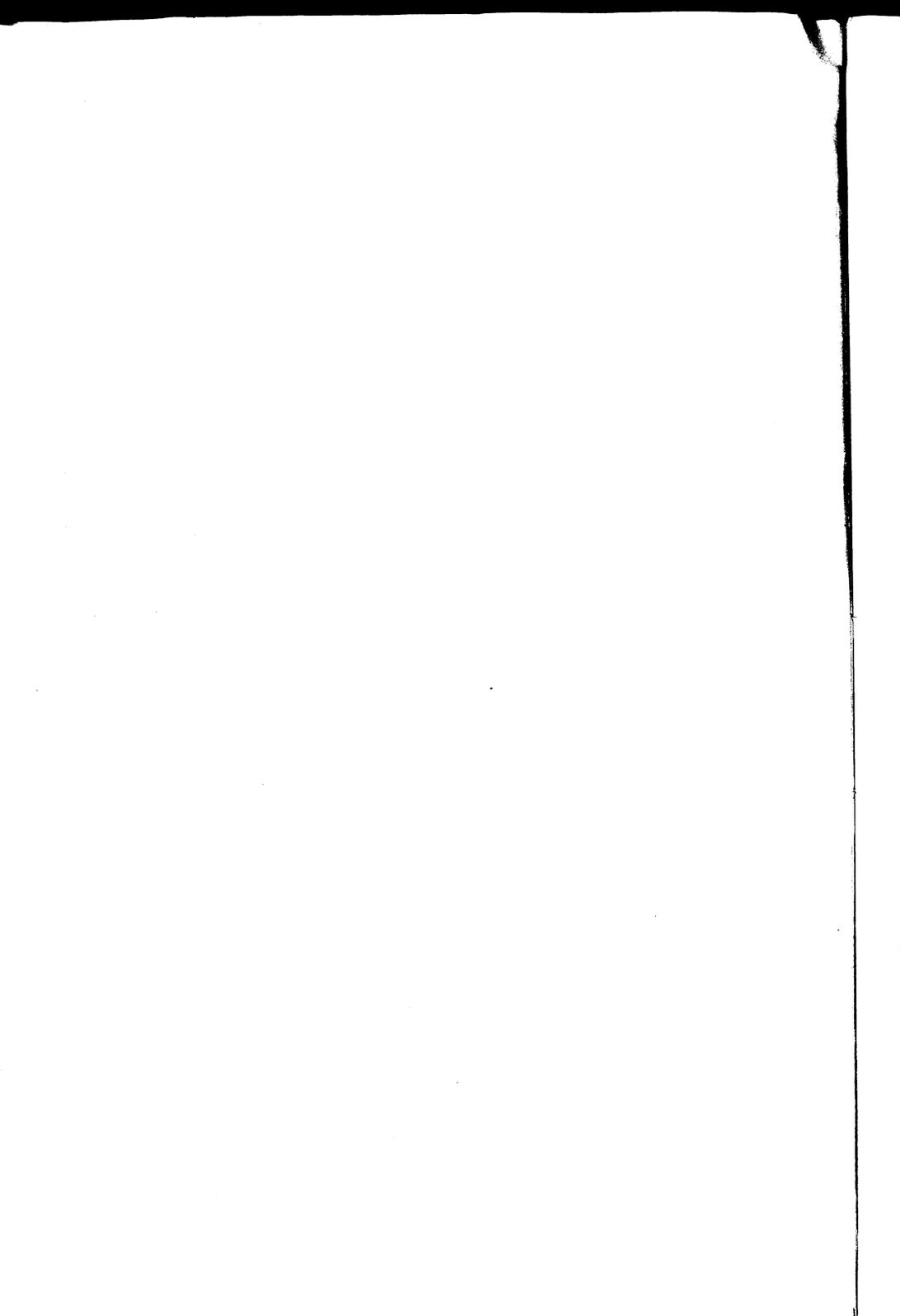


mk  
B  
58  
50

OFFICINE GRAFICHE « LA GUTENBERG » di A. SAITA & C.  
113, Corso P. Romana — MILANO — Corso P. Romana, 113

1914.





ISTITUTO CLINICO OTO-RINO-LARINGOLOGICO DI MILANO  
diretto dal Prof. Dott. T. DELLA VEDOVA

---

Rendiconto dell'Istituto Clinico  
Oto-rino-laringologico di Milano  
nel biennio 1912-1913

---

*Redatto dal Prof. Dott. L. Castellani, aiuto*

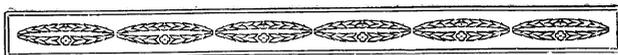
---



OFFICINE GRAFICHE « LA GUTENBERG » di A. SAITA & C.  
113, Corso P. Romana - MILANO - Corso P. Romana, 113

1914.





NEL presentare questo rendiconto, che compendia l'opera clinica che si è svolta nell'Istituto durante due anni e mezzo, siamo animati da un senso di vivo compiacimento e di intima soddisfazione, poichè ci è dato così di far rilevare l'importanza che la nostra specialità va guadagnandosi anno per anno fra le altre discipline medico-chirurgiche e la più esatta nozione che si fa strada fra i medici generici ed il pubblico dell'utilità dell'assistenza dell'oto-rino-laringologo. Senza richiamare statistiche remote, senza riportarci cioè agli albori dell'oto-rino-laringologia, basterà ricordare le cifre che abbiamo pubblicato nel nostro ultimo rendiconto clinico (<sup>1</sup>), che si riferisce al quinquennio 1097-1911. In pochi anni il numero dei casi si è più che raddoppiato: infatti, mentre nel 1908 se ne registravano 2360, si progrediva negli anni successivi a 2628 nel 1909, a 3223 nel 1910, a 4776 nel 1911, a 5001 nel 1912 ed a 5180 nel 1913.

Senza dubbio, la nostra specialità, alla quale le pastoie burocratiche oppongono ostacoli talvolta insormontabili per un più lato riconoscimento ufficiale, per una perequazione con le altre discipline cliniche speciali, si impone di per sè stessa, raccogliendo il più ampio consenso dei medici, che ormai si avvalgono dell'opera dell'otologo e del rinolaringologo, nello stesso modo e nella stessa misura con cui si avvalgono di quella dell'oculista, del ginecologo e degli altri clinici specialisti che l'Università italiana ha ufficializzato con l'obbligatorietà dei singoli insegnamenti.

Se giornalmente dunque si compiono da parte nostra degli sforzi e dei sacrifici per tenere ben alto il nostro vessillo, e se in

(<sup>1</sup>) *L'opera dell'Istituto Clinico Oto-rino-laringologico nel quinquennio 1907-1911.* - Milano, Tipografia « La Gutenberg », 1911.

questo intento riusciamo felicemente, noi abbiamo un motivo di più per compiacerci dei nostri risultati; ed intanto attendiamo: chissà che un giorno giustizia non sia resa anche all'oto-rino-laringologia!

\* \* \*

Il rendiconto statistico che esporremo e che riguarda il periodo che corre dal 1° luglio 1911 al 31 dicembre 1913, si collega intimamente con quello cui sopra abbiamo fatto cenno, e che riguarda il quadriennio 1° luglio 1907, 30 giugno 1911. Tanto più intimamente vi si collega dunque poichè esso comincia là dove questo era stato interrotto, alla fine del primo semestre. E' quindi nostra intenzione di seguire, durante l'esposizione, lo stesso metodo allora seguito, poichè ci sembra il più razionale; soltanto ci limiteremo molto nelle particolari considerazioni, essendo quelle di indole generale e quelle riferentisi all'indirizzo clinico dell'Istituto già state esposte. Poche parole quindi di commento a qualche caso dei più notevoli correderanno i dati statistici.

In questa prima tabella abbiamo intanto riassunto tutto il movimento clinico, tenuto conto della sede delle lesioni.

Tabella I.

SEDE DELLE LESIONI	1911 (2° semestre)	1912	1913	Totale generale
Orecchio esterno . . . . .	202	365	396	963
Orecchio medio . . . . .	597	1198	1226	3021
Orecchio interno . . . . .	63	139	122	324
Complicanze otitiche ed affezioni del cranio e dell'encefalo . . . . .	46	116	124	286
Naso . . . . .	502	1143	1120	2765
Cavità accessorie . . . . .	12	38	50	100
Faringe, rinofaringe, faringolaringe . . . . .	523	1178	1247	2948
Laringe . . . . .	201	442	482	1125
Collo ed esofago . . . . .	96	214	214	524
Affezioni di specialità affini	78	168	199	445
<i>Totale</i>	2320	5001	5180	12501

Essa ci dimostra il progressivo aumento degli ammalati: questo aumento, notato anche dalle statistiche redatte da altri istituti otorino-laringologici, e che abbiamo messo in relazione con le ragioni d'indole generale di cui s'è fatto cenno, per il nostro Istituto ha anche un'altra causa nella radicale modificazione applicata per la " Sezione Clinica ". Questa Sezione, se poteva essere sufficiente in passato, si era resa assolutamente poco rispondente negli ultimi anni: per ragioni edilizie, i locali prima occupati nell'Istituto dalla Sezione Clinica non possedevano tutte quelle qualità di cubatura d'aria, di servizi, di *comfort* che oggi giorno si esigono nelle case di cura; si cercava, è vero, di attenuare i disagi mercè una maggiore attività ed una maggiore diligenza da parte del personale di servizio e di infermeria, ma non era possibile sopprimere con ciò tutti gli inconvenienti e, primo fra essi, l'insufficienza dei locali. D'altra parte le esigenze degli infermi degenti era d'ostacolo al migliore sviluppo delle altre Sezioni di studio, e specialmente allo sviluppo della biblioteca che trovavasi confinata in un piccolo locale, poco luminoso e senza alcuna risorsa per lo studioso che vi si raccoglieva per le consultazioni bibliografiche.

Fu quindi deciso il trasferimento della " Sezione Clinica " in luogo più adatto, e poichè in quel tempo corsero delle trattative tra l'Istituto Oto-rino-laringologico e la bella e moderna Clinica Internazionale, sita in Via Monte Rosa, 12, si pensò molto opportunamente di trasportare in tale località i penati della Sezione Clinica. Di questa nuova Sezione riferiremo in seguito. Noi dobbiamo ora rilevare soltanto che all'aumentato movimento clinico del nostro Istituto non crediamo sia estraneo questo trasferimento, che ha fornito il modo di offrire agli ammalati degenti dei vantaggi considerevoli sotto tutti gli aspetti: sotto l'aspetto dell'igiene, per la proprietà rigorosa dei locali, dei dormitori, delle stanze dei pensionanti; sotto l'aspetto tecnico, per l'assoluta modernità e perfezione di tutti i servizi relativi alle sale di operazioni e di medicazioni; sotto l'aspetto economico infine, perchè dalla Clinica Internazionale, che ha carattere di istituzione di beneficenza, esula ogni intento speculativo e sono praticate tariffe minime.

Talchè, mentre in passato si era spesso costretti a non accettare molti degli ammalati che facevano richiesta di essere ammessi nella Sezione Clinica, ora, avendo a disposizione un numero molto superiore di letti e di locali, si può dar corso a tutte le richieste per numerose che esse siano.

Dalla tabella riassuntiva su riportata si rileva che il numero complessivo dei casi di nuova osservazione esaminati durante il periodo a cui il rendiconto si riferisce, è di 12.501, così ripartiti: 2° semestre 1911 N. 2320; 1912, 5001; 1913, 5180. Per completare con questa statistica la nostra statistica precedente, ricorderemo che nel 1° semestre 1911 furono osservati 2456 casi, e che quindi il totale dei casi osservati nell'anno 1911 ammonta a 4776.

Dai dati riguardanti il numero delle lesioni dei singoli organi si rileva anche ora, come nel passato, che la maggiore percentuale di affezioni spetta all'orecchio medio e subito dopo, con pochissima differenza, alla faringe e rino-faringe ed al naso.

Circa gli interventi chirurgici, la maggior parte di essi rientra nella categoria della piccola chirurgia nasale, faringea e rino-faringea; non sono tuttavia mancati interventi di maggiore dignità chirurgica, specialmente nel campo delle complicazioni otitiche, delle stenosi cicatriziali, neoplastiche o infiammatorie della laringe, dei tumori tiroidei, ecc.

Aggiungeremo infine, per completare i dati statistici generali, che la media dei soggetti visitati ogni giorno nella Sezione Ambulatorio e nella Sezione Clinica corrisponde a 45 per giorno, di modo che durante i due anni e mezzo a cui questi dati si riferiscono, si ha un numero complessivo di 38.500 visite eseguite.

## ORECCHIO ESTERNO.

Tabella II.

DENOMINAZIONE MALATTIE	1911 (Secondo semestre)			1912			1913			Totale Gene- rale
	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	
	Adeniti pre- e retro-auricolari . . .	3	1	4	6	2	8	3	3	
Ascessi . . . . .	7	3	10	6	7	13	10	8	18	41
Cerume . . . . .	60	21	81	122	63	185	148	57	205	471
Cisti . . . . .	1	—	1	—	—	—	—	1	1	2
Corpi stranieri condotto . . . . .	3	6	9	10	12	22	8	11	19	50
Dermatiti varie (eczemi, erpete) . . . . .	18	21	39	29	24	53	22	28	50	142
Eresipela padiglione . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
Esostosi condotto . . . . .	1	—	34	25	27	52	21	35	56	142
Foruncoli . . . . .	21	13	1	—	—	—	1	—	1	2
Lesioni traumatiche ed ustioni . . . . .	1	—	1	3	1	4	6	2	8	13
Malformazioni diverse . . . . .	1	2	3	4	4	8	5	3	8	19
Osteite condotto . . . . .	3	1	4	—	—	—	2	—	2	6
Otite esterna semplice . . . . .	3	6	9	5	6	11	7	3	10	30
Pericondrite padiglione . . . . .	—	—	—	—	1	1	—	1	1	2
Tappi epidermici condotto . . . . .	1	—	1	2	1	3	2	2	4	8
Tumori benigni . . . . .	3	1	4	3	2	5	2	3	5	14
Tumori maligni . . . . .	—	1	1	—	—	—	1	—	1	2
<i>Totali</i>			202			365			396	963

NB. Aggiungere ai 202 casi del secondo semestre 1911 i 161 del primo semestre. Totale 363.

A breve commento della tabella statistica N. 2 dobbiamo aggiungere alcune delucidazioni per precisare la natura di quelle alterazioni che nella tabella stessa sono comprese sotto una nomencla-

## ORECCHIO MEDIO.

Tabella III.

DENOMINAZIONE MALATTIE	1911 (Secondo semestre)			1912			1913			Totale Gene- rale
	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	
	Carie ossicini . . . . .	4	2	6	4	5	9	5	4	
Colesteatoma cassa . . . . .	—	1	1	2	1	3	2	—	2	6
Corpi stranieri cassa timpanica. . . . .	—	1	1	—	—	—	1	2	3	4
Otalgie non infiamma- torie. . . . .	1	—	1	3	2	5	2	4	6	12
Otite media catarrale acuta e subacuta . . . . .	33	41	74	78	48	126	75	69	144	344
Otite media catarrale cronica . . . . .	78	102	180	177	204	381	187	197	384	945
Otite media purulenta acuta . . . . .	37	45	82	91	79	170	86	71	157	409
Otite media purulenta cronica . . . . .	88	105	193	167	175	342	184	166	350	885
Otite media purulenta (esiti) . . . . .	18	21	39	62	56	118	54	69	123	280
Otite media tubercolo- lare. . . . .	1	—	1	—	—	—	—	1	1	2
Otorragie . . . . .	2	5	7	7	11	18	5	6	11	36
Polipi cassa timp. . . . .	6	3	9	11	7	18	19	8	27	54
Sequestro osseo della cassa . . . . .	—	—	—	1	2	3	1	1	2	5
Traumi e ferite . . . . .	2	1	3	2	3	5	4	3	7	15
<i>Totali</i>			597			1198			1226	3021

NB. Aggiungere ai 597 casi del 2° semestre 1911 i 600 del 1°. Totale 1197.

Uno sguardo alle cifre riportate in questa 3ª tabella fa rilevare come le forme otopatiche con le quali l'otologo ha più comunemente a che fare siano rappresentate dal catarro cronico della cassa del timpano, dalle suppurazioni croniche della stessa, dagli esiti

di quest'ultime. In maggiore o minor grado la conseguenza più diffusa a queste diverse forme di otopatie è data dalla durezza di udito e dalla sordità. Ed è appunto contro questa infermità, specialmente se datante da tempo, che si spuntano sovente le armi dello specialista otoiatra; e si può anzi dire che nessun'altra cura, nessun altro trattamento fra quelli che l'oto-rino-laringologo pratica giornalmente è così ingrato, così irto di insuccessi come quello che riguarda la sordità, e segnatamente la sordità dovuta ad alterazioni dell'orecchio medio. La sordità che consegue all'otosclerosi, intesa nel suo vero senso anatomico-patologico, non ha, almeno fino ad oggi, nessun rimedio; lo specialista quindi ne è convinto fin dal primo esame e non ricorre ad alcuna cura medica locale, ma la limita ad un trattamento pedagogico. Ma se l'otosclerosi viene esclusa, vi è il dovere di intraprendere una cura che valga ad attenuare il disturbo funzionale; ma purtroppo, come si è già detto, molto spesso i risultati sono tutt'altro che brillanti.

In una « Rivista sintetica » pubblicata sulla *Prattica Oto-rino-laringoiatrica* 1913, abbiamo analizzato i vari trattamenti più in uso ed abbiamo fatto una critica di essi. Abbiamo anche visto come molte delle pratiche otoiatriche da molti otologi applicate, e fra esse in special modo il sondaggio e gli interventi sul timpano, sulla cassa e sugli ossicini, siano assolutamente da bandirsi, perchè inutili e spesso dannosi per il paziente. Ed in conclusione si è rilevato come fra i trattamenti che danno maggiori risultati siano da annoverare il massaggio fatto per la via del condotto, le docciature di aria sulla cassa eseguite sia col metodo del Politzer, sia col cateterismo tubarico, ed in qualche circostanza le applicazioni di corrente galvanica.

In tale rivista si faceva anche cenno, in nota, ad un trattamento recentemente proposto da Gyergyai, e rendevamo noto che esso era stato adottato anche da noi; non potevamo però ancora, in quel tempo, render noti i nostri risultati, essendo l'esperienza agli inizi, e ci ripromettevamo di parlarne in avvenire, allorquando un maggior numero di applicazioni ed una maggior esperienza ci avessero permesso di esprimerci in proposito.

Non è in questo rendiconto il caso di riferire particolarmente su quanto ci è stato dato di osservare su tale metodo di cura, anche perchè non crediamo che l'esperienza finora fatta, sebbene già molto estesa, possa dirsi completo. Come è noto per le pubblicazioni del Gyergyai stesso, l'A. avrebbe proposto di intervenire in molte forme di sordità e di rumori subiettivi dilatando forzatamente

la tuba, giovandosi del metodo di rinofaringoscopia diretta, da lui ideato, e col sussidio di speciali dilatatori che egli ha fatto costruire sulla scorta di osservazioni anatomiche ripetute.

Il Gyergyai asserisce di aver avuto successi notevoli nella cura della sordità e noi possiamo confermare, nel limite delle nostre osservazioni, la sua asserzione, insistendo però sul fatto che lo scopo si può raggiungere se alla forma catarrale della cassa si è accompagnato od aggiunto un grado minore o maggiore di stenosi tubarica. È evidente allora che una dilatazione, una specie di divulsione, della tuba, tale da rendere permeabile la comunicazione della cassa con la rinofaringe e da impedire la formazione di infiltrazioni e successive aderenze cicatriziali nel lume o nell'ostio tubarico, debba effettivamente migliorare le condizioni dell'udito del paziente. Infatti fra gli ammalati da noi curati con tale metodo hanno avuto vantaggi, talora notevolissimi, specialmente coloro nei quali il catterismo tubarico aveva dimostrato lo stato di stenosi o di imperviabilità della tuba eustachiana.

Il materiale clinico da noi raccolto e che andiamo raccogliendo sull'argomento è tale da permetterci fra qualche tempo una più estesa trattazione di questo.

Sulla sordità incurabile, e qui comprendiamo anche quella dovuta alla otosclerosi, abbiamo riferito nella pubblicazione sulla cura della sordità a cui ci riportiamo, che il trattamento pedagogico deve ormai prendere il sopravvento sul trattamento medico. È stato con questa convinzione che abbiamo più volte istituiti dei corsi di *lettura labiale* con la collaborazione di quei valenti specialisti in materia che sono il prof. Ferreri ed il prof. Mannelli dell'Istituto Nazionale dei Sordomuti. Mettere il soggetto irrimediabilmente sordo nella possibilità di poter comprendere le parole altrui col sussidio della visione, *leggendo* sulle labbra, rappresenta lo scopo della lettura labiale. Il prof. Mannelli in una dotta comunicazione al XV Congresso della Società Italiana di Laringologia <sup>(1)</sup> ha esposto il metodo ed i risultati che se ne sono ottenuti.

Allorquando la sordità è incurabile, ma persistono tuttavia dei residui acustici, si ricorre al trattamento con gli esercizi acustici, alla così detta rieducazione uditiva. Tale trattamento, dovuto ad Urbantschitsch, dovrebbe risolversi in due metodi: l'orale, fatto con la

(1) MANNELLI: La lettura labiale. - *Il nostro contributo al XV Congresso della Società Italiana di Oto-rino-laringologia*, Venezia, Settembre 1912. - Pubblicazione speciale del nostro Istituto. Tipografia « La Gutenberg », Settembre 1912.

voce umana, lo strumentale, fatto per mezzo dei suoni della fisarmonica. Senonchè quest'ultimo metodo presenta lo svantaggio in confronto del primo di non rendere la voce umana che è quella che il sordo deve principalmente udire. Gli esercizi acustici sui sordi sono dunque prevalentemente praticati per mezzo della voce umana ed anche nei nostri pazienti curati col concorso dei professori Ferreri e Mannelli i risultati furono ottimi. Da qualche anno per gli esercizi acustici è stato introdotto dal Zünd-Burguet di Parigi un apparecchio detto *elettrofono* o *apparecchio elettro-fonoide*, il quale, mediante speciali dispositivi, riproduce il suono della laringe umana, esteso su cinque ottave e decorrente da 80 a 3500 vibrazioni circa. In connessione con una batteria elettrica di sei *volts*, l'apparecchio si trova così nella condizione di sostituire la voce umana. Una diminuzione di fatica per chi applica gli esercizi: ecco il vantaggio che offre l'apparecchio sul metodo orale. Noi riteniamo al riguardo che l'elettrofono rappresenti un ingegnoso ed utile apparecchio, specialmente in ricerche di clinica e di fisiopatologia della sordità, senza però avere fatto progredire di molto la praticità nell'applicazione degli esercizi acustici.

## ORECCHIO INTERNO.

Tabella IV.

DENOMINAZIONE MALATTIE	1911 (Secondo semestre)			1912			1913			Totale Gene- rale
	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	
	Arteriosclerosi labirin.	2	1	3	3	1	4	3	—	
Fistola del labirinto .	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Labirintite sierosa acu- ta e subacuta .	—	—	—	2	—	2	1	1	2	4
Labirintite sierosa cro- nica .	3	3	6	4	7	11	6	4	10	27
Labirintite purulenta acuta e subacuta .	1	—	1	4	3	7	4	2	6	14
Labirintite purulenta cronica .	3	—	3	5	1	6	4	2	6	15
Labirintite tubercolare	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Lesione dell' VIII da detonazione .	—	—	—	1	—	1	1	—	1	2
Otosclerosi . . . .	14	22	36	35	39	74	38	30	68	178
Sordità da 606 . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Sordità di origine cen- trale . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Sordomutismo . . . .	6	3	9	14	8	22	11	4	15	46
Deficienti . . . . .	—	—	—	1	—	1	1	—	1	2
Sindrome di Menière.	1	—	1	2	1	3	2	—	2	6
Labirintite sifilitica .	1	1	2	5	1	6	6	2	8	16
<i>Totali</i>			63			139			122	324

NB. Da aggiungere ai 63 casi del 2° semestre i 46 del 1°. Totale 109.

Sulle affezioni dell'orecchio interno ci siamo in parte intrattenuti più sopra parlando della cura della sordità dovuta ad otosclerosi.

Ricorderemo ora che in questo biennio le malattie dell'orecchio interno furono nell'Istituto studiate dal punto di vista della fisiopa-

tologia e più particolarmente sulla influenza che esse esplicano sull'andamento della curva della fatica. (1) Tali ricerche erano improntate alla critica delle teorie maggiori sulla funzione del labirinto non acustico e più particolarmente di quella di Ewald, riguardante il così detto « tono labirintico ». Esse hanno portato a concludere come le affezioni del labirinto non modificano gli ergogrammi, ed hanno confermato clinicamente le osservazioni fatte da Camis sulle rane slabirintate.

Tra i casi clinici interessanti osservati nel campo dell'orecchio interno, è da segnalare una sordità improvvisa completa e bilaterale in un individuo sifilitico, susseguita a pochi giorni di distanza ad una iniezione endovenosa di Salvarsan.

Riguardo al sordomutismo va qui ricordata l'opera a cui l'Istituto, in collaborazione con altre Istituzioni e benemeriti e filantropi, dedica attività e che fu oggetto di relazione nell'ultimo nostro rendiconto: intendiamo riferirci alle *scuole professionali per i sordomuti* licenziati dagli Istituti governativi. Scopo di esse è quello di mettere in grado il giovane sordomuto di aspirare, mercè un'adatta istruzione, presso le scuole professionali, a divenire un buon meccanico, un buon artefice, un buon disegnatore meccanico, ecc., distogliendolo dall'antico cammino verso i mestieri del sarto o del calzolaio. I risultati ottenuti sono invero ottimi ed hanno richiamata l'attenzione di Enti cittadini, governativi e di beneficenza che prestano tutti a quest'opera appoggio morale e materiale.

(1) CASTELLANI: *La curva della fatica nelle malattie del labirinto*. Atti del XV Congresso della Società Italiana di Oto-rino-laringologia, Venezia, 1912.

**COMPLICANZE OTITICHE  
ED AFFEZIONI DEL CRANIO E DELL'ENCEFALO.**

Tabella V.

DENOMINAZIONE MALATTIE	1911 (Secondo semestre)			1912			1913			Totale Gene- rale
	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	
	Angioma cuoio capel- luto . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	
Ascesso cervicale oto- geno . . . . .	3	1	4	4	1	5	3	2	5	14
Cisti regione mastoidea	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Colesteatoma dell'antro	1	—	1	3	1	4	4	2	6	11
Endotelioma regione mastoidea . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Frattura volta cranica.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Mastoidite acuta . . . .	10	11	21	36	24	60	38	26	64	145
Mastoidite acuta etrom- bosi del seno laterale	2	—	2	4	2	6	4	1	5	13
Mastoidite cronica . . .	5	2	7	8	7	15	10	11	21	43
Mastoidite di Bezold . .	2	—	2	3	1	4	3	2	5	11
Meningite purulenta a- cuta ex otitide . . . . .	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1
Paralisi VI ex otitide . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Paralisi VII ex otitide .	1	1	2	—	—	—	1	—	1	3
Periostite mastoidea con ascesso . . . . .	2	3	5	6	8	14	5	5	10	29
Periostite tubercolare della mastoide con ascesso freddo . . . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Pioemia otogena . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Residui di radicale . . .	—	—	—	—	1	1	—	1	1	2
Tromboflebite seno la- terale e del golfo della giugulare . . . . .	1	—	1	1	1	2	1	2	3	6
Tumore ipofisi . . . . .	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1
<i>Totali</i>			46			116			124	286

NB. — Aggiungere ai 46 casi del 2° sem. 1911 i 63 del 1° sem. Totale 109.

Fra le complicanze otitiche richiama in special modo l'attenzione un caso di paralisi dell'abducente o di sindrome di Gradenigo. La paralisi, comparsa dopo un mese circa dall'insorgenza, con fenomeni acuti, di una otite purulenta, scomparve gradatamente in seguito ad antrotomia.

Interessante anche è un caso di tumore primitivo della regione mastoidea, rivelatosi per endotelioma all'esame istologico. Esso venne asportato *in toto* e si ottenne una rapida guarigione *per primam*.

Finalmente un caso di pregressa frattura della volta cranica ci ha fornito l'opportunità di compiere delle osservazioni sulle variazioni pletismografiche indotti dai diapason (<sup>1</sup>).

\*  
\* \*  
\*

Ci rimane ora da fare qualche brevissima considerazione di indole generale sulle malattie dell'orecchio, considerazioni che sono il portato del funzionamento e dell'indirizzo clinico dell'Istituto.

Il lungo periodo di tempo che giornalmente è dedicato alla consultazione ambulatoria ed alle cure che in esso vengono praticate, permette che il trattamento di molte forme suppurative non venga affidato al paziente od ai suoi familiari, ma venga il più delle volte condotto a termine nell'Istituto stesso, mediante visite e medicazioni quotidiane.

Una sorveglianza così diligente ed attenta porta ad alcuni risultati che ci sembrano degni di essere posti in rilievo: essa fa in modo che le medicazioni endotimpaniche siano praticate da mano esperta e modificate secondo lo stato anatomico della lesione; essa permette all'otoiatra di ricorrere, quando lo ritenga opportuno, a tutte quelle piccole e delicate operazioni che costituiscono la chirurgia ambulatoria endotimpanica (cauterizzazioni, *curettages*, asportazione di piccoli sequestri, ossiculectomia) che molto spesso influiscono in modo benefico sul decorso di molte forme purulente dell'orecchio medio. In tal guisa la percentuale delle complicanze otitiche nei malati sottoposti a cura ambulatoria viene a subire un abbassamento notevole, e per di più si può, in gran numero di casi, giungere alla guarigione senza ricorrere all'operazione radicale che, se realmente costituisce un valido mezzo di cura, è ben anche vero che spesso è seguita da insuccesso.

Per tali ragioni noi cerchiamo di convincere l'ammalato della grande utilità della cura ambulatoria ed i risultati che si ottengono ci danno piena conferma.

(<sup>1</sup>) CASTELLANI: *Gli effetti delle eccitazioni acustiche sulla circolazione cerebrale*. Atti del XV Congr. della Soc. Italiana di Oto-rino-laringologia, Venezia 1912.

## NASO.

Tabella VI.

DENOMINAZIONE MALATTIE	1911 (Secondo semestre)			1912			1913			Totale Gene- rale
	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	
Acne rosacea . . .	4	1	5	9	3	12	8	2	10	27
Adeno-carcinoma . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Angioma setto . . .	—	1	1	2	1	3	1	1	2	6
Anosmia postinfluen- zale o di origine centrale . . . . .	1	1	2	1	3	4	2	3	5	11
Ascessi . . . . .	3	2	5	7	6	13	8	2	10	28
Atresie coanali . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Cisti diverse . . . .	1	1	2	—	—	—	—	2	2	4
Corpi stranieri . . .	—	2	2	5	3	8	4	6	10	20
Degenerazione polipo- sa della mucosa . . .	4	2	6	11	5	16	8	4	12	34
Dermatiti diverse (ec- zemi, ragadi, ecc.) .	4	8	12	18	14	32	15	17	32	76
Deviazione setto . .	14	11	25	33	20	53	37	23	60	138
Ematoma setto . . .	1	—	1	4	1	5	2	2	4	10
Encondroma setto . .	2	—	2	2	1	3	3	—	3	8
Epitelioma cutaneo . .	1	—	1	—	—	—	2	—	2	3
Eresipela . . . . .	—	1	1	3	2	5	3	1	4	10
Febbre da fieno . . .	1	2	3	4	6	10	3	5	8	21
Foruncoli vestibolo . .	3	—	3	6	2	8	7	4	11	22
Fratture e lussazioni delle ossa nasali e del setto . . . . .	3	—	3	4	2	6	4	1	5	14
Lupus e tubercolosi mucosa . . . . .	—	2	2	4	5	9	6	4	10	21
Nevrosi nasali riflesse	—	2	2	4	4	8	4	6	10	20
Osteoma del naso e- sterno . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Ozena . . . . .	11	16	27	28	34	62	27	38	65	154
<i>A riportare</i>			105			257			268	630

DENOMINAZIONE MALATTIE	1911 (Secondo semestre)			1912			1913			Totale Gene- rale
	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	
	<i>Riporto</i>			105			257			
Papillomi setto . . .	—	1	1	2	—	2	1	—	1	4
Perforaz. ampie setto	1	—	1	2	—	2	3	1	4	7
Polipi . . . . .	13	9	22	24	15	39	23	11	34	95
Polipi coanali . . .	1	—	1	1	1	2	2	—	2	5
Punti emorragici ed e- pistassi . . . . .	13	10	23	25	24	49	20	24	44	116
Rinite atrofica non o- zenica . . . . .	5	6	11	12	15	27	23	18	41	79
Rinite catarrale acuta .	6	9	15	8	18	26	9	10	19	60
Rinite catarrale cron.	28	20	48	67	54	121	49	59	108	277
Rinite difterica cron.	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2
Rinite fibrinosa . . .	—	1	1	5	2	7	2	3	5	13
Rinite ipertrofica (tur- binato inferiore) . . .	153	79	232	226	257	483	211	238	449	1164
Rinite ipertrofica (tur- binato medio) . . . .	4	3	7	18	14	32	12	15	27	66
Rinite suppurata. . . .	2	—	2	6	3	9	4	3	7	18
Rinite vasomotoria . .	2	4	6	4	5	9	9	5	14	29
Rinofima . . . . .	2	—	2	4	—	4	2	—	2	8
Rinoscleroma . . . . .	1	—	1	—	—	—	1	1	2	3
Sarcoma nasale . . . .	1	—	1	—	—	—	2	—	2	3
Sifilide nasale . . . .	2	—	2	4	2	6	3	1	4	12
Sinechie . . . . .	1	2	3	5	5	10	6	7	13	26
Spine e creste del setto	8	6	14	31	16	47	28	25	53	114
Stenosi congenita fosse nasali . . . . .	—	1	1	1	3	4	2	3	5	10
Traumi . . . . .	—	—	—	2	1	3	5	1	6	9
Ulceri setto. . . . .	2	1	3	4	—	4	12	5	17	24
Verruca naso esterno.	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
<i>Totale</i>			502			1143			1120	2765

NB. Aggiungere ai 502 casi del 2° sem. 1911 i 501 del 1° sem. Totale 1003.

Il capitolo che concerne le fosse nasali, considerato sotto un punto di vista generale, fu diffusamente svolto nel precedente nostro rendiconto, nel quale abbiamo richiamato anche l'attenzione su questioni scientifiche e su altre di patologia e terapia nasale.

E' noto come da anni nel nostro Istituto siano oggetto di speciale studio le questioni di embriologia e di fine anatomia delle vie nasali. Limitandoci ai lavori di questi ultimi anni, ricordiamo i nuovi contributi per lo studio della formazione del palato<sup>(1)</sup> e dello sviluppo dei seni accessori delle fosse nasali<sup>(2)</sup>. Per la parte clinica poco ci resta da aggiungere a quanto dicemmo nell'antecedente rendiconto; meritano di essere poste in rilievo quelle forme di riniti che nella tabella abbiamo classificate con la qualifica di *fibrinose*. Esse hanno attratto da tempo la nostra particolare attenzione, come antecedentemente avevano fatto altre affezioni croniche delle fosse nasali, specialmente l'ozena e le riniti ipertrofiche. Per uno studio anatomo-patologico e batteriologico delle riniti fibrinose e pseudo-membranose andiamo accumulando un ricco materiale, che mettiamo a profitto per le nostre ricerche, le quali formeranno oggetto di prossima pubblicazione.

Sono degni di nota in questo capitolo i polipi coanali, i quali debbono essere attentamente differenziati dal punto di vista diagnostico ed agli scopi terapeutici dai fibromi naso-faringei. È noto che questi ultimi traggono per lo più la loro origine dal periostio che riveste il corpo sfenoidale o dall'aponeurosi del forame lacero anteriore. Le più recenti ricerche, invece, specialmente per opera di Kubo, assegnano ai polipi coanali un'origine dalle cavità accessorie, ed in special modo dai seni sfenoidali, e rappresentano formazioni dovute ad un processo infiammatorio delle cavità accessorie. Così si distinguono principalmente polipi sfenocoanali e maxillocoanali od antrocoanali. I polipi sfenocoanali, che sono i più frequenti, si rendono manifesti fin dal loro inizio ed appaiono come escrescenze rotondeggianti situate sul margine superiore coanale, immediatamente al di sotto dell'ostium, che si presenta fortemente allargato. È però difficilissimo colpire lo stadio iniziale della neoformazione; per lo più la diagnosi di sede è facilitata dall'intervento che permette di scoprire dove il peduncolo si impianta. In questo caso come mezzo

(1) DELLA VEDOVA: *Ancora sulla formazione del palato*. Atti del XV Congresso della Società Italiana di Oto-rino-laringologia, Venezia, Settembre 1912.

(2) DELLA VEDOVA: I seni accessori delle fosse nasali al loro iniziale sviluppo ed all'epoca della nascita. - *La Pratica Oto-rino-laringoiatrica*, Anno 1912.

di esame giova moltissimo la rinoscopia posteriore ed ancor di più il faringoscopia di Hays.

Dei polipi coanali da noi osservati due potevano sicuramente esser messi in rapporto con le cavità sfenoidali; l'attuazione dei consigli dati dal Kubo, circa la terapia chirurgica, può garantire ad un tempo la mancanza di recidive e la guarigione del processo infiammatorio cronico dei seni sfenoidali.

A proposito di tumori, va ricordato un caso di adeno-carcinoma nasale, illustrato in una comunicazione alla Società Medico-Biologica Lombarda (1); tale neoplasma nasale presentava la caratteristica rarissima, e forse non ancora rilevata, di un trapianto per diffusione attraverso il canale naso-lagrimal, all'angolo interno dell'occhio corrispondente.

Sono poi degni di nota tre casi di rinoscleroma, dei quali due furono confermati dall'esame istologico. Se si pensa alla rarità con cui tale alterazione si osserva nei nostri paesi, si troverà giustificato che, nonostante la letteratura ormai abbondante sul rinoscleroma, si richiami ancora l'attenzione sui casi che si presentano. Nei nostri casi vi è poi tanto maggior ragione in quanto che due di essi, quelli che furono anche oggetto di studio istopatologico, furono sottoposti a trattamento elettrolitico (metodo bipolare) con soddisfacentissimo risultato. In uno dei casi, anzi, riguardante una giovane donna, si ottenne che la respirazione nasale, la quale era quasi completamente abolita, si ripristinasse del tutto.

Sull'ozena, che rappresenta un capitolo così importante della rinologia, abbiamo avuto occasione di intrattenerci con diffusione precedentemente; ci dispensiamo perciò dal ritornare sull'argomento, formulando l'augurio che l'inchiesta internazionale sull'ozena venga presto a portare nuovi lumi sulla patogenesi dell'affezione e mezzi più sicuri per combatterla.

(1) CASTELLANI: *Adeno-carcinoma nasale con diffusione alle vie lacrimali*. Atti della Società Medico-Biologica Lombarda, 1913.

## CAVITÀ NASALI ACCESSORIE.

Tabella VII.

DENOMINAZIONE MALATTIE	1911 (Secondo semestre)			1912			1913			Totale Gene- rale
	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	
Fibroma seno mascell.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Frattura parete anteriore seno frontale .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Osteoma seno frontale	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Pansinusite purulenta	—	—	—	3	1	4	2	3	5	9
Polipi seno mascellare	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Sarcoma seno mascell.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2
Sinusiti etmoidali .	1	2	3	4	3	7	5	4	9	19
Sinusiti frontali . .	2	—	2	4	6	10	10	5	15	27
Sinusite mascellare .	3	3	6	8	6	14	8	11	19	39
<i>Totali</i>			12			38			50	100

NB. Aggiungere ai 12 casi del 2° sem. 1911 i 12 del 1° sem. Totale 24.

Due punti ci sembrano maggiormente degni di nota in questo paragrafo del nostro rendiconto: entrambi riguardano la chirurgia dell'osso mascellare, cioè le resezioni totali di esso seguite da protesi immediata, e le aperture del seno mascellare con intervento dalla via nasale.

Di resezioni totali del mascellare ne furono eseguite due: l'una e l'altra per sarcoma del mascellare. Il primo caso, che risale al 1912, fu accuratamente descritto in una comunicazione che il dottor Arlotta, assistente volontario dell'Istituto, ha fatto alla XV Riunione della Società Italiana di Oto-rino-laringologia (1). L'Arlotta, che alla singolare competenza stomatologica accoppia una buona cultura nel campo dell'oto-rino-laringologia, ha modificato il procedimento di protesi del Martin, che fino ad oggi era seguito. Egli esegue la protesi immediata con un apparecchio di alluminio cavo, che applica in 3ª giornata dall'operazione e che poi sostituisce con un

(1) ARLOTTA: *Angiosarcoma del mascellare superiore e del rino-faringe. Resezione totale e protesi immediata del mascellare.* - Atti del XV Congresso della Società Italiana di Oto-rino-laringologia, Venezia, 1912.

apparecchio di protesi definitiva in caoutchou vulcanizzato. Il risultato cosmetico che così si è ottenuto è stato mirabile.

Il secondo caso trattato con lo stesso procedimento ha dato, riguardo alla cosmesi, risultati ancora superiori al primo (1). In questo secondo paziente vi fu solo, dopo parecchi mesi, una complicazione da parte del sacco lagrimale, una dacriocistite purulenta. Un collega oculista, il dott. A. Feruglio del Pio Istituto Oftalmico, che sentitamente ringraziamo, ha eseguito l'operazione di asportazione del sacco, ottenendo in breve tempo la guarigione del paziente.

Circa gli interventi sul seno mascellare, è da far rilevare che nella maggioranza dei casi si è data la preferenza all'intervento endonasale. I risultati operatori sono stati ottimi. Esso intervento presenta soprattutto i seguenti vantaggi: minore demolizione ossea; soppressione dell'anestesia generale; *può praticarsi ambulatoriamente*. Il drenaggio è più che sufficiente, e abbiamo potuto constatare che, tenuto conto della gravità delle lesioni, il periodo di cura postoperatoria non è certamente più lungo di quello che segue gli interventi con apertura della parete anteriore del seno (Cadwell-Luc).

L'intervento per la via endonasale richiede però che la breccia sulla parete nasale esterna sia ampia e tale che il drenaggio possa facilmente effettuarsi; ciò che non costituisce una qualità negativa in confronto del metodo per via esterna, nel quale, come è noto, si richiede che le breccie ossee siano pure vaste.

(1) DELLA VEDOVA: Contributi operatori; due resezioni totali del mascellare superiore. - *La Pratica Oto-rino-laringoiatrica*, 1913, N. 4.

**FARINGE. RINOFARINGE  
E FARINGO-LARINGE.**

Tabella VIII.

DENOMINAZIONE MALATTIE	1911 (Secondo semestre)			1912			1913			Totale Gene- rale
	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	
	Afte palato . . . . .	2	—	2	5	1	6	5	—	
Ascesso latero-faringeo . . . . .	—	—	—	3	1	4	3	1	4	8
Ascesso peritonsillare . . . . .	8	10	18	25	18	43	26	25	51	112
Ascesso retrofaringeo . . . . .	1	3	4	6	5	11	5	7	12	27
Calcoli tonsillari . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Cisti sierose tonsille . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	2	3	3
Corpi stranieri . . . . .	3	4	7	3	8	11	9	6	15	33
Difterite faringea . . . . .	1	2	3	2	4	6	1	2	3	12
Edema ugola . . . . .	—	—	—	1	—	1	1	2	3	4
Ematoma ugola . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Endoteloma rinoфарин. . . . .	—	—	—	2	—	2	—	—	—	2
Faringiti catarrali acute . . . . .	16	9	25	42	22	64	28	20	48	137
Faringiti catarrali cron. . . . .	46	21	67	85	68	153	104	76	180	400
Faringiti secche . . . . .	12	15	27	31	14	55	38	26	64	146
Faringo-laringite catarrale acuta . . . . .	2	5	7	8	7	15	11	5	16	38
Faringo-laringite catarrale cronica . . . . .	4	5	9	12	17	29	18	14	32	70
Fibroma palato molle . . . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Fibroma retrofaringeo . . . . .	—	1	1	—	—	—	1	—	1	2
Fibrosarcoma retrofar. . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Ipertrofia tonsillare . . . . .	27	41	68	89	83	172	66	101	167	407
Lupus faringo-laringeo . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
Malformazioni congen. . . . .	1	2	3	2	4	6	3	3	6	15
Nevrosi faringee . . . . .	—	12	12	2	24	26	1	23	24	62
Osteosarcoma rinoфарин. . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Papillomi palato . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Paralisi costrittori far. . . . .	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1
Paralisi del velo . . . . .	2	—	2	1	3	4	2	1	3	9
Peritonsillite . . . . .	6	2	8	12	8	20	13	10	23	51
Prolasso mucosa ugola . . . . .	2	—	2	5	2	7	4	2	6	15
Rinofaringite cronica . . . . .	18	11	29	32	26	58	39	26	67	154
Sarcoma rinoфаринgeo . . . . .	1	—	1	2	1	3	5	2	7	11
Sarcoma tonsillare . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Sifilide della faringe . . . . .	12	6	18	11	12	23	12	7	19	60
Sindrome di Avellis . . . . .	1	—	1	2	1	3	2	—	2	6
Sinechie faringo-palat. . . . .	1	—	1	1	1	2	—	—	—	3
Tonsilliti acute . . . . .	30	18	48	63	39	102	48	44	92	242
Tonsilliti croniche . . . . .	12	15	27	36	28	64	49	38	87	178
Traumi . . . . .	—	2	2	1	—	1	2	3	5	8
Vegetazioni adenoidi . . . . .	77	53	130	152	132	284	155	142	297	711
<i>Totali</i>			523			1178			1247	2948

NB. Aggiungere ai 523 casi del 2° sem. 1911 i 616 del 1° sem. Totale 1139.

Occorre in primo luogo meglio specificare la tabella, dove sotto la denominazione di *carcinomi* dobbiamo distinguere: due carcinomi della faringe, tre del rinofaringe; cinque carcinomi della faringe laringea che si risolvevano poi anche in carcinomi estrinseci della laringe; un carcinoma del palato molle; otto carcinomi della tonsilla. Nessuno di questi carcinomi era operabile e nessuno fu modificato dalle cure che da qualche tempo sono state introdotte in terapia, come, ad esempio, le iniezioni di metalli colloidali. Purtroppo l'ammalato di cancro inoperabile deve considerarsi un ammalato perduto; speriamo che il *radium*, che appare all'orizzonte come un'efficace arma di combattimento, possa presto essere un mezzo di pratica generale, nel senso che tutti ne possano usufruire in Istituti che non mirino alla speculazione, senza essere monopolio di agenti commerciali che sfruttano il mercato con scarso ed incerto vantaggio di pochi privilegiati della fortuna e con nessun vantaggio della scienza medica.

Un'altra differenziazione dobbiamo farla nel capitolo della sifilide della faringe: in esso dobbiamo distinguere i seguenti casi differenti: Sifilide secondaria e sifilide terziaria della faringe propriamente detta; sifilide secondaria della faringo-laringe; sifiloma iniziale del palato; sifilide secondaria del palato; sifilide terziaria (in 3 casi sequestro osseo) del palato; sifilide terziaria dell'ugola; sifilide secondaria e terziaria delle tonsille palatine; sifilide secondaria e terziaria del rinofaringe. Fra tutti questi casi quello che maggiormente merita di essere rilevato è il *sifiloma iniziale del palato*. Generalmente le forme sifilitiche primitive della faringe e delle fauci possono essere ritenute rare; tuttavia il sifiloma iniziale delle tonsille nei suoi vari aspetti di sifiloma ulceroso, vegetante, difteroido, ecc., è fra quelli che con più frequenza si possono osservare nella faringe. Noi stessi nel rendiconto ultimo abbiamo avuto occasione di riferire sopra tale affezione. Invece le forme sifilitiche iniziali del palato molle sono addirittura eccezionali; per tale ragione abbiamo ritenuto opportuno segnalare il caso osservato. Esso fu riscontrato in un individuo di 35 anni, cameriere; era situato quasi in corrispondenza del margine libero, lato destro, del velo palatino in prossimità dell'ugola, che presentavasi edematosa e deviata verso sinistra. Il sifiloma aveva l'aspetto di una vasta ulcerazione dura, rivestita da una superficie di aspetto lardaceo: vi era adenite sottomascellare assai manifesta, ma poco dolente. Al momento dell'esame non vi erano manifestazioni secondarie, per cui, pur essendosi supposto la forma sifilitica, si volle sottoporre il paziente alla reazione di Wassermann che ri-

sultò positiva. Due giorni più tardi comparve in tutto il corpo la caratteristica eruzione rubeolare.

È da notarsi il numero considerevole di pazienti con ipertrofia del tessuto adenoide della faringe e della rinofaringe. Le ipertrofie delle tonsille palatine e faringea sono certamente le alterazioni che più frequentemente riscontriamo nella gola dei pazienti che si presentano nei nostri ambulatori di specialità; sono quindi quelle che debbono maggiormente richiamare l'attenzione anche del medico generico, non solo per le lesioni in sè stesse, ma anche per le conseguenze cui danno luogo e, prima fra esse, le alterazioni a carico dell'udito. Specialmente le vegetazioni adenoidi del rinofaringe, appunto per la loro ubicazione, per i rapporti che hanno con l'orifizio della tuba eustachiana, per l'ipertrofia stessa delle amigdale tubariche, costituiscono la minaccia più diretta all'incolumità dell'organo uditivo. Nei bambini, segnatamente, le affezioni catarrali e purulente dell'orecchio medio, affezioni che tanto frequentemente conducono a gravi complicazioni od a gravi alterazioni funzionali dell'udito, sono dovute alla presenza delle vegetazioni adenoidi. Dall'esame praticato a numerosi bambini delle scuole comunali di Milano è risultato che quasi tutti gli ipoacusici erano affetti da vegetazioni adenoidi. Più volte ci si è offerta occasione di far rilevare l'importanza patologica e sociale di queste forme, ma riteniamo opportuno tornare ad insistere su di essa. Le vegetazioni adenoidi, limitando o sopprimendo la respirazione nasale dei bambini, producono una serie di alterazioni che possono riverberarsi in tutti gli apparati organici, ma in modo particolare sull'organo uditivo e sull'apparato respiratorio. Le osservazioni, le statistiche, ormai molteplici, hanno messo in evidenza che i bambini gracili, i bambini di tarda intelligenza sono per lo più degli adenoidei; una larga percentuale dei ripetenti nelle scuole elementari è rappresentata dagli adenoidei; molti dei fenomeni nevropatici e psicopatici dell'infanzia sono dovuti all'adenoidismo; le deformità facciali e le alterazioni nella disposizione dei denti sono frequentissimamente dovute alla presenza di vegetazioni adenoidi. A quest'ultimo proposito ci piace richiamare una dotta ed elegante conferenza che un chiarissimo nostro Stomatologo, il prof. A. Maggioni-Winderling, ha fatto presso gli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano e presso altri Istituti d'Italia, trattando il tema di un accordo terapeutico fra gli stomatologi ed i rinologi. Egli è d'avviso, e noi condividiamo pienamente le sue vedute, che il più delle volte, allorchando

esistono deformazioni dento-facciali, non basta l'intervento chirurgico praticato dal rinologo a rimuovere i danni che la respirazione per via orale apporta: le deformazioni stesse, avendo modificato i rapporti fra il mascellare superiore ed inferiore, e quindi fra il labbro superiore ed inferiore, fanno sì che l'operato tenga ancora aperta la bocca e si serva di essa per respirare. Soltanto una ben diretta correzione ortopedica di tali deformazioni può ristabilire i rapporti e con essi la respirazione nasale. La conferenza, che è stata anche pubblicata nella *Pratica Oto-rino-laringoiatrica* (1) merita di essere letta da quanti colleghi - e dovrebbero essere tutti - si interessano alla questione dell'igiene e della salute del bambino.

\* \* \*

Nel rapporto della parte chirurgica dei tumori dell'istmo delle fauci, venne studiato ed attuato nell'Istituto un nuovo metodo operatorio: semplice, rapido e di praticissimo risultato; metodo questo che può essere felicemente applicato anche nella asportazione dei tumori della lingua, volendo semplificarne sentitamente la tecnica. Di questo metodo rendemmo conto già ripetutamente (?).

Rimanendo ancora in tema di patologia del rinofaringe, dobbiamo ancora far rilevare quanto più volte abbiamo già segnalato: e cioè il dovere che ha lo specialista di controllare la diagnosi clinica con la diagnosi anatomica. Si è già accennato, e la tabella N. 8 specifica le cifre, a numerosi casi di tumori cancerosi della faringe; segnaliamo ora qui il numero relativamente grande di tumori sarcomatosi del rinofaringe osservati nel periodo che questo rendiconto riguarda. Tale necessità dello studio istologico se non può purtroppo giovare in nulla al paziente, il quale ci si presenta spessissimo in condizioni d'inoperabilità, determina tuttavia una maggiore conoscenza nel campo dell'oncologia del rinofaringe e potrà fare rilevare come i tumori maligni di esso siano frequenti. Da ciò potrà conseguire una maggiore accuratezza nel tener conto di sintomi che potrebbero sembrare trascurabili, il che condurrà più facilmente alla diagnosi precoce di essi.

(1) MAGGIONI-WINDERLING: Adenoidei - Per un accordo terapeutico. *La Pratica Oto-rino-laringoiatrica*, 1913. N. 5.

(2) DELLA VEDOVA: *Incisione e sutura contemporanee nell'asportazione dei tumori dell'istmo delle fauci e della lingua*. Atti del XV Congresso della Società Italiana di Oto-rino-laringologia, Venezia, Settembre 1912.

## LARINGE.

Tabella IX.

DENONINAZIONE MALATTIE	1911 (Secondo semestre)			1912			1913			Totale Gene- rale
	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	
Afonia isterica . . .	—	4	4	1	10	11	2	12	14	29
Ascesso epiglottide . .	—	—	—	1	—	1	2	1	3	4
Corpi stranieri . . .	1	—	1	1	1	2	1	—	1	4
Difetti nella voce e nella parola in genere	—	—	6	—	—	—	—	—	24	48
Difterite laringea . . .	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1
Edema della glottide . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Emiplegia laringea . . .	7	4	11	16	7	23	12	8	20	54
Flebotasie laringea . . .	—	—	—	—	1	1	1	—	1	2
Frattura laringea . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Igroma prelaringeo . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Laringiti catarr. acute.	6	9	15	18	17	35	20	17	37	87
Laringiti catarr. sub- acute	3	5	8	12	9	21	11	13	24	53
Laringiti croniche . . .	31	29	60	47	66	113	61	72	133	311
Laringite flemmonosa . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1
Laringite saturnina . . .	—	—	—	2	—	2	—	—	—	2
Malformazioni conge- nite laringee . . .	—	—	—	2	—	2	1	—	1	3
Micosi laringea . . .	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
Nodi vocali . . .	3	5	8	11	13	24	12	15	27	59
Pachidermia laringea . .	—	1	1	—	2	2	2	1	3	6
Paresi degli adduttori . .	1	3	4	6	6	12	7	9	16	32
Paresi dei tensori . . .	8	6	14	12	20	32	15	14	29	75
Pseudo croup . . .	1	—	1	—	—	—	2	1	3	4
Sifilide laringea . . .	3	2	5	6	2	8	9	6	15	28
Spasmo della glottide . .	—	1	1	2	—	2	1	1	2	5
Stenosi croniche . . .	2	—	2	1	1	2	2	1	3	7
Stridor laringeo con- genito . . .	1	—	1	2	1	3	2	1	3	7
Tubercolosi laringea . . .	18	13	31	35	26	61	31	36	67	139
Tumori benigni della laringe . . .	12	8	20	28	24	52	21	23	44	116
Tumori maligni . . .	6	—	6	7	2	9	8	1	9	24
<i>Totali</i>			201			442			482	1125

NB. Aggiungere ai 201 casi del 2° sem. 1911 i 174 del 1° sem. Totale 375.

Fra le prime lesioni riportate dalla tabella riguardante le alterazioni laringee stanno i corpi stranieri della laringe. In tre dei casi riferiti si trattava di piccoli corpi stranieri facilmente asportati: uno era dato da una piccola scheggia ossea di pollo conficcata sull'aritenoido destra di un adulto; il secondo caso era dato da una crosticina di pane incuneata nel ventricolo di Morgagni, e che fu espulsa seduta stante dalla paziente, una bambina di 8 anni, con un colpo di tosse, senza che si sia ricorsi ad alcun tentativo con strumenti; il terzo caso riguardava una pallottolina di carta caduta nel seno piriforme di sinistra in un ragazzo di dodici anni e che venne asportata facilmente con una comune pinza laringea. Il quarto caso finalmente riguarda uno spillo conficcatosi in laringe; questo caso, insieme ad un altro molto interessante di corpo estraneo tracheale, forma oggetto di una monografia in corso di stampa.

Altra lesione degna di nota è rappresentata da un caso di frattura della cartilagine tiroide, dovuta allo scoppio di una cartuccia da mina; la lesione immediata fu tale che richiese la tracheotomia d'urgenza per occlusione del lume laringeo; la conseguenza mediata fu la stenosi cicatriziale della laringe. Il paziente, cui era stata consigliata la laringotomia, per liberarlo eventualmente dalla cannula, fu perso poi di vista, non essendosi più presentato alla consultazione.

Meritano anche di essere rilevati i casi di stridore laringeo congenito, alcuni dei quali, quelli che poterono cioè essere seguiti, furono oggetto di speciale pubblicazione<sup>(1)</sup>. In questi furono fatte delle osservazioni in rapporto alle condizioni anatomiche dell'organo vocale ed alla patogenesi dell'affezione, e si giunse alla conclusione, dopo un parallelo fra le vedute dominanti, che non sempre le malformazioni laringee accompagnano lo stridore; ragione per cui si deve ritenere che se effettivamente delle malformazioni possono provocare la speciale sintomatologia, non è da escludersi la teoria di Thomson, che assegna una parte preponderante nella patogenesi alle lesioni nervose centrali primitive.

Abbiamo avuto inoltre occasione di osservare un bel caso di micosi laringea, molto probabilmente primitiva, e però forma ra-

(1) CASTELLANI: Stridore laringeo congenito - *La Pratica Oto-rino-laringo-otica*. N. 9, 1913.

rissima. Trattavasi di una donna di 40 anni, completamente afona da tempo, nella quale l'esame laringoscopico aveva fatto rilevare uno stato infiltrativo della mucosa laringea, e più precisamente dell'epiglottide, della porzione anteriore delle corde vocali, della loro commissura e del tratto di regione ipoglottica ad essa immediatamente sottostante. L'infiltrazione aveva in alcuni punti un aspetto vegetante; le vegetazioni erano bianco-giallastre. L'esame batteriologico ed istologico rivelò trattarsi di sporotricosi della laringe. Il trattamento iodico dette buoni risultati (1).

I tumori benigni della laringe, per la maggior parte delle corde vocali, comprendono le seguenti varietà: cisti della corda vocale; fibromi e fibroangiomi; un caso di lipoma; papillomi; angioma puro a tipo venoso; polipi angiomatosi (angiomixomi); polipi mucosi (fibromixomi); mixoma puro. Due fra questi tumori avevano, delle proporzioni veramente gigantesche e furono oggetto di speciale studio comunicato nel 1912 a Venezia (2). Fra i numerosi casi di papilloni della laringe osservati (complessivamente 16) è degno di essere qui ricordato uno riferentesi ad un giovane di 17 anni, con papillomi diffusi a tutta la laringe ed alla porzione iniziale della trachea. Riscontrati insufficienti ed inutili tutti i tentativi di intervento per le vie naturali, si ricorse alla laringotomia con risultato ottimo, che si conserva tuttora, dopo più di un anno dall'atto operativo. Il caso in parola è anch'esso riportato in una pubblicazione speciale, che si riferisce ad alcuni interventi chirurgici sulla laringe per la via del collo (3).

Per quanto concerne i tumori maligni della laringe, tutti sono istologicamente dei carcinomi, ad eccezione di uno solo, che si è dimostrato un sarcoma.

Dal punto di vista dell'istopatogenesi dei carcinomi laringei, quasi tutti sono stati riscontrati come derivanti dell'epitelio di rivestimento pavimentoso; sono quindi per lo più dei carcinomi ad epitelio pavimentoso; in qualche caso però si è potuto osservare la struttura cilindrica dell'epitelio e stabilirne la derivazione ghiando-

(1) Mentre questo rendiconto era alle stampe siamo venuti a conoscenza di un lavoro del Dott. SAMENGO, pubblicato dagli Anales de la Sociedad Argentina di Oto-rino-laringologia (Anno I, N. 2), e riguardante un caso molto simile a quello da noi osservato.

(2) CASTELLANI e MASCIAGA: *Su due casi di tumori giganti della laringe*. Atti del XV Congresso della Società Italiana di Oto-rino-laringologia, Venezia, 1912.

(3) DELLA VEDOVA: *Contributi operatori di sette laringotomie totali, ecc.* - *La Pratica Oto-rino-laringoiatrica*, anno 1913.

lare. La differenza strutturale ha un riflesso sul decorso clinico del tumore; generalmente abbiamo osservato che nella laringe i carcinomi che all'esame istologico si sono dimostrati costituiti da epitelio cilindrico, avevano, dal punto di vista clinico, caratteri più spiccati di malignità. L'osservazione microscopica permette anche di rilevare come in questa specie di epitelomi vi siano dei fatti, e specialmente le figure di cariocinesi atipica, che ne attestano lo sviluppo più rigoglioso. Anche per quanto riguarda la rapidità di diffusione e di metastasi, certamente l'epitelioma cilindrico si dimostra più maligno di quello pavimentoso. E ciò a nostro avviso si spiega con il fatto che la rete linfatica è molto più abbondante nello spessore della tonaca propria della mucosa e della sottomucosa là dove abbondano i tubuli ghiandolari che non in rapporto al margine libero delle corde vocali inferiori, dove esiste epitelio pavimentoso e dove i linfatici sono più scarsamente distribuiti che nel resto della laringe.

Il carcinoma laringeo è stato più volte oggetto di pubblicazioni di questo Istituto, sia dal punto di vista della patologia, che della diagnosi e della terapia; ed anche in questi anni si provvede a dar conto di nuovi casi clinici trattati chirurgicamente con intervento radicale<sup>(1)</sup>. Nel nostro ultimo rendiconto poi abbiamo esposto tutte le vedute che ci regolano in un tema che laringologicamente e chirurgicamente ha tanto interesse. E le nostre vedute si compendiano in questi punti: diagnosi precoce del cancro laringeo; intervento quanto più è possibile conservativo. E questo punto non è che una conseguenza necessaria del primo. Quanto più presto sarà stato svelato il processo neoplastico, tanto minore sarà la demolizione dei tessuti; e noi abbiamo più volte ricordato come ci sia accaduto in casi istologicamente accertati di carcinomi laringei, di intervenire per le vie naturali con risultato ottimo, sia dal punto di vista della mancanza di recidive, sia dal punto di vista della funzione fonatoria. Abbiamo ricordato nel rendiconto 1907-1911 tre casi nei quali l'intervento endolaringeo aveva dato la guarigione; in essi il perfetto stato anatomico della mucosa laringea si conserva anche oggi. Ma la grande maggioranza degli interventi che si compiono sulla laringe per carcinoma è data dalla laringotomia, operazione ormai resa sicura dalle opportune modificazioni che successivamente si sono apportate al metodo ed al procedimento

(1) DELLA VEDOVA e CASTELLANI: Carcinomi laringei trattati da tempo per la via del collo con intervento conservativo. - *La Pratica Oto-rino-laringoiatrica*, anno 1913.

operatorio, modificazioni per le quali dal nostro Istituto uscirono, negli anni scorsi, varii contributi. Per questi ultimi, tra l'altro, si è abolita l'apposizione della cannula tracheale, ricorrendo all'immediata sutura del tubo laringo-tracheale, del quale è stata fatta l'asportazione cruenta del tessuto neoplastico fino ai tessuti sani. L'eliminazione della cannula favorisce senza dubbio il decorso postoperatorio, specialmente riguardo alle complicazioni broncopolmonari; diminuisce notevolmente l'assistenza all'operato; rende più rapida la cicatrizzazione dei margini della ferita. Dall'osservazione di parecchi casi di laringotomie in pazienti affetti da tumori maligni o papillomatosi della laringe è risultato che se vi sono state in un caso delle complicanze gravissime, mortali a carico dell'apparato broncopolmonare, esse si verificarono appunto in un ammalato al quale dopo l'escisione del tessuto neoplastico era stata lasciata la cannula tracheale. Nei casi di laringotomia seguita da dilatazione graduale, mediante cilindro di *caoutchou* rivestito di garza iodofornio, intervento che pratichiamo per stenosi croniche della laringe, l'apposizione della cannula è indispensabile, anzi di essa si trae profitto per assicurarvi l'estremità inferiore del cilindro dilatatore; di tale procedimento operatorio si è anche a lungo discusso in pubblicazioni ed in comunicazioni a Congressi, per cui ci esamiamo oggi dall'insisterci.

Finalmente vogliamo accennare all'opera che nell'Istituto si svolge per la cura ortofonica dei difetti di pronuncia. Questi, che capitarono numerosi all'osservazione, a causa dell'istituzione di un corso speciale di ortofonia, si riferiscono alla balbuzie, blesità, voce eunucoide, voce di falsetto. L'insegnamento, affidato ai professori Ferreri e Mannelli del R. Istituto dei Sordomuti, diede ottimi risultati, tanto più che si era avuto cura di sottoporre i soggetti ad un esame anamnestico ed obbiettivo degli organi fonatori e respiratori, che permettesse di svelare eventuali tare ereditarie, specialmente psico-nervose, ed alterazioni anatomiche degli organi fonatori e delle prime vie respiratorie. Noi riteniamo che solo con questi intendimenti un corso di ortofonia possa realmente riuscire efficace, poichè è inutile il più delle volte intervenire pedagogicamente in soggetti che hanno una triste tara ereditaria, o sono essi stessi degli psicopatici o nevropatici, od hanno lesioni tali delle vie respiratorie da ostacolare la normale emissione della voce e la retta pronuncia delle parole.

## ESOFAGO E COLLO.

Tabella X.

DENOMINAZIONE MALATTIE	1911 (Secondo semestre)			1912			1913			Totale Gene- rale
	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	
	Ascessi del collo . . . . .	2	1	3	6	5	11	5	7	
Atonia musc. esofagea . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
Corpi stranieri esofago . . . . .	1	—	1	3	2	5	6	1	7	13
Corpi stranieri trachea e bronchi . . . . .	—	—	—	1	1	2	—	1	1	3
Dermatitivarie del collo . . . . .	1	—	1	4	—	4	4	2	6	11
Diverticolo esofageo . . . . .	1	—	1	1	—	1	1	—	1	3
Ectasia arco aortico . . . . .	2	—	2	3	1	4	2	1	3	9
Esofagite acuta . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Favo della nuca . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Fistola branchiale con- genita . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	1	1	2
Fistola cervicale acqui- sita . . . . .	2	—	2	3	1	4	—	—	—	6
Fistola cervicale conge- nita tirogena . . . . .	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1
Gozzo . . . . .	3	6	9	5	14	19	8	18	26	54
Igroma cistico congen. Ipertrofia tiroidea . . . . .	6	8	14	12	18	30	15	18	33	77
Linfoadeniti acute . . . . .	—	2	2	4	3	7	2	2	4	13
Linfoadeniti croniche . . . . .	16	15	31	37	26	63	31	38	69	163
Morbo di Basedow . . . . .	—	2	2	1	3	4	2	2	4	10
Morbo di Pott cervic. Nevralgie plesso cervic. Nevrosi spastica eso- fago . . . . .	1	—	1	1	—	1	—	—	—	2
—	—	2	2	1	—	1	1	1	2	5
—	2	—	2	6	1	7	5	—	5	14
Ozena tracheale . . . . .	1	1	2	1	3	4	1	2	3	9
Stenosi esofagea da caustici . . . . .	1	—	1	1	3	4	—	1	1	6
Stenosi tracheale da adenopatia . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Struma di tiroide ac- cessoria . . . . .	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1
Tiroidite acuta . . . . .	2	1	3	3	2	5	4	1	5	13
Tiroidite flemmonosa . . . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Torcicollo sintomatico . . . . .	1	2	3	3	2	5	1	2	3	11
Tracheite catarr. acuta . . . . .	2	—	2	2	3	5	3	1	4	11
Tracheite catarr. cron. Traumi del collo . . . . .	2	2	4	3	4	7	3	2	5	16
—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Tumori ben. del collo . . . . .	1	—	1	—	1	1	1	1	2	4
Tumori mal. del collo . . . . .	—	—	—	1	1	2	1	—	1	3
Tumori mal. esofago . . . . .	3	—	3	5	2	7	6	—	6	16
Tumori benigni della tiroide . . . . .	—	—	—	1	2	3	1	3	4	7
Tumori maligni della tiroide . . . . .	1	—	1	2	2	4	—	2	2	7
Tumore mediastinico comprimente . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1
<i>Totali</i>			96			214			214	524

NB. Aggiungere ai 96 casi del 2° sem. 1911 i 90 del 1° sem. Totale 186.

Si sono già espote altrove le ragioni per cui riteniamo che la chirurgia del collo possa entrare nel dominio del laringologo e non ci sembra opportuno ripeterle; tale veduta riceve ogni giorno maggiore conferma dalla pratica, poichè tanto le statistiche quanto le pubblicazioni dimostrano ed i progressi che fanno i laringologi nella chirurgia del collo ed i progressi che la chirurgia stessa e la patologia del collo fanno per opera dei laringologi. Qui ci preme pertanto far notare quanto numerose siano le osservazioni che ogni anno si compiono sulle affezioni del collo e specialmente della ghiandola tiroide, e teniamo a riferire che la nostra opera non si limita alla sola osservazione, ma si esplica, ed estesamente, nella terapia. A proposito delle ipertrofie della tiroide e dei gozzi propriamente detti, dobbiamo far rilevare lo scarso numero degli interventi chirurgici in confronto dei casi osservati; la causa di tale sproporzione risiede nel fatto che l'intervento chirurgico deve per noi rappresentare l'ultima risorsa della cura; esso deve essere adottato quando il tumore per le dimensioni assunte costituisce un pericolo per chi ne è affetto, a meno che esigenze speciali di cosmesi da parte dell'infermo non facciano appello all'atto chirurgico, senza che vi siano sintomi di urgenza. Noi constatiamo con grande frequenza come delle ipertrofie tiroidee, anche di notevole grado, possano regredire in seguito ad opportuni trattamenti generali e locali e seguiamo anche in questa branca della specialità l'indirizzo della terapia conservativa. Tuttavia non sono mancati atti chirurgici sulla tiroide per gozzi parenchimosi o cistici e per tumori. Due casi anzi di intervento chirurgico per tumori della tiroide furono oggetto di una comunicazione alla Società di Oto-rino-laringologia nel 1912 (1).

Altre affezioni che hanno richiamato la speciale attenzione dei laringologi sono le fistole congenite del collo, siano mediane, siano laterali (fistole tirogene e fistole branchiogene). Nel 1912 fu operato un caso di fistola tirogena); la relazione dell'intervento, insieme ad un particolareggiato reperto istopatologico, fu comunicata alla stessa Società di Oto-rino-laringologia (2). I risultati lontani dell'intervento sono, ancor oggi, ottimi.

Segnaliamo, infine, un caso abbastanza raro di struma di tiroide accessoria, dovuto probabilmente a resti di tessuto tiroideo, dipen-

(1) DELLA VEDOVA: *Rilievi su due casi di struma fibroso e di struma endonromatoso ossificante*. Atti della Società Italiana di Oto-rino-laringologia, Venezia, 1912.

(2) DELLA VEDOVA: *Fistola mediana del collo da permanenza del dotto tiroglossa*. Ibidem.

denti dal lobo mediano e dal processo piramidale di esso. Tale struma presentavasi in una giovane di 25 anni ed era localizzato al lato sinistro del collo, in corrispondenza della squama sinistra della tiroide, che ricopriva quasi per intero, e si spingeva in alto verso il gran corno dell'osso ioide, dal quale era perfettamente separato. Il volume era quello di una grossa noce: era liscio, spostabile e seguiva la laringe nei suoi movimenti durante la deglutizione. Fu enucleato molto facilmente e furono eseguite delle sezioni che dimostrarono trattarsi di un fibro-adenoma della tiroide.

Tra le affezioni riguardanti questo paragrafo dobbiamo anche ricordare un corpo straniero aspirato da una bambina di pochi mesi e caduto in trachea. Trattavasi di un comune uncino metallico da indumenti che, dopo qualche giorno di permanenza in trachea, permanenza constatata anche radiograficamente, deve avere verosimilmente usurata la parete posteriore del tubo tracheale e l'anteriore dell'esofago. Talchè l'intervento tracheotomico non permise l'estrazione; il caso, per complicazioni bronco-polmonari sopraggiunte, ebbe esito letale. Questo caso è riferito in un lavoro di prossima pubblicazione sui corpi stranieri delle vie aeree.

Circa la patologia, la clinica, e la terapia dell'esofago dobbiamo ricordare le lezioni cliniche pubblicate nel 1913 sulla *Pratica Oto-rino-laringoiatrica* (1) e riferirci ad esse per le molteplici considerazioni che sull'indirizzo clinico e terapeutico debbono farsi al riguardo.

\*  
\* \*

Prima di chiudere queste brevi note clinico-statistiche dobbiamo ancora accennare all'opera di consulenza che l'Istituto svolge nelle scuole elementari di Milano, e richiamare l'attenzione sulla utilità, anzi sulla necessità dell'ispezione accurata delle prime vie del respiro e degli orecchi nei piccoli nostri scolari. Più innanzi ci siamo intrattenuti sull'importanza patogenetica dell'occlusione nasale e rino-faringea in rapporto a lesioni dell'orecchio medio ed alla sordità. Non è il caso ora di ripetere considerazioni replicatamente esposte, e ci limiteremo a richiamare su questo argomento l'ultimo lavoro pubblicato dall'Istituto sulla consulenza durante l'anno scolastico 1911-1912 (2). Il lavoro faceva, tra le altre, la constatazione della

(1) DELLA VEDOVA: Le malattie dell'esofago (riassunti di lezioni). *La Pratica Oto-rino-laringoiatrica*, 1913.

(2) CALDEROLI: *Consultazione oto-rino-laringoiatrica nelle scuole elementari del Comune di Milano*. Atti del XV Congresso della Società Italiana di Oto-rino-laringologia, Venezia, 1912.

sentita riduzione del numero dei bambini presentatisi alla consultazione, e l'autore si chiedeva a quale causa essa dovesse attribuirsi: se a migliorate condizioni igieniche delle prime vie del respiro, oppure ad una noncuranza o mal compresa importanza della consulenza da parte dei parenti degli scolari; oppure ancora ad una non perfetta organizzazione dei servizi sanitari nelle scuole. Noi crediamo di non andar molto lungi dal vero se ammettiamo piuttosto l'ultima ipotesi; malgrado le ripetute istanze che da parte dell'Ufficio Municipale d'Igiene si fanno ogni anno, l'Autorità comunale lascia una questione così importante ancora insoluta. Auguriamo anche a queste benefiche, provvide istituzioni tempi migliori!

Un accenno infine dobbiamo fare a quell'importante sussidio diagnostico che è l'esame istologico e batteriologico di tessuti: e ci piace far risaltare come in questo Istituto esista una ricca raccolta di preparati istologici ed istopatologici, raccolta che va ogni giorno aumentando, e che serve di guida e di prezioso aiuto a quegli studiosi che nell'Istituto stesso si dedicano alla coltura delle discipline oto-rino-laringologiche. Moltissimi dei preparati microscopici sono, nei loro punti più interessanti, riprodotti in chiarissime microfotografie che riescono di grande utilità, non solo nell'interpretazione dei preparati stessi, ma anche nell'esposizione didattica, a medici e studenti, delle nozioni anatomico-patologiche sulle malattie delle vie aeree superiori e dell'orecchio.

## SPECIALITÀ AFFINI.

Tabella XI.

DENOMINAZIONE MALATTIE	1911 (Secondo semestre)			1912			1913			Totale Gene- rate
	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	
	Afasia . . . . .	—	—	—	—	1	1	1	—	
Angina di Ludwig . . . . .	—	—	—	1	—	1	2	—	2	3
Angioma labbro . . . . .	—	1	1	—	—	—	1	1	2	3
Artrite temporo-mascellare . . . . .	—	1	1	1	2	3	2	2	4	8
Ascesso labbro . . . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Ascesso faccia . . . . .	—	1	1	—	—	—	1	—	1	2
Carie dentaria . . . . .	5	7	12	11	8	19	12	13	25	56
Catarro prime vie . . . . .	6	9	15	20	14	34	19	26	45	94
Cheloide guancia . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Cisti parodontaria mascellare superiore . . . . .	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1
Corea minore con partecipazione lingua . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
Dacriocistite purulenta . . . . .	2	—	2	1	1	2	1	—	1	5
Denti soprannumerari . . . . .	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1
Eczema faccia . . . . .	1	—	1	2	2	4	3	1	4	9
Enfisema polmonare . . . . .	—	—	—	2	—	2	—	—	—	2
Epifora di orig. nasale . . . . .	—	—	—	—	2	2	—	—	—	2
Epitelioma congiuntiva . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Epitelioma gengiva . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
Epitelioma guancia . . . . .	—	—	—	1	—	1	1	—	1	2
Epitelioma labbro . . . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Epitelioma lingua . . . . .	1	—	1	2	—	2	4	—	4	7
Epitel. pavimento orale . . . . .	1	—	1	1	1	2	—	—	—	3
Eresipela faccia . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	2	2	3
Ferita labbro . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Fibroma parotide . . . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Fistola lagrimale . . . . .	—	—	—	—	1	1	1	—	1	2
Fistola saliv. parotide . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Flebectasia base lingua . . . . .	—	2	2	4	2	6	3	4	7	15
Frenulo linguale ader. . . . .	1	—	1	1	—	1	3	1	4	6
Gengivite purulenta . . . . .	—	2	2	4	2	6	2	3	5	13
Glossite . . . . .	1	—	1	3	2	5	3	—	3	9
<i>A riportare</i>			44			98			115	257

DENOMINAZIONE MALATTIE	1911 (Secondo semestre)			1912			1913			Totale Gene- rale
	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	Maschi	Femm.	Totale	
<i>Riporto</i>			44			98			115	257
Ipertrofia tonsilla ling.	—	1	1	—	1	1	2	1	3	5
Labbro leporino.	1	—	1	—	—	—	2	1	3	4
Lesione traumat. del V	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
Leucoplasia orale	2	—	2	4	1	5	5	—	5	12
Lingua geografica	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Lupus faccia	—	—	—	—	—	—	1	2	3	3
Lussazione mandibola	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Nevralgia V	1	3	4	3	3	6	5	11	16	26
Nevrite ottica	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Osteomielite mascella- re sup. post-tifosa.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Paralisi VII.	1	1	2	5	3	8	4	5	9	19
Parotite sierosa acuta	3	1	4	4	5	9	8	4	12	25
Parotite suppurata	2	2	4	4	3	7	4	1	5	16
Periostite mascellare	1	4	5	6	5	11	2	5	7	23
Pertosse	2	1	3	—	1	1	—	—	—	4
Piorrea alveolare	—	—	—	—	2	2	1	—	1	3
Polmonite <i>ab ingestis</i>	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Ranula	—	1	1	—	—	—	1	—	1	2
Sarcoma pavim. orale	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Scorbuto	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Sifilide guancia	—	—	—	1	1	2	—	—	—	2
Sifilide lingua	1	—	1	1	—	1	—	—	—	2
Sifilide labbro	—	1	1	1	—	1	—	—	—	2
Stomatiti varie	4	—	4	9	2	11	8	3	11	26
Trisma nevralgico	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1
Tubercolosi linguale	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Tuberc. pavim. orale	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1
Ulcerazioni linguali da carie dentaria	—	—	—	—	—	—	3	—	3	3
<i>Totale</i>			78			168			199	445

NB. Aggiungere ai 78 casi del 2° sem. 1911, 33 del 1° sem. Totale N. 111 casi per il 1911.



DENOMINAZIONE DEGLI INTERVENTI	1911 secondo semestre	1912	1913	Totale Generale
<i>Riparto</i>	109	238	286	633
Intervento per gozzo ed altri tumori tiroidei . . .	1	3	4	8
" " incisione foruncoli cond. ud. . .	12	28	32	72
" " " " naso . . .	1	2	5	8
" " iniezione di paraffina sottocute . . .	—	1	2	3
" " intubazione laringe . . .	2	6	6	14
" " labirintite suppurata . . .	—	1	1	2
" " mastoidite acuta . . .	13	42	49	104
" " " cronica . . .	3	8	7	18
" " nodi vocali . . .	4	13	16	33
" " ossiculectomia . . .	1	3	3	7
" " papillomi laringe (laringofiss.) . . .	—	—	1	1
" " " " (vie naturali) . . .	2	3	5	10
" " paracentesi timpanica . . .	12	26	21	59
" " parotite suppurata . . .	1	3	3	7
" " perimastoidite . . .	3	8	6	17
" " plastica retroauricolare . . .	1	2	2	5
" " polipi cassa timpano . . .	6	12	22	40
" " " coanali . . .	—	1	1	2
" " " nasali . . .	14	24	20	58
" " " sanguinanti setto . . .	2	5	4	11
" " " seno mascellare . . .	—	—	1	1
" " radicale per otite suppurata cronica . . .	9	14	20	43
" " per resezione semplice setto . . .	12	26	24	62
" " " sottomucosa setto . . .	2	11	14	27
" " rinite ipertrof. (turb. inf. o medio) . . .	90	168	160	418
" " sequestro osseo cassa timpanica . . .	—	1	—	1
" " sinechie nasali . . .	2	6	8	16
" " sinusite etmoidale . . .	—	2	3	5
" " " frontale . . .	1	3	5	9
" " " mascellare (per via nasale) . . .	2	3	5	10
" " " " (Cadwell-Luc) . . .	—	1	2	3
" " spezzettamento tonsillare . . .	6	18	26	50
" " stafilorrhafia e uranostafilorrhafia . . .	—	1	1	2
" " stenosi laringea (dilataz. graduale) . . .	—	1	1	2
" " tonsillotomia linguale . . .	—	—	1	1
" " " palatina . . .	27	72	77	176
" " tracheotomia (d'urgenza) . . .	1	3	3	7
" " trombosi e flebite giugulare . . .	—	1	1	2
" " tuberc. laringea (metodo Heryng) . . .	2	4	5	11
" " tumori benigni laringe . . .	8	25	23	56
" " " " orecchio esterno . . .	—	2	2	4
" " " " maligni " " . . .	1	1	—	2
" " uvulotomia . . .	—	2	3	5
" " vegetazioni adenoidi . . .	80	145	162	387
" " " " cassa timpano . . .	9	18	28	55
<i>Totale</i>	439	958	1070	2467

## SEZIONE CLINICA.

(Confrontare le tavole in fine del fascicolo).

Nell'intraprendere l'esposizione clinico-statistica riguardante il periodo che va dal 1° luglio 1911 al 31 dicembre 1913 abbiamo fatto cenno al trasferimento della *Sezione Clinica* dell'Istituto stesso alla Clinica Internazionale. Crediamo ora opportuno aggiungere qualche notizia sulla nuova sede, notizia che togliamo quasi per intero da una piccola pubblicazione edita per cura della Clinica Internazionale. Aggiungiamo alcuni *clichés* che dobbiamo alla cortesia del dott. Stabilini, medico residente dell'Istituto: in essi sono riprodotte le principali Sezioni dell'Istituto stesso.

L'Istituto - che ha per scopo esclusivo la beneficenza - venne fondato dalla Colonia protestante-evangelica di Milano, per uso dei malati della Colonia stessa, d'onde il suo nome originario di *Asilo Evangelico*. Ma ben presto - mercè il generale favore della cittadinanza - esso estese la sua azione a tutti i malati di qualsiasi nazionalità e religione, assumendo così il carattere e la designazione di *Clinica Internazionale*.

Sono esclusi soltanto i malati di forme mentali, croniche e contagiose.

L'Istituto ha altresì lo scopo di prestarsi alle esigenze delle diverse condizioni sociali, offrendo ai malati poveri, letti di patronato gratuito, agli agiati un trattamento di primissimo ordine a tariffe eque, ed agli ammalati di ristrette finanze un trattamento ugualmente eccellente a tariffa economica e semigratuita.

Con quest'ultima funzione, di cui ognuno può rilevare la grande utilità sociale, l'Istituto tende a colmare una lacuna della beneficenza moderna, provvedendo efficacemente alla numerosissima categoria dei malati non abbastanza poveri per poter accedere agli Ospedali, nè abbastanza agiati per affrontare le spese delle comuni Case di salute (piccoli impiegati, piccoli esercenti, agricoltori, operai, ecc.).

Dal servizio dei malati agiati è escluso qualsiasi scopo di speculazione. I proventi eventualmente derivanti da esso, come le oblazioni dei benefattori, sono interamente devoluti alla cura dei poveri e dei malati, a quota economica.

L'Istituto, circondato da un vasto giardino, è posto nella zona più salubre di Milano, e, per ricchezza di spazio, di aria, di luce,

per completezza e perfezione di impianti offre quanto di più igienico e di più moderno si possa desiderare in un Istituto sanitario.

L'assistenza dei malati è fatta dalle Diaconesse patentate di Neumünster (Zurigo) parlanti diverse lingue, e dalle Diaconesse italiane della Casa di Torino.

Apposite infermiere, pure parlanti diverse lingue, fanno servizio di assistenza a domicilio dei malati.

Un medico di guardia risiede nell'Istituto giorno e notte.

L'Istituto comprende novanta letti: venticinque camere separate a tariffa ordinaria, ad uno o due letti, con tutte le comodità desiderabili e con balcone o veranda prospicienti il giardino. Dieci sale in comune a tre o più letti (arredate non come sale d'ospedale, ma come camere di casa di salute modernissima), pei malati a tariffa economica e per quelli di patronato.

Recentemente si è poi adibita una speciale camera per la degenza di ammalati che hanno subito interventi tracheotomici, laringo-tracheotomici, ecc. L'ambiente è disposto in modo che vi sia un grado di temperatura e di umidità costante e convenientemente regolabile, come si richiede dopo tali interventi. Mediante uno speciale apparecchio a serpentino, che attraversa una cassa contenente acqua, questa evapora lentamente, riscaldando e rendendo umida la camera. Il vantaggio del nuovo impianto consiste nell'aver eliminato un gravoso servizio per il mantenimento, nel locale dove si trova l'operato, di grossi recipienti con acqua bollente e nell'eliminare gli sbalzi di temperatura e di umidità che col vecchio sistema erano inevitabili, il che risulta a tutto vantaggio dell'ammalato e del buon andamento postoperatorio.

Due sale operatorie e due sale di medicazione; un completo laboratorio clinico; impianti moderni per esami speciali (cistoscopia, oto-rino-laringoscopia, elettroscopia, ecc.); una sala di idroterapia; un ricco gabinetto di radiologia; una grande sala di ritrovo e di lettura pei convalescenti con libero accesso al giardino; vasti sotterranei con impianti di lavanderia e di sterilizzazione per biancheria, materassi, abiti ed oggetti.

Il reparto oto-rino-laringologico è affidato al prof. Della Vedova.

## BIBLIOTECA.

Non vogliamo ritornare sull'organizzazione del materiale bibliografico: di questo argomento parliamo diffusamente nel precedente rendiconto, nel quale esponemmo specificamente l'ordine e l'indirizzo seguiti nella sistemazione della letteratura oto-rino-laringologica.

Dobbiamo soltanto far risaltare che la biblioteca si è arricchita delle più recenti pubblicazioni della specialità, sia riguardo ai trattati italiani e stranieri, sia riguardo ai periodici.

Poichè l'Istituto presta opera di consulenza bibliografica in materia di specialità ai Colleghi che desiderano letteratura e casistica, riteniamo opportuno riportare l'elenco delle raccolte dei diversi periodici della specialità che la biblioteca dell'Istituto possiede e con la maggior parte dei quali ha il cambio con il periodico dell'Istituto, *La Pratica Oto-rino-laringoiatrica*.

### *Periodici italiani:*

- Annali di Laringologia ed Otologia.
- Archivi Italiani di Laringologia.
- Archivio Italiano di Otologia.
- Atti della Clinica Oto-rino-laringologica della R. Università di Roma.
- Atti della Società Italiana di Laringologia.
- Bollettino delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso.
- La Pratica Oto-rino-laringoiatrica.
- L'Educazione dei Sordomuti.
- L'Assistenza ai minorenni anormali.
- L'Infanzia anormale.

### *Periodici francesi:*

- Annales des maladies de l'oreille, du nez, du larynx.
- Archives Internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.
- La Parole.
- La Pratique médicale. Journal des maladies des oreilles, du nez, du larynx.
- La rééducation auditive.
- L'Oto-rhino-laryngologie Internationale.
- Revue Internationale de Rhinologie, d'Otologie et de Laryngologie.

### *Periodici tedeschi:*

- Archiv für Ohrenheilkunde.
- Archiv für Laryngologie und Rhinologie.
- Internationales Zentralblatt für Ohrenheilkunde.
- Vox-Internationales Zentralblatt für experimentelle Phonetik.
- Zeitschrift für Ohrenheilkunde.
- Zeitschrift für Laryngologie und Rhinologie.

*Periodici belgi:*

Bulletin de la Société belge d'Otologie.  
La Presse Oto-rhino-laryngologique belge.

*Periodici americani:*

The Laryngoscope.  
Anales de la Sociedad Argentina de Oto-rino-laringologia.

*Periodico spagnolo:*

Revista barcelonesa de enfermedades de oído, garganta y nariz.

A questa serie di periodici si debbono poi aggiungere tutti quelli di medicina e chirurgia generale, sia italiani che stranieri, e la ricchissima raccolta di opuscoli separati, che ogni anno pervengono numerosi all'Istituto.

**INSEGNAMENTO  
DELL'OTO-RINO-LARINGOLOGIA.**

FREQUENTATORI ED ALLIEVI DELL'ISTITUTO.

L'Istituto fu regolarmente frequentato da numerosi medici iscritti ai corsi accelerati ed ai corsi di perfezionamento, secondo le norme dei R. R. Istituti Clinici di Milano; ed anche da molti medici pratici per brevi periodi di esercitazione oto-rino-laringoscopica.

Dell'organizzazione della parte relativa a questi insegnamenti dicemmo già in apposito capitolo dell'antecedente rendiconto.

Oltre a questi frequentatori, durante questo biennio prestarono servizio nell'Istituto, in qualità di assistenti volontari, i signori:

- Dottor ALESSANDRO ARLOTTA dell'Istituto Stomatologico Italiano di Milano.  
" MANUEL J. RIZZI dell'Ospedale Rawson di Buenos Ayres.  
" INNOCENZO CALDEROLI di Bergamo.  
" D. LIVADA di Narbonne (Francia).  
" GIOVANNI MASCIAGA di Oleggio (Novara).  
" NORBERT MORO di Gratz (Austria).



464 21



FACCIATA DELLA CLINICA.



CORTILE INTERNO.





VERANDE DELLE CAMERE DA LETTO.



GIARDINO.

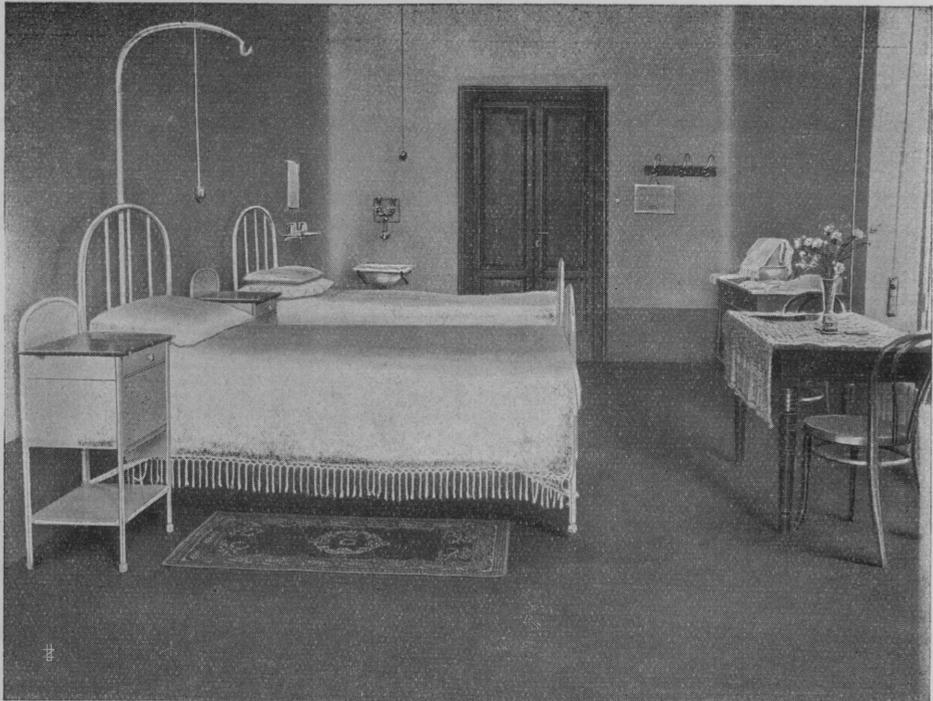


CORRIDOI.



SALA DI RITROVO.

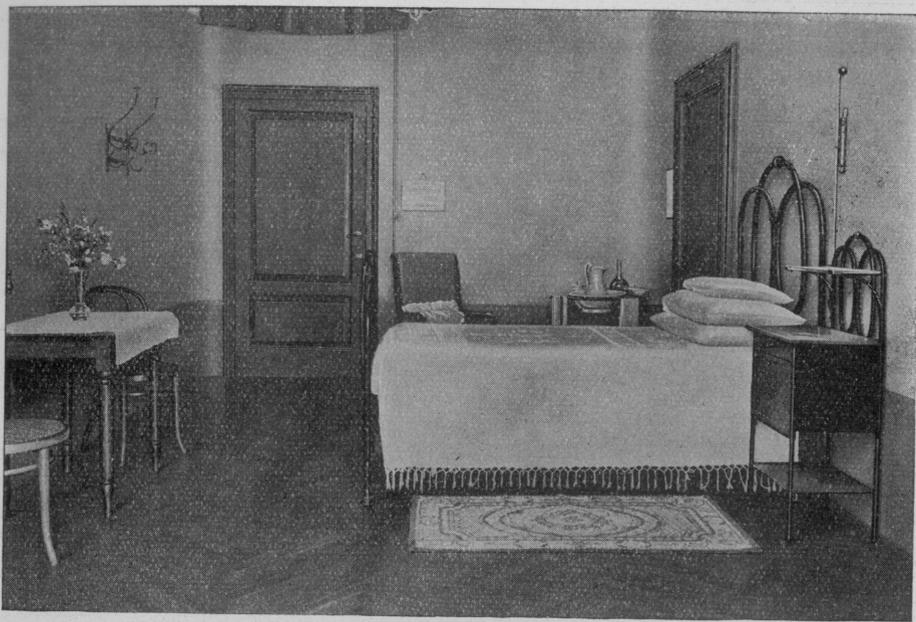




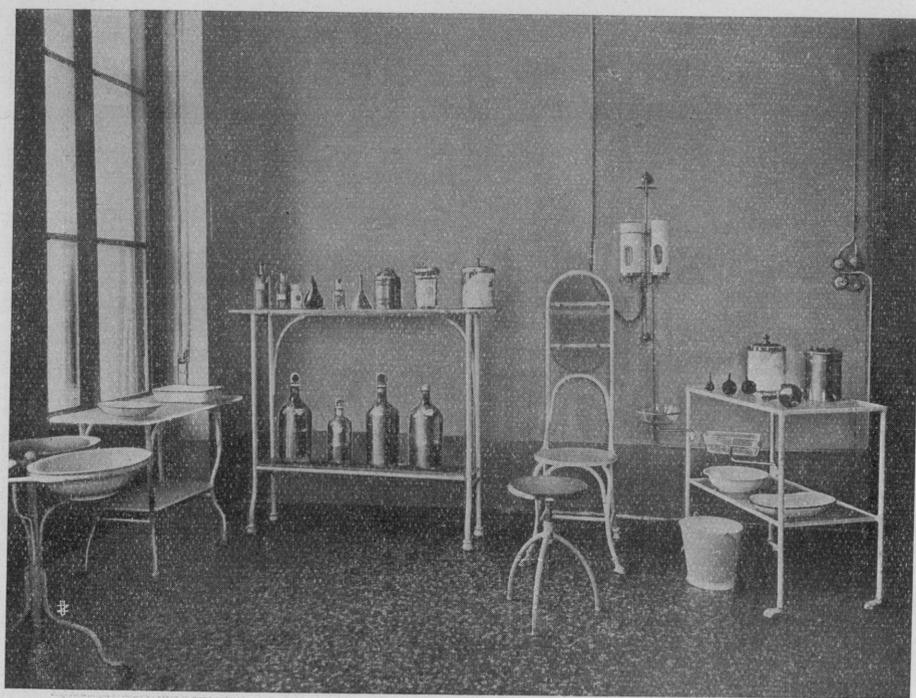
CAMERA A DUE LETTI.



SALA A TARIFFA ECONOMICA.

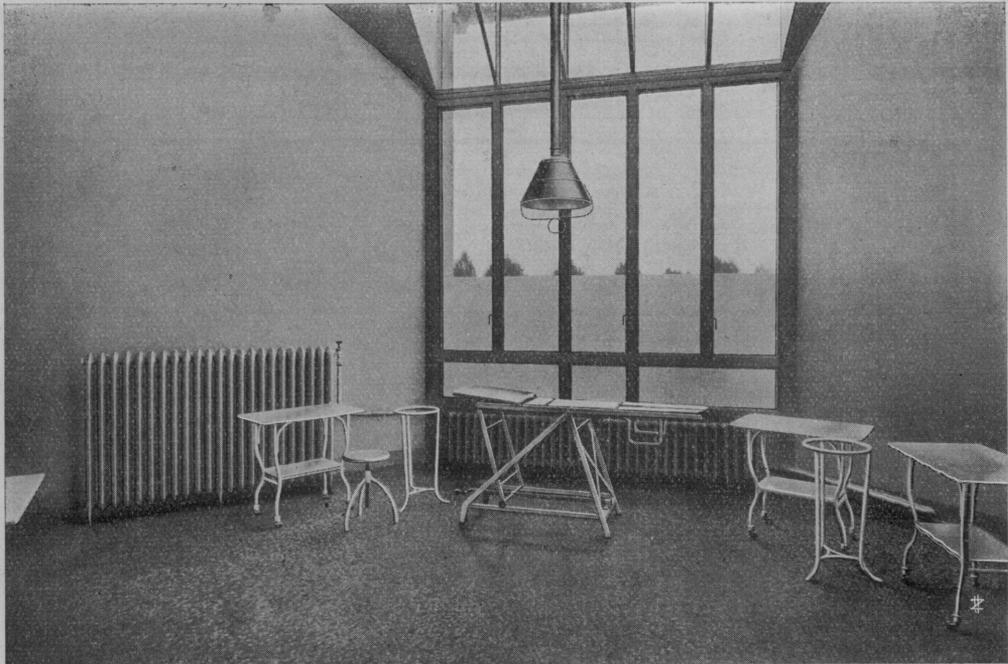


CAMERA AD UN LETTO.



GABINETTO DI OTO-RINO-LARINGOIATRIA.

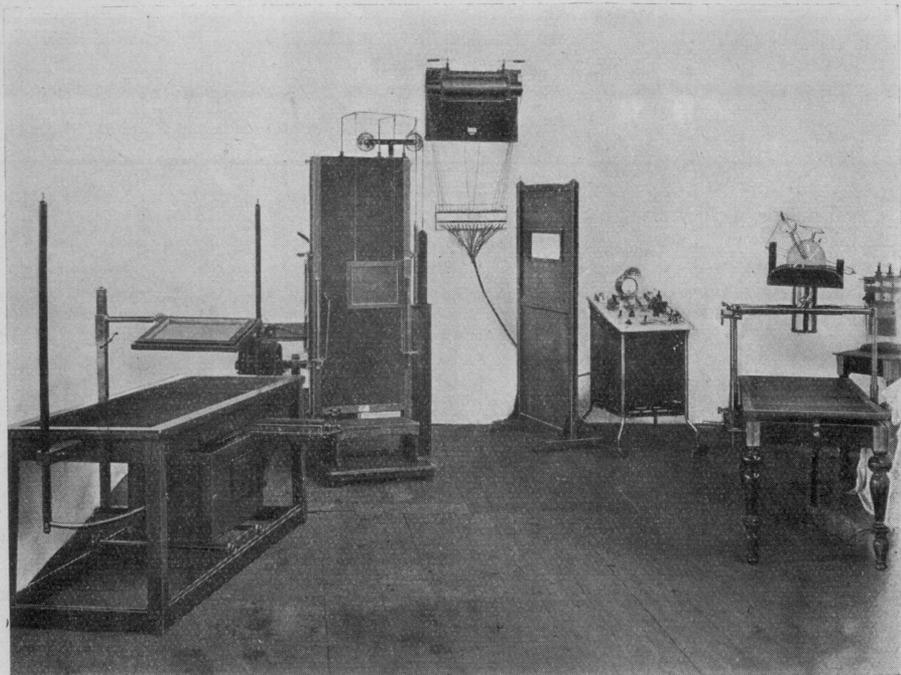




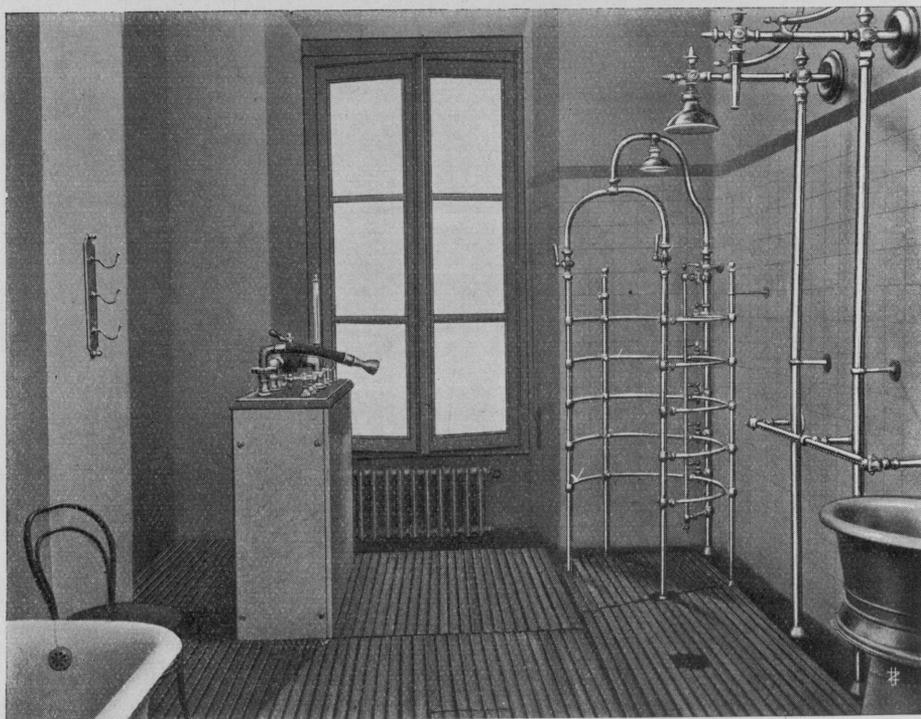
SALA OPERATIVA PER FORME ASETTICHE.  
(Esiste comparto speciale per le forme settiche).



LABORATORIO.



GABINETTO DI RADIOLOGIA.



SALA IDROTERAPICA.









PERIODICO MENSILE - ANNO XIV

# La Pratica Oto-rino-laringoiatrica

E DELLE MALATTIE DEL COLLO E DELL'ESOFAGO

PUBBLICATA E DIRETTA DAL

**Prof. Dott. T. DELLA VEDOVA**

*Direttore dell'Istituto Clinico Oto-rino-laringologico di Milano*

**Redattore principale: Prof. Dott. L. CASTELLANI**

*Aiuto all'Istituto Clinico Oto-rino-laringologico di Milano*

*Con la collaborazione di esimi specialisti*

LA PRATICA OTO-RINO-LARINGOIATRICA viene pubblicata annualmente in dodici fascicoli di un numero non prefisso di pagine, ed è indirizzata ai medici generici, avendo per scopo principale di diffondere la conoscenza pratica della specialità.

Il Giornale pubblica i lavori originali che vengono inviati, e mette a disposizione dei rispettivi Autori 50 estratti per ciascun lavoro.

Delle pubblicazioni della specialità, inviate in dono, sarà fatta la recensione; delle altre sarà fatto l'annuncio nel testo.

**Abbonamento annuo:** Per l'Italia L. 5. - Per l'Estero L. 7,50.

*Direzione ed Amministrazione del Giornale:*

**ISTITUTO CLINICO OTO-RINO-LARINGOLOGICO**

MILANO - FORO BONAPARTE, 1E