

BIBLIOTECA
LANCISIANA



Bizzoni

Dott. A. DE FALCO

Mazzei

PATOGENESI UNICA

DELLE

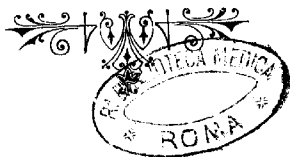
MALATTIE VASCOLARI, SECRETIVE E NODULARI

della congiuntiva

E DELLE MUCOSE VICINE

(Riassunto di memoria originale divisa in tre parti)

∞ CON SETTE TAVOLE ∞



PAVIA

PREMIATO STABILIMENTO TIPOGRAFICO SUCCESSORI BIZZONI

1904.

DOTT. ANDREA DE FALCO



Patogenesi unica delle malattie vascolari, secretive e nodulari
DELLA
congiuntiva e delle mucose vicine

Riassunto di memoria originale divisa in 3 parti.

[CON SETTE TAVOLE]



- I^a PARTE. — Critica contro l'etiologia infettiva della congiuntivite tracomatosa.
- II^a PARTE. — Ricerche sperimentali ed anatomiche sulla genesi leucocitaria e migratoria delle granulazioni.
- III^a PARTE. — Nevrosi vasomotoria e secretiva del plesso ciliare da fatica oculare e sua influenza sugli occhi, naso, gola ed orecchi. — Sintomatologia confermata da storie cliniche. — Cura.

Parte I.^a



Il tracoma, conosciuto vagamente prima dello scorso secolo da Celso ed anche da Ippocrate ed Erodoto, cioè da 50 a 450 anni av. Cristo, si divulgò, quasi all'improvviso, nelle gravi epidemie, che, a decorso acuto, inferirono in Europa al ritorno delle truppe Napoleoniche dall'Egitto nel 1798 e che, nel segnare la vera origine storica di questo morbo, arricchirono, esse sole, la scienza della più vasta bibliografia, scritta in proposito.

Giudicato, fin d'allora, come contagioso, ebbe tale concetto il battesimo scientifico, la prima volta, dalle ricerche di Satler, soltanto nel 1881, cioè circa 80 anni dopo che le epidemie suddette ne

avevano fatto divinare la natura specifica, ed a circa 15 anni dalla scoperta dei fermenti di Pasteur, il vero creatore della batteriologia.

Nondimeno il mondo scientifico non rimase che due anni soli, come soggiogato dall'importante scoperta di Satler, imperocché l'entusiasmo ebbe, nel 1883, la prima attenuazione dalle ricerche di Koch, il quale riferì le forme acute intense, rinvenute in Egitto, ad un nuovo parassita, il bacillo Koch-Weeks. Poi è stata del tutto travolta nell'indifferenza dai disparati e numerosi risultati di una folla successiva di ricercatori, che prima si affermarono sull'esistenza, o non, del micrococco originario di Satler e poi finirono con l'obliarlo del tutto, cadendo, ciò ch'è peggio, nelle esagerazioni di forme parassitarie differenti e strane, come quella del plasmodio dalle 60 forme evolutive di Elze. Tutto ciò, naturalmente, non poteva che avvalorare negli animi degli oculisti sempre più il dubbio, che ora è divenuto norma costante di diagnosi nelle malattie granulose congiuntivali.

Le ricerche ultime hanno dimostrato che i diversi microrganismi, rinvenuti nella congiuntiva tracomatosa, sono molto più numerosi, ma non differiscono da quelli della congiuntiva allo stato normale. Certamente non sono quelli descritti da Satler, le cui affermazioni lasciarono una impressione indelebile nell'animo, al punto che, anche recentemente, gli eminenti oculisti, convenuti nel Cairo al Congresso del 1902, le hanno invocate come la miglior prova della specificità del tracoma.

Nondimeno il dubbio regna sempre sovrano e ha generato in questi tempi una indicibile confusione, la quale è alimentata, anche, dalla separazione imposta da Saemisch e da de Wecker fra il tracoma e la congiuntivite follicolare. Tale separazione fu basata su caratteri anatomici ipotetici e principalmente sulla degenerazione fibrosa, per i quali De Wecker ha insistito nello scorso anno, sostenendoli in una polemica di fronte a Morax, che ispirerebbe, al contrario, la diagnosi ad un carattere negativo, cioè nell'assenza di ogni parassita della congiuntivite tracomatosa, la quale ritiene, contrariamente all'origine storica di essa, ai recentissimi studi di Ad-dario ed alle osservazioni cliniche, sempre cronica. Giusta le ricerche cliniche e batteriologiche di Gromakowschi la congiuntivite granulosa contiene una quantità di diversi parassiti, proporzionata all'essudato, che ne emana. Dal Congresso del Cairo, per iniziativa

di Elouy Bey, fu rievocata e riconfermata l'antica classificazione delle congiuntiviti tracomatose, cioè, in *secernenti* e *non secernenti*, o *contagiose* e *non contagiose*. Se fosse vera, allora, l'affermazione di Morax, tutte le congiuntiviti tracomatose secernenti e che contengono svariati i parassiti, pur essendo contagiose, non sarebbero tracomatose. Egli ammette in tali casi una sovrapposizione d'infezione al tracoma vero; ipotesi che non ha base scientifica ed è in contraddizione con la maggiore contagiosità, constatata da tutti in questi casi.

Era naturale che le contraddizioni anzidette dovessero fare insorgere, una buona volta, contro la specificità del tracoma, e far credere che i parassiti diversi, che si rinvencono, anche, nel sacco congiuntivale normale, messi in condizione di proliferare, possano favorire più o meno attivamente lo sviluppo granuloso della congiuntiva. Secondo questo concetto, la congiuntivite granulosa, in generale, per la natura adenoidea del tessuto e per condizioni generali del soggetto, non è altra cosa, che una speciale reazione del tessuto nell'infiammazione. Ciò fu ammesso da Del Monte circa 25 anni or sono e poi da Fuchs e Muttermilch. Io, negata la specificità del tracoma, mi proverò a dimostrare con ricerche sperimentali ed istologiche la genesi dei noduli, la struttura e l'esito di questi, collegando tutte le forme nodulari della congiuntiva ad una causa unica ed anatomica.

Parte II.^a

Le ricerche anatomiche di numerosi autori, che si occuparono delle congiuntiviti granulose, presentano grandissime e sostanziali differenze di reperto e d'interpretazione. Le divergenze sono cagionate dall'essere ancora nel buio perfetto, non solo, l'etiologia del tracoma, ma ancora, la natura e patogenesi di tutte le granulazioni della congiuntiva. — Tale incertezza è accresciuta dai segni anatomici, che sono stati dati per distinguere il tracoma dalle altre granulazioni congiuntivali e che la clinica non trova, o li rinviene in senso opposto. Ciò conferma che tutte le granulazioni congiuntivali sono della medesima natura, la quale è legata alla sola condizione anatomica del tessuto, in cui esse si producono.

La condizione anatomica dei tessuti adenoidei, a cui appartengono

la congiuntiva e tutte le mucose, basta a spiegare la loro trasformazione nodulare nella infiammazione, a cagione della grande quantità di lacune linfatiche che contengono e della ricchezza in essi di leucociti (corpuscoli mobili), che reagiscono agli stimoli, diversamente, secondo la costituzione più o meno linfatica e secondo l'età dell'individuo. Ora, se nelle lacune si ammassano dei leucociti, i quali possono circolare attraverso la rete degli spazi linfatici, dove la circolazione è lentissima e la tensione estremamente debole, nel solo stato di vita latente (Ranvier) ed in scarsa quantità (1), si ha la trombosi della lacuna e l'origine del nodulo. L'arresto dei leucociti nelle lacune avviene allorchè essi in attività ameboidea, senza seguire vie prestabilite, vi penetrano in gran numero e dalle parti circostanti, ovvero entrano in attività nelle lacune stesse al contatto dei globuli rossi stravasati per diapedesi. I tentacoli che emettono e che nei vasi sanguigni li fanno aderire alla parete e li dispongono alla migrazione, li arrestano nelle lacune alla progressione e li fanno aggrovigliare fra loro fino all'esaurimento della forza iniziale ameboidea, avvenendo nello spazio linfatico ciò che Rahn ha ammesso per il trombo bianco vasale. Questa attività dei leucociti si esplica per due mezzi: meno per il calore e molto per l'ossigeno (Ranvier). Il trombo, una volta avvenuto, agisce da stimolo che per azione chemotassica richiama intorno a sè nuovi leucociti provenienti, soprattutto, da migrazione vasale. Questo trombo con infiltrazione circostante lo denomino per analogia, *infarto*. Ciò è dimostrato dall'esperienza, che avendo instillato l'acqua ossigenata di reazione neutra nel sacco congiuntivale di giovani galline, ho ottenuto, dopo 8 o 10 giorni, la congiuntivite nodulare, come si vede dalla figura N. 1 ricavata da preparati microscopici di palpebre di galline, così trattate. In questi preparati si osservano i trombi degli spazi linfatici e degli infarti in formazione; non che due bellissimi noduli, formati da più trombi l'uno presso l'altro.

Questa dimostrazione sperimentale è avvalorata da altre ricerche istologiche istituite su pezzetti di congiuntiva, asportati a quattro-ammalati di congiuntivite granulosa; cioè, di congiuntivite *follicolare*, congiuntivite *tracomatosa*, congiuntivite *papillare* da infezione

(1) Nella linfa dell'uomo i globuli bianchi sono 8200 per millimetro cubico, in confronto di quasi altrettanti nei vasi sanguigni, dove vi sono, in più, cinque milioni di globuli rossi sempre per millimetro cubico di liquido.

purulenta, e di congiuntivite *mista*, clinicamente accertate. — In quasi tutti i preparati si vede, però, che centro dei noduli non è solamente il trombo linfatico, ma ancora le glandule proprie della mucosa, che rimangono infiltrate e distrutte dall'attività ameboidea dei leucociti. L'attività chemotassica di queste glandule è di quelle ritenute di natura chimica da Leber e proviene dall'attività secretiva, aumentata morbosamente per disturbata innervazione. Per qual via poi l'ossigeno giunge ai leucociti e li eccita all'attività ameboidea?

Ciò che si è ottenuto con l'esperimento dell'acqua ossigenata risulta naturalmente dall'iperemia flussionale della congiuntiva in soggetti linfatici, in cui i leucociti dei vasi iperemici, eccitabili per condizioni discrasiche, entrano facilmente in attività ameboidea ed emigrano in mezzo ai tessuti, allorchè per la stasi sanguigna rimangono in contatto dei globuli rossi, sopraccarichi di ossigeno contenuto in essi allo stato di ossiemoglobina. Ai corpuscoli mobili del tessuto adenoideo l'ossigeno può essere importato anche dall'emorragia per diapedesi. L'iperemia può essere cagionata dall'infezione di parassiti, attecchiti e proliferati sulla congiuntiva; ma può essere anche la conseguenza, come hanno dimostrato Thoma e Recklinghausen, di semplici disturbi d'innervazione vasomotoria tra cui l'iperemia nevroparalitica da medicinale, come quella d'atropina, e l'altra importantissima e di recente studio da fatica oculare, in cui è alterato il riflesso vasomotorio, così detto da Luis Dor.

I preparati anatomici dimostrano altresì che la degenerazione fibrosa, ritenuta caratteristica del tracoma da De Wecker, da Saemisch e Moauro ed altri, si riscontra sotto forma di condensamento in grossi fasci connettivali intorno a cumuli di leucociti e glandule della mucosa congiuntivale nei preparati di congiuntivite follicolare (fig. 2.^a), di cui era affetto l'aiutante di Sanità Grossi, od in fasci sottili cicatriziali intorno a nuclei epitelioidi e glandule lagrimali accessorie del giovanetto Lauro (fig. 3), affetto da tracoma, ovvero allo stadio di fibroblasti nel soldato Mariulo (fig. 4), affetto da congiuntivite purulenta e nel soldato infermiere De Marzio (fig. 5), affetto da congiuntivite mista.

In tutti questi casi i cumuli, i quali appariscono, nella maggior parte di essi, di cellule epitelioidi, sono di cellule linfoidi mononucleate, che, secondo Ziegler e Metchnikoff, si confondono con le cellule epitelioidi vere. La differenza si desume dal colore grigio

chiaro o rossiccio, che si manifesta negli elementi cellulari quale reazione in contatto dell'ematossilina ed eosina, usate nella preparazione microscopica dei tagli; mentre che le cellule epitelioidi vere si colorano intensamente in bleu (Metchnikoff). Di più si desume dall'assenza completa, per quante ricerche si facessero, di cellule endoteliali e fisse in attività di cariocinesi, non che dalla deformità svariata di dette cellule, le quali dimostrano di essere arrestate dai liquidi fissatori energici usati (acido osmico e sublimato) nel loro movimento ameboideo, improvvisamente, cioè senza poter riprendere la loro forma rotonda; mentre che gli epiteli veri, di origine soprattutto endoteliale, sono immobili (Metchnikoff).

In tutti i preparati si vede altresì che la trasformazione connettivale è data dal condensamento in grossi fasci connettivali del tessuto finamente reticolato della mucosa e da neoformazione. Questa è dovuta ai soli elementi linfatici che, come si vede nella fig. 5, da rotondi diventano allungati con partecipazione del nucleo, formando i veri fibroblasti di Cohnheim (Fuchs, Staderini, Villard). Le cellule fisse del connettivo e gli endotelii vasali, a cui Ziegler, Marchand e Tillmanns attribuiscono, soltanto, tale trasformazione si vede chiaramente che non vi prendono parte, e la loro partecipazione, per non negarla in tutti i casi, non si avvera, probabilmente, se non quando i noduli tracomatosi subiscono la fase ulcerativa, detta così erroneamente da Rähmann. Questo esito del nodulo tracomatoso è raro, secondo Müller e Satler ed è considerato, invece da Addario, come la fase involutiva ordinaria del tracoma.

Il nodulo, detto erroneamente follicolare, e quello tracomatoso hanno, adunque, gli stessi caratteri anatomici e non differiscono se non per la sede, per la data di loro origine e per lo stadio del connettivo neoformato. Sono ambedue produzioni patologiche e la somiglianza dei primi ai follicoli linfatici, riscontrata da Moauro e da Addario è inesatta; sia perchè ciò che essi credettero *macula germinativa* non è che la reazione ai colori prodotta da leucociti dei cumuli centrali necrosati od in via di degenerazione; sia per la presenza nel nodulo di numerose cellule linfatiche mononucleate e polinucleate, mentre che nei follicoli sono tutti linfociti; sia per l'intensa iperemia nel nodulo e disposizione dei vasi sanguigni che seguono quella vasale della congiuntiva e non quella della rete in-

torno ad un centro, come di organismo a sè, qualè quella del follicolo.

Nè il nodulo tracomatoso ha i caratteri del tubercolo, come credero Leber e Virchow, per la mancanza costante della degenerazione caseosa degli elementi centrali del nodulo.

La presenza di questa degenerazione se non è considerata più da Ziegler, contrariamente al parere di Laennec, quale carattere patogenomico del tubercolo, potendo essere la conseguenza di altre cause, la sua assenza depone, fuori dubbio, contro la natura tuberculare del nodulo. Anche la degenerazione fibrosa, ch'è l'esito costante del nodulo tracomatoso, dimostra la sua differenza dal tubercolo, in cui, ordinariamente, la fase di neoproduzione connettivale è minima in confronto di quella distruttiva del tessuto proprio.

All'invasione dei leucociti in attività ameboidea attraverso la congiuntiva si devono non solo le diverse forme nodulari e la loro degenerazione fibrosa, ma altresì la trasformazione dell'epitelio di rivestimento da cilindrico in epitelio pavimentoso stratificato, come fu riconosciuto anche per altre mucose, in preda a catarro intenso o cronico, da Bumm. Ciò si rileva bene nei preparati, specialmente, del soldato Mariulo, affetto da congiuntivite purulenta. In questo individuo, durante l'intensa iperemia, si sono osservati gli epitelii proprii, già nella massima parte distrutti e sostituiti da elementi cellulari piani stabili, che formano nel corion delle gittate a forma di zaffi epiteliali. Qua e là le poche zone residuali degli elementi epiteliali preesistenti, specialmente dello strato rigenerativo, sono infiltrate da leucociti ed in preda a degenerazione mucosa, senza il più piccolo esempio di cariocinesi, che, d'altronde, non è pure concepibile in questo periodo di attiva fagocitosi. In tal caso si ha adunque un vero esempio di metaplasia, che trova riscontro fisiologico nei pozzi linfatici del centro frenico di Ranvier, il cui contenuto di cellule linfatiche sostituisce nella vita normale gli endotelii peritoneali (Duval) ed una conferma delle osservazioni di Burkard e Rindfleisch, che credono possibile il generarsi degli epitelii dalle cellule connettivali.

Ammissa l'unicità di origine ed evolutiva delle diverse congiuntiviti nodulari, è necessario mantenere per la pratica, la divisione delle congiuntiviti nodulari in *papillari*, *follicolari* (meglio follicolari-formi), *tracomatose* e *miste*. Nella 1^a prevalgono le alterazioni so-

prattutto epiteliali, cui si aggiunge superficialissima degenerazione fibrosa; nella 2.^a predominano le alterazioni di raddensamento alla neoproduzione connettivale, negli strati superficiali ed intorno ai noduli; nella 3.^a la degenerazione fibrosa devesi quasi del tutto alla neoproduzione connettivale, che finisce nella fase cicatriziale; nella 4.^a la forma papillare si accoppia a quella tracomatosa.

In conclusione, i noduli delle congiuntiviti granulose non sono di natura specifica, nè di natura tubercolare, e tanto meno possono formare la categoria speciale de' tumori detti granulomi da Virchow, i quali per avere fasi progressive e regressive, sono, come giustamente ha notato Durante, da ascriversi alle produzioni infiammatorie.

Definisco, adunque, tutti insieme tali noduli congiuntivali (all'opposto di Haab, che dichiarò il solo tracoma un processo infiammatorio infettivo del tutto speciale, che non ha luogo in altre mucose) un *processo infiammatorio, che può essere cagionato anche da infezione, speciale nella forma e comune a tutte le mucose* (come dimostrerò in seguito) *con spiccata tendenza alla formazione di vegetazioni nodulari, che subiscono la degenerazione fibrosa, a preferenza per neoformazione, di origine, quasi sempre, linfatica e di cui i nuclei primordiali sono gli infarti linfatici o l'infiltrazione leucocitaria delle glandule proprie, provocati da disturbi vasomotorii e secretivi, in soggetti, a preferenza giovani e linfatici.*

Parte III.^a

In questa ultima parte dimostro per sommi capi, che alla genesi comune ed all'uniformità di struttura delle granulazioni congiuntivali per le considerazioni fatte in precedenza, siano da aggiungersi quelle dei noduli erpetici, del calazio, dell'episclerite ed infine quelle di alcune lesioni dell'apparecchio naso-lagrimal, della mucosa naso-faringea e della cassa del timpano.

Badal descrisse per il primo l'influenza dell'astenopia sull'apparecchio naso-lagrimal; tutti riconoscono ormai le congiuntiviti funzionali, quali conseguenze della ipotonia del muscolo ciliare e Cirincione e Moauro descrissero la diffusione dal tracoma congiuntivale al sacco e condotto naso-lacrimal. Riferisco la storia del calazio e i dubbi, che ancora ne avvolgono la patogenesi, la quale in conclusione sottopongo alla causa unica leucocitaria detta innanzi.

Riporto, per il nodulo della congiuntivite erpetica, la definizione di Fuchs, che ricorda perfettamente la struttura degli altri noduli congiuntivali. Dimostro poi che almeno in primo tempo il panno vascolare non si debba riferire a neo-formazione vasale. I vasi, che si formano rapidamente sulla cornea e spesso svaniscono senza traccia, sono la conseguenza di emorragia per diapedesi delle anse terminali del limbus da cui i globuli rossi passano nei canalicoli linfatici corneali e nella rete vasale atrofica fetale di Müller sotto-epiteliale; vasi che con il tempo restano ispessiti nella parete da tessuto sclerotico neo-formato. La clinica poi dimostra l'influenza delle affezioni oculari sulla mucosa naso-faringea, di cui l'anatomia conferma l'analogia delle alterazioni istologiche con quelle congiuntivali. A dimostrare tale analogia di struttura posseggo preparati microscopici fatti dalla mucosa nasale di un soldato affetto da lagrimazione all'OD. per dacriocistite-catarrale, che operai di asportazione del cornetto inferiore ipertrofico e con degenerazione granulosa della mucosa; poi altri preparati fatti da vegetazioni dello spazio naso-faringeo, pure da me asportate con il coltello di Gottstein. In ambedue i casi, da cui ritrassi i disegni per le figure 6.^a e 7.^a si riscontrano noduli intorno a cumoli, rarissimi nella mucosa nasale in cui, invece, abbondano quelli di origine dalle glandule, qui numerose; sono viceversa, frequentissimi i cumoli nelle vegetazioni adenoides, dove si rinvengono abbondanti masse delle solite cellule epitelioidi ed anche alcune cellule giganti.

Dall'uniformità delle lesioni anatomiche e dalla coincidenza di causa ed effetto in numerosi casi clinici sono giunto alla conclusione:

1.^o Che la congiuntiva ed altre parti dell'occhio, la mucosa naso-faringeo, quella della cassa del timpano ed il condotto auditivo esterno attingono spesso alla medesima sorgente nelle loro manifestazioni patogenetiche, flussionali, ipersecretive ed iperplastiche.

2.^o Un centro comune a tutte queste superficie non può essere che di natura nervosa; ed il plesso ciliare, il quale ha relazione per mezzo dei nervi naso ciliari con il naso, del ganglio sfeno-palatino con le coane e mediante la 2.^a radice sensitiva di questo ganglio (nervo di Jacobson) con il faringe e la cassa del timpano, si presta bene a tale interpretazione.

3.^o Nel plesso ciliare, che ha azione prevalentemente vasomotoria e secretiva, avvengono delle nevrosi, provocate dall'azione tos-

sica delle sostanze riduttive del muscolo ciliare in preda alla fatica, cioè all'astenopia accomodativa, frequentissima negli ipermetropi; i veri predestinati, secondo Badal, alle dacriocistiti ed alle congiuntiviti funzionali.

*
* *

Delle conseguenze morbose della fatica oculare conosciamo ben poca cosa, cioè l'astenopia ed i pochi disturbi funzionali suddetti e la miopia (Bouchard). Louis Dor, in una recente ed importante pubblicazione, ha provato di studiare diverse conseguenze da fatica oculare, ed ha descritto le alterazioni, per la fatica stessa, di numerosi riflessi, secondo i quali, a parer suo, si esplica tutta la funzione oculare.

Ha attribuito grande importanza ai riflessi vascolari, che ha dichiarato poco o niente conosciuti e di cui, perciò, non ricerca neanche i centri degli archi diastaltici, come ha fatto per gli altri riflessi.

Sono le conseguenze di questi riflessi, alterati dalla fatica oculare, che ho intrapreso a studiare clinicamente ed anatomicamente.

Il centro degli archi diastaltici di essi è nelle cellule ganglionali del plesso ciliare, che, disposto a forma di rete intorno ai fasci del muscolo ciliare, ne subisce direttamente l'influenza deleteria dei prodotti riduttivi, derivanti dal muscolo affaticato, come quando, in condizioni di rifrazione ipermetropica, si espone alla viva luce del sole, alla polvere o ad un prolungato lavoro di vicinanza, ecc.

Avvengono allora disturbi vascolari non solo negli occhi, nella mucosa naso-faringea ed, alle volte, anche in quella della cassa del timpano; ma in special modo nel tessuto erettile sottomucoso del turbinato inferiore e del condotto naso-lagrimal.

Se la flussione è forte, questo condotto si può occludere temporaneamente, cagionare lagrimazione e soprattutto il ristagnarsi dei liquidi nel sacco congiuntivale, che può divenire, così, terreno propizio alla proliferazione dei parassiti, che vivono abitualmente in esso.

Ciò per la nota legge generale di batteriologia che il moto dei liquidi colturali impedisce lo sviluppo dei parassiti; viceversa, con l'immobilità i parassiti proliferano tanto più, per quanto questi provengono da focolari infettivi più recenti.

Per esempio, soldati ammalati di congiuntivite purulenta, che marciano e coabitano agglomerati agli altri, spiegano così, per la predisposizione transitoria individuale, la diffusione della malattia senza la necessità di attribuire a germi infettivi un'attitudine speciale maggiore di quella di altri parassiti comuni. Si possono avere in tal modo delle vere epidemie, come quelle del passato secolo. Indipendentemente dalle iperemie cagionate da infezioni congiuntivali, le quali tumultuariamente possono provocare nella mucosa delle produzioni nodulari, la fatica oculare, oltre a predisporre gl'individui alle infezioni congiuntivali nel modo anzidetto, può, per se sola determinare in diverse parti dell'occhio, nel naso, nella gola e nell'orecchio delle alterazioni anatomiche e funzionali, che ho riepilogato in un quadro sintomatico, avvalorandolo con un certo numero di storie cliniche.

Ho desunto l'influenza degli occhi sull'orecchio da casi clinici, di cui ne ho riportato due che credo i più dimostrativi.

L'orecchio la subisce per mezzo del nervo di Iacobson, che forma con le cellule ganglionali nella mucosa della cassa un plesso simile a quello ciliare. Esso ha rami vascolari, che possono essere influenzati da alterazioni della mucosa naso-faringea, a preferenza, ma, alle volte, anche di quelle oculari.

L'iperemia della mucosa auricolare produce, come nella congiuntiva, lesioni nodulari che terminano nella sclerosi, la quale si può avere anche per infezione. Cosicchè l'otite sclerotica, che non è esatto separarla dalla otite secca, come vuole Grazi, nè di denominarla otite catarrale secca, come la designa Trölsch, poichè il catarro suppone l'essudato catarrale, nè di crederla sempre la conseguenza d'infezione della mucosa della cassa, come stima Gradenigo, non è altra cosa, che una affezione iperplastica della mucosa timpanica, che ha origine, ordinariamente, da alterazioni dei riflessi vasomotorii, i quali, come nella congiuntiva, apportano lesione nodulare e la sclerosi.

In breve, l'otite sclerotica è la conseguenza del tracoma della mucosa timpanica.

In tal modo spiegasi il vantaggio che si ottiene dalle iniezioni di stricnina da me sperimentate e trovate utilissime nell'inizio dell'otite sclerotica. La stricnina agisce sulle fibre-cellule delle pareti vasali, ma, più di tutto, sui centri nervosi degli archi diastallici vasomotorii esauriti, rinforzandone l'azione inibitoria.

Questo nuovo concetto etiologico e patogenetico delle malattie oculari da fatica e quello della relazione fra gli occhi e le mucose naso-faringo-auricolare costituiscono la base della cura, che, da più di due anni, eseguo nell'Ospedale Militare di Napoli. Essa tende:

1° a ricostituire l'organismo, raggiungendo ciò a preferenza, con l'olio di fegato di merluzzo e con bagni di mare.

2° a diminuire l'eccitabilità dei riflessi vasomotorii e secretivi mediante il riposo oculare ed, in special modo, con lo stare in camera oscura e, nei casi lievi, portando lenti di conserva. Si ottiene pure con collirio di antipirina, a cui, in caso di spasmo, si aggiunge l'atropina in minima parte; mediante la sottrazione sanguigna alle tempie od anche dal cornetto inferiore; infine con le iniezioni di stricnina, metarsolo e cacodilato di sodio, che giovano moltissimo per il loro potere tonico-nervoso.

3° a distruggere i noduli già formati, mediante lo schiacciamento con la pinza di Knapp, per la congiuntiva; con una pinza speciale mia, per le granulazioni al faringe; infine, mediante il raschiamento del condotto naso-lagrimal e spazio naso-faringeo con cucchiaio tagliente da me costruito. Questi mezzi chirurgici curativi, cioè di schiacciamento od asportazione delle vegetazioni esuberanti, accelerano notevolmente l'esito di guarigione ed evitano i diverticoli e le stenosi cicatriziali, conseguenze delle degenerazioni fibrose estese e dei grossi fasci connettivali, necessari a sclerotizzare il nodulo.

Nell'infiltrazione diffusa di leucociti si ottiene il ritorno di essi nel circolo linfatico mediante la soluzione di sublimato, il quale, per trasformarsi in albuminato di ossido di mercurio, esercita un potere deossidante sui tessuti e sui leucociti, che, privati dell'ossigeno, ritornano allo stato di vita latente e perciò in circolazione.

Esso attiva così la circolazione linfatica e sanguigna. Ciò ho desunto dagli esperimenti di M. Müller e Dorvault e da quelli fatti da me sul mesentere di rane, non che dalla grande tolleranza della cornea e congiuntiva per soluzioni di sublimato anche forti e dal vantaggio che da esso ritraggono, allorchè sono infiltrate quelle membrane.

Gli stessi concetti regolano anche la cura delle dacrio-cistiti catarrali e del flemmone del sacco. Ordinariamente l'ostacolo sorge nello sbocco inferiore del condotto naso lagrimale a causa del cornetto ipertrofizzato dalla fatica oculare. In molti casi la dacrio-cistite

catarrale è scomparsa dopo la semplice resezione del turbinato inferiore.

Questa operazione dovrà essere il complemento di ogni cura del flemmone del sacco, che divido in tre tempi :

1° Apertura del sacco lagrimale con incisione ch  comprende il ligamento laterale interno. La recisione di questo ligamento   indispensabile a paralizzare l'azione dell'orbicolare (muscolo aspiratore delle lagrime nel sacco) di contro al m. di Horner, il quale, secondo me e contrariamente al parere di Scimemi,   il muscolo antagonista del precedente (muscolo detrusore del sacco) ed   indebolito dall'ostacolo e dal flemmone stesso. Svuoto, raschio, caustico e zaffo il sacco in questo primo tempo ed aspetto 3 o 4 giorni per procedere, in 2° tempo, alla stricturotomia del condotto con il coltellino di Weber e dalla ferita praticata in precedenza. Compio il raschiamento, che Tartuferi fa mediante strumenti speciali ed io eseguo con cucchiaino tagliente doppio saldato ad una sonda flessibile di Weber. Caustico il condotto ed introduco immediatamente un cateterino elastico N. 6 della filiera francese, che lascio a permanenza per 4 o 5 giorni. Nel 3° tempo resego il turbinato inferiore mediante una pinza a gomito e la sega nasale di Beckmann.

Finch    aperta la fistola chirurgica del sacco, attraverso di essa introduco, giornalmente, nel condotto una sonda conica di Weber, onde modificarne le pareti. Cicatrizzata la piaga continuo il passaggio delle sonde per alcuni giorni; perch  ricorro a quelle graduate di Bowman, che immetto nel condotto dai punti lagrimali. In tal caso per rendere accessibile il condotto alle sonde N. 3 e 4, sufficienti allo scopo, incido la sola papilla lagrimale e piccola parte del dottolino lagrimale, tenendo per norma di risparmiare per la regolare funzione dell'eliminazione lagrimale, come consiglia De Wecker, quanto pi    possibile le diverse parti dell'apparecchio nasolagrimale.

Nelle ostruzioni del condotto naso-lagrimale   necessario iniziare la cura mettendo subito a riposo l'accomodazione.

CONCLUSIONE

Dopo tale esposizione concludo nella

PARTE I.^a

- 1.° Che l'epidemie, al principio del passato secolo, divulgarono il tracoma, fino allora poco conosciuto, e poi ne hanno alimentato il concetto della specificità.
- 2.° Che Satler fornì a questa specificità la prima e più seria prova, a cui si sono contrapposte altre numerose ricerche le più inverosimili.
- 3.° Che da ciò sono derivate la confusione negli apprezzamenti e l'incertezza nella diagnosi, le quali danno valore, ormai, al concetto opposto alla specificità del tracoma, da considerarsi, invece, quale conseguenza di condizioni anatomiche della congiuntiva.

PARTE II.^a

- 1.° Che le numerose ricerche anatomiche fatte sul tracoma non convengono sulla natura ed esito del nodulo tracomatoso.
- 2.° Che l'etiologia del tracoma è anatomica e si basa sulla struttura adenoidea della congiuntiva ricca di spazii linfatici e di cellule mobili.
- 3.° Che le cellule linfatiche stimulate all'attività ameboidea dall'ossigeno fornito dai globuli rossi, formano, negli spazii linfatici dei trombi simili a quelli bianchi di Zahn; ovvero infiltrano le glandole proprie della mucosa, divenendo gli uni e le altre centri dei noduli, eguali sia nella congiuntivite sperimentale, come in quella tracomatosa, follicolare, purulenta e mista e conseguenza di disturbi riflessi vasomotori e secretivi.
- 4.° Che in tutte queste malattie nodulari della congiuntiva avvengono alterazioni degenerative connettivali di natura iperplastica ed ipertrofica.
- 5.° Che la neoplasia connettivale, come la metaplasia degli epitelii di rivestimento sono di origine leucocitaria.

PARTE III.^a

1.° I disturbati riflessi vasomotori e secretivi della congiuntiva producono, pure, l'epete, il calazio, la blefarite marginale, le ostruzioni del condotto naso-lagrimal, e si riverberano anche sulla mucosa naso-faringea ed auricolare, determinando lesioni nodulari simili a quelle della congiuntiva.

2.° Che centro vasomotorio e secretivo degli occhi, e, spesso, delle mucose vicine è il plesso ciliare, il quale, posto intorno ai fasci del m. ciliare, subisce l'influenza dei prodotti riduttivi di questo muscolo, in preda alla fatica, facile negl' ipermetropi.

3.° Che l'influenza della fatica oculare sul condotto naso-lagrimal ne spiega la facile ostruzione e dà ragione delle epidemie di tracoma.

4.° Che conseguenze anatomiche della fatica oculare sono tutte le affezioni nodulari delle mucose oculo-naso-auricolari, contro le quali la cura dovrà tendere: 1.° a migliorare le condizioni generali dell'organismo, 2.° a calmare l'eretismo del plesso ciliare, 3.° a favorire il riassorbimento dei noduli.



Estratto dagli « Annali di Ottalmologia » XXXIII, 1904.



Figura 1.^a

Palpebra di gallina, trattata con collirio di acqua ossigenata. Fiss. con liq. di Zenker. Coloraz. dei tagli con ematossilina ed eosina. - *A.* Presso il margine libero della palpebra. - *B.* Presso la piega di passaggio. - *C.* Superficie cutanea. - *D.* Superficie mucosa. - *N. i.* Nodulo infiammatorio. - *I. n.* nodulo infiamm. in formazione. - *T. r.* cumuli o trombi linfatici di soli corpuscoli bianchi in spazii linfatici. - *V.* vasi sanguigni. - *C. o.* correnti di leucociti verso la superficie mucosa. - *E. p.* epiteli infiltrati di leucociti e dissociati in lamine. - *E. s.* essudato coagulato con leucociti. - *C. p.* cumuli di globuli rossi e di leucociti in spazii linfatici.



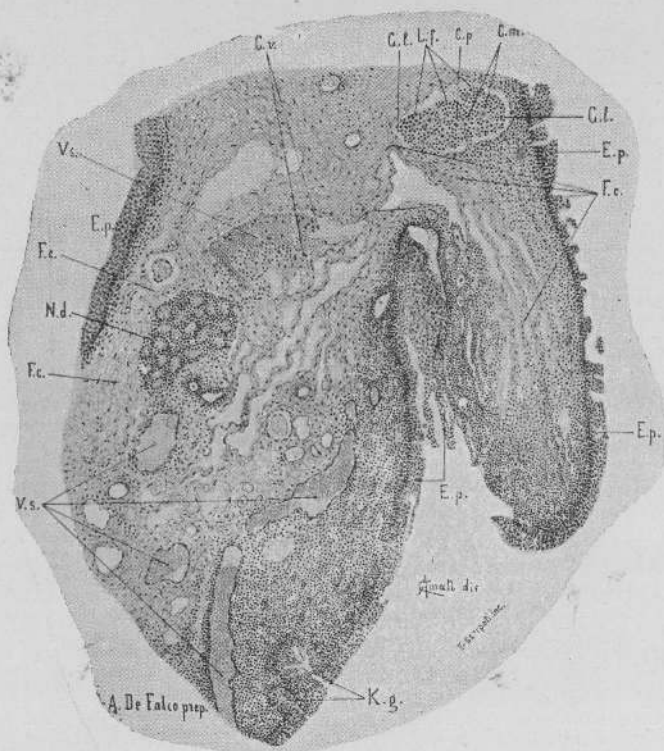


Figura 2.^a

Piccolo pezzo di congiuntiva affetta da congiuntivite follicolare, clinicamente accertata. Il pezzetto di congiuntiva, preso da quella di passaggio inferiore, cosparso di noduli, fu fissato con il liquido di Flemming; indi i piccoli tagli, fissati su vetrini coprioggetti, furono trattati con il nuovo metodo per la doppia colorazione di Garbini, e con emallume ed eosina previa immersione dei tagli e per mezz'ora, nell'acqua ossigenata. All'ultima reazione si diede la preferenza in questi e negli altri preparati per la marcata differenza, che ne risulta, fra i globuli rossi ed i bianchi.

G. I. grosso cumolo di leucociti in uno spazio linfatico ectasico. - **C. m.** cellule linf. mononucl. - **C. p.** cel. linf. polinucleate. - **L. f.** linfociti - **F. c.** fasci connet. di nuova formaz. ed ottenuti, in buona parte, per raddensamento. - **E. p.** epitelio cilind. infiltrato, dissociato e vacuolizzato. - **N. d.** glandula lagrim. accessoria infiltrata ed, in parte, dissociata da leucociti, centro di un nodulo profondo. - **N. g.** gland. di Henle con epitelio cilind. infiltr. e vacuoliz. centro di un nod. superficiale. - **V** vasi sanguigni ripieni di glob. rossi. - **C. v.** Cell. linf. mononu. in attività ameboidea e disposte lungo la parete dei capillari **V. s.**



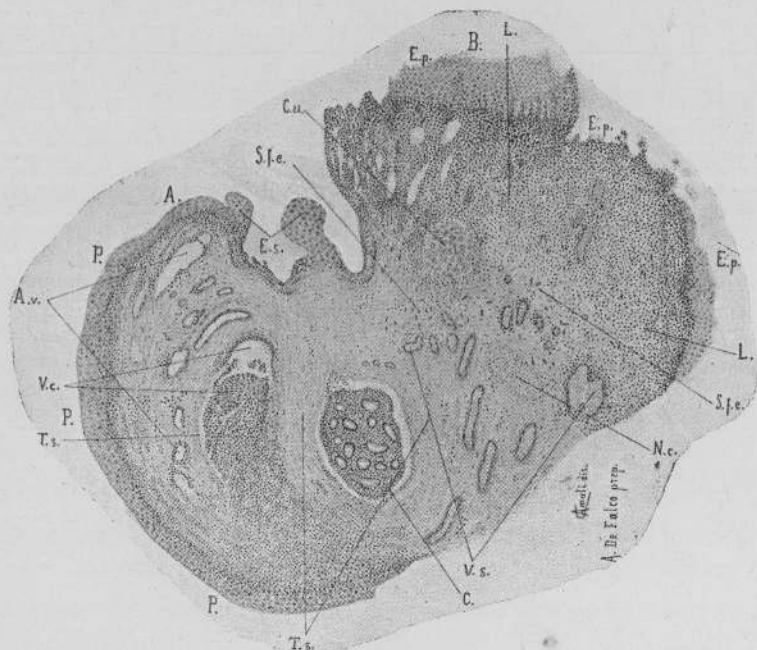


Figura 3.^a

Pezzetto di congiuntiva affetta da tracoma caratteristico recidivo. Fiss. con liq. di Zenker e color. con emallumè ed eosina.

A. nodulo antico svuotato, in precedenza, mediante lo schiacciamento con la pinza di Knapp. - **V. c.** apertura con zaffo di cellule epitelioidi ed attraverso cui si è vuotato il nodulo. - **C.** nodulo tracomatoso formatosi intorno ad una glandula lagrimale accessoria. - **T. s.** tessuto cicatriz. dei nod. vecchi. - **B.** nod. di recente formazione - **C. n.** cumulo di cellule epitelioidi deformate e disgregate, disegnate ad ingrandimento maggiore del resto - **N. c.** cumulo di cellule epitelioidi d'ingrandimento eguale al resto - **L.** infiltrazione di leucociti a preferenza linfociti - **S. f. e.** proliferazione connettivale e cellule epitelioidi - **E. p.** epitelio pavimentoso stratificato, dissociato sul nodulo recente. - **V. s.** vasi sanguigni pieni di glob. rossi. - **A. v.** vasi sang. e linfatici nel nodulo vecchio, vuoti di elementi. - **P.** epitelio pavimentoso stratificato non dissociato intorno ai nod. vecchi.



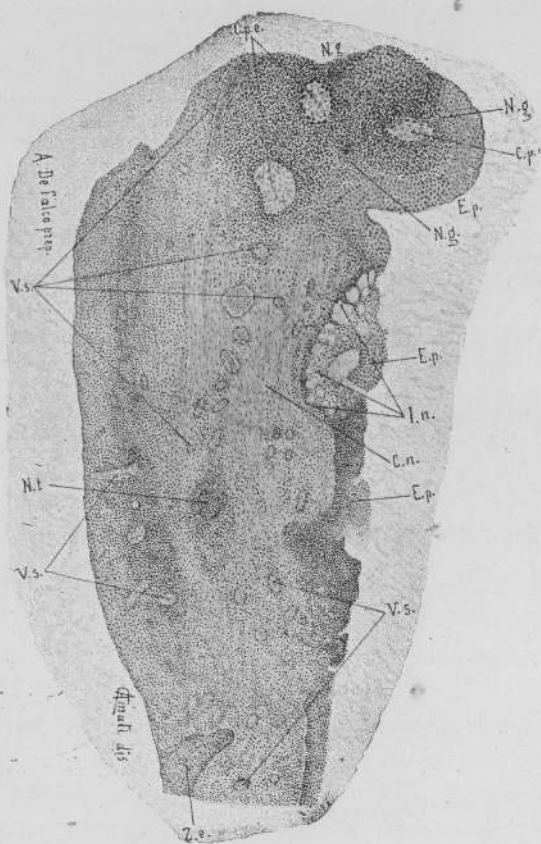


Figura 4.*

Pezzo di congiuntivite purulenta cagionata dal comune stafilococco albo. Fissaz. nel liq. cloro-mercurico acetico e coloraz. dei tagli con emallume ed eosina.

E. p. epitel. paviment. stratificato di recente formazione. - **I. n.** infossamento della membrana basale e residui d'epitelio preesistenti vacuclizzati e con degenerazione mucosa. **V. s.** vasi sang. ricolmi di glob. rossi. - **N. l.** cumulo di leucociti in un nodulo in formazione. - **Z. e.** zaffo epiteliale proveniente dall'epitelio superfic. di nuova formazione. - **C. n.** connettivo di nuova formazione - **C. p. e.** cumuli di cellule epitelioidi deformate ed in via di disgregamento, centri di un grosso nodulo **N. g.**, e disegnati ad ingrand. maggiore del resto. - **N. g.** nodulo linfatico già formato con tre cumuli che lo infarciscono.



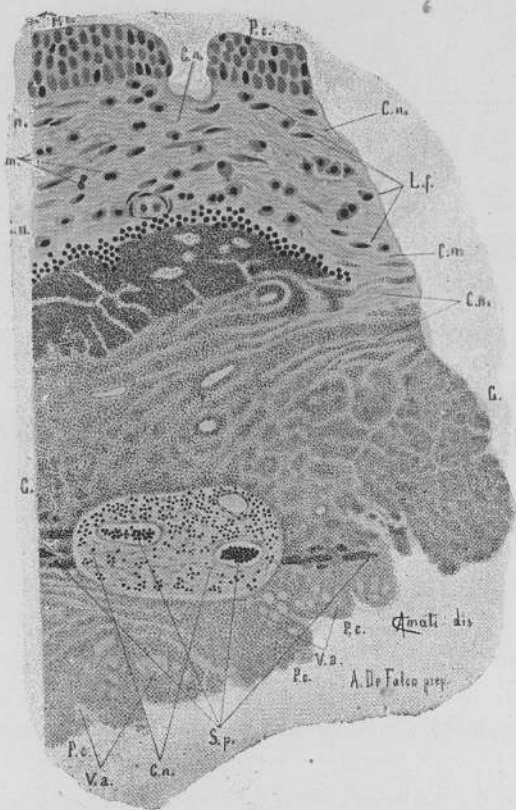


Figura 5.^a

Pezzetto di congiuntiva con tracoma misto - Fissaz. con liquido cloro-mercurico-acetico - Coloraz. con emallume ed eosina.

G. grosso nodulo infiltrato di corpuscoli linfatici e solcato da trabecole connettivali di nuova formazione - **S. p.** spazii linfatici con trombi di leucociti - Due cumoli linfoidi sono stati disegnati ad ingrandimento maggiore dei restanti - **C. n.** Fasci connettivali di nuova formazione con cellule epitelioidi e fibroblasti, disegnati nel tratto sottoepiteliale ad ingrandimento maggiore del resto - **L. m.** cellule epitelioidi in evidente attività di moltiplicazione diretta - **L. f.** cellule epitel. in attività di trasformazione in fibroblasti - **P. c.** epiteli di rivestimento di nuova formazione disegnati ad ingrandimento maggiore del resto - **V. a.** vacuolizzamento e degenerazione mucosa degli epiteli preesistenti.



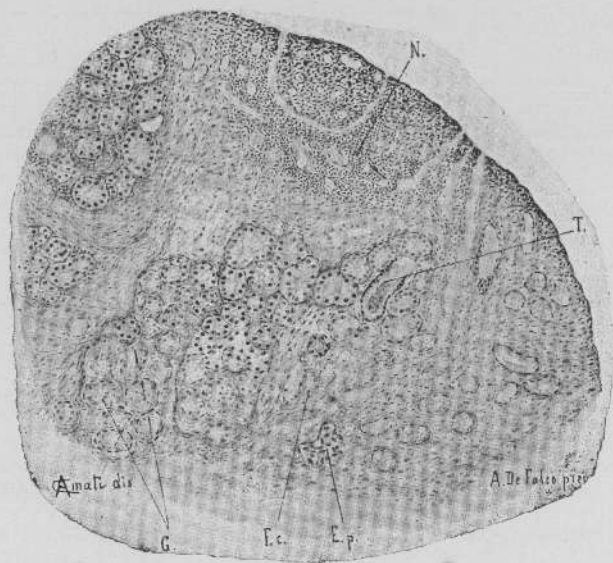


Figura 6.^a

Mucosa del cornetto inferiore asportato ad un soldato affetto di dacriocistite catarrale - Fissaz. nel liquido cloro mercurico acetico - Colorazione con emallume ed eosina.

G. noduli nello stadio cirrotico con glandula mucosa infiltrata ed in via di degenerazione - **F. c.** fasci connettivali di nuova formazione che strozzano nella loro retrazione cicatriziale le glandule - **E. p.** cumulo di cellule epitelioidi - **T.** glandula dissociata nei suoi elementi secretivi che hanno subito la degenerazione mucosa - **N.** nodulo allo stadio d'infiltrazione.



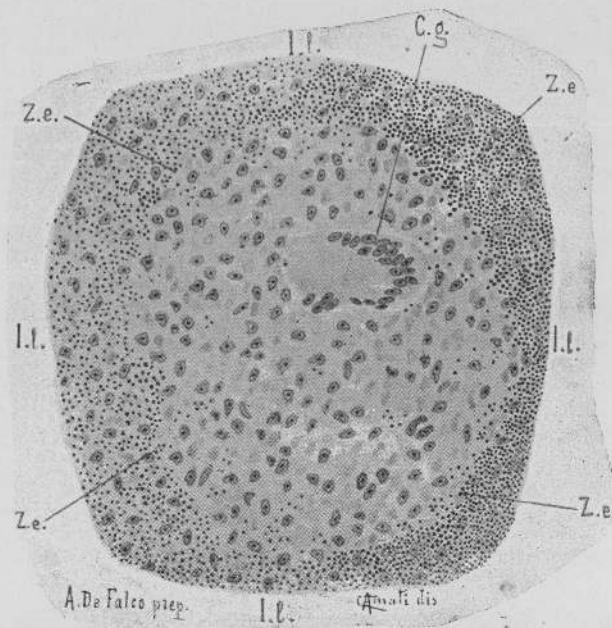


Figura 7.a

Vegetazioni adenoidee asportate dello spazio naso-faringeo dello stesso individuo, affetto da tracoma esaminato innanzi - Fissaz. nel liquido di Zenker e colorazione con emallume ed eosina.

Z. e. cumulo di cellule epitelioidi deformate o disgregate - **C. g.** cellula gigante - **I. I.** infiltrazione, a preferenza, di linfociti, circostanti al cumulo epitelioido.



ERRATA-CORRIGE.

Pag. 11 verso 26 « *Trölsch* » correggasi « *Trölsch* »

» 13 » 19 « *resego* » » « *asporto* »

Spiegaz. Fig. 2.^a dice: *N. g.* gland. di Henle ecc. correggasi *K. g.* gland. di Henle.

Spiegaz. Fig. 3.^a *C. n.* cumulo di cellule ecc. correggasi *C. u.*

Spiegaz. Fig. 4.^a *N. l.* cum. di leucociti, correggasi *N. t.*

Fig. 5.^a nel lato sinistro le lettere dimostrative *n.*, poi *m.* ed *n.* leggansi *C. n.*,
poi *L. m.* ed infine *C. n.*

