

BIBLIOTECA
LANCISIANA

BIBLIOTECA MEDICA
MISCELL
A 13
9
ROMA 1895

COMM. PROF. CESARE PAOLI

LA CATERATTA

DEL MIGLIORE PROCESSO OPERATORIO DI ESTRAZIONE

LEZIONE

detta agli Studenti nell'anno 1894-95

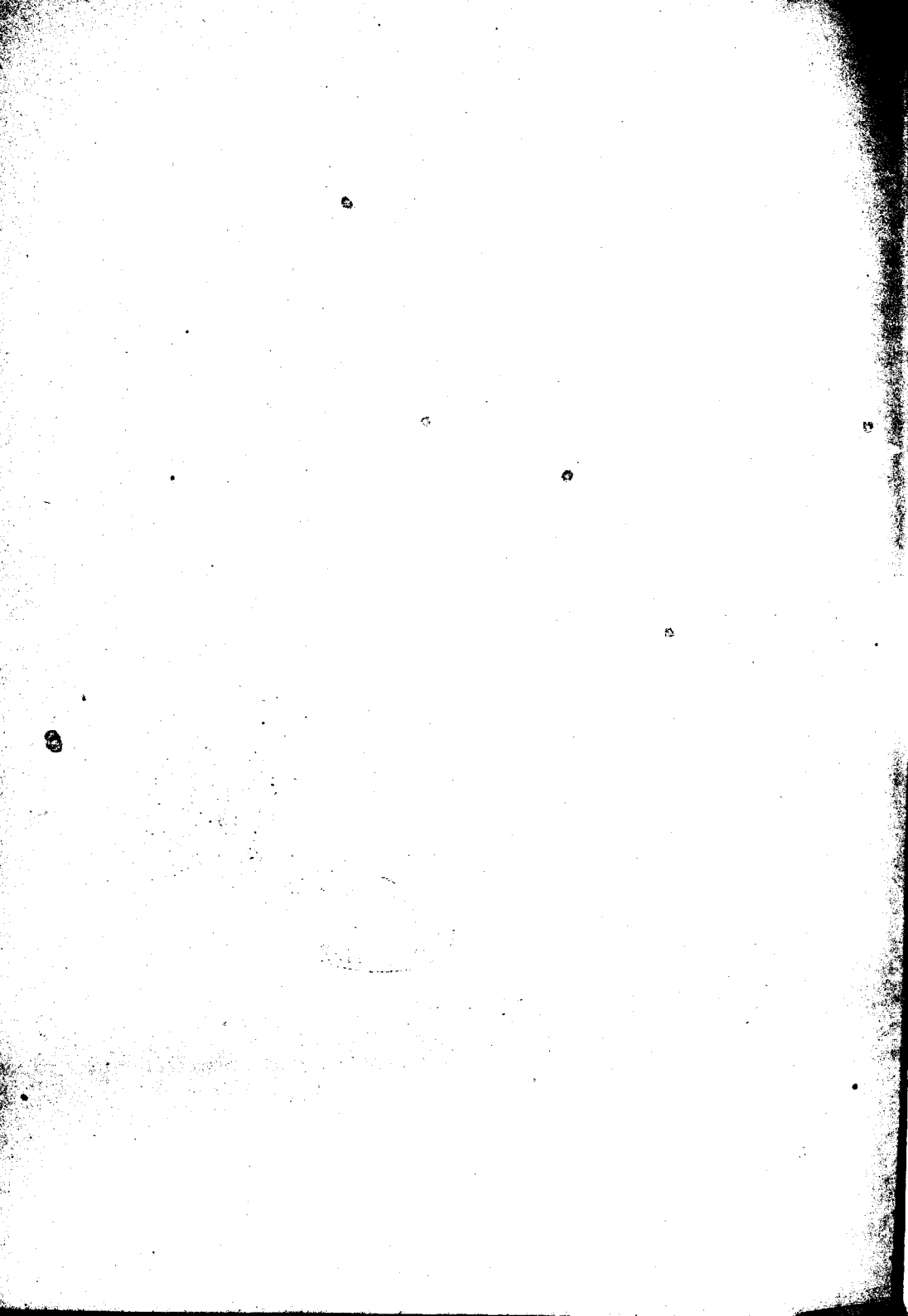
DAL
PROFESSORE DI CLINICA OCULISTICA
IN FIRENZE



FIRENZE

STABILIMENTO TIPOGRAFICO G. CIVELLI

1895.



COMM. PROF. CESARE PAOLI

LA CATERATTA

DEL MIGLIORE PROCESSO OPERATORIO DI ESTRAZIONE

LEZIONE

detta agli Studenti nell'anno 1894-95

DAL

PROFESSORE DI CLINICA OCULISTICA

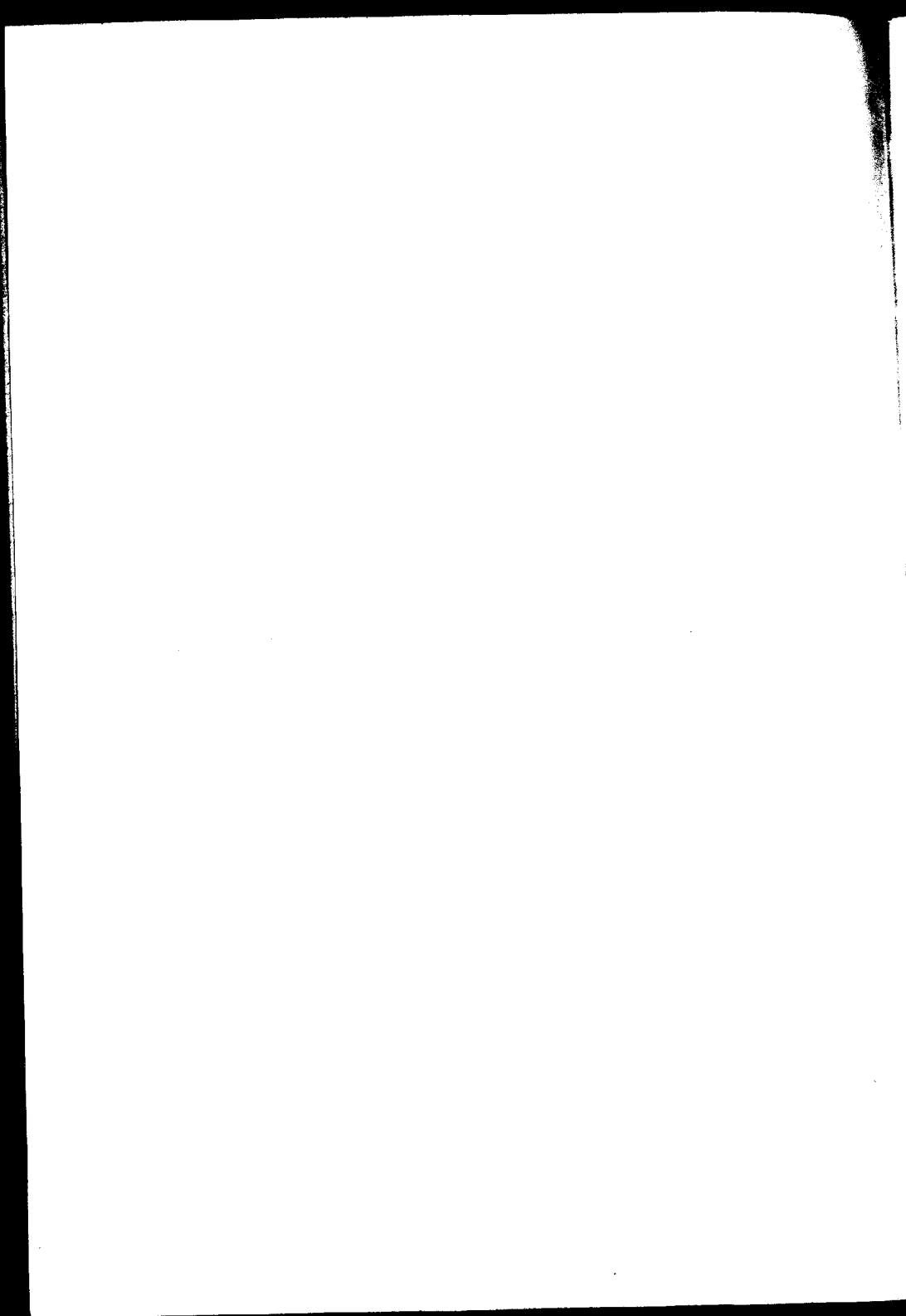
IN FIRENZE



FIRENZE

STABILIMENTO TIPOGRAFICO G. CIVELLI

1895.



Agli Studenti dell'anno Accademico 1895-96



Giovani Egregi,

*A voi offro la Lezione che tratta della Cateratta e del
processo operatorio migliore per eseguirne l'estrazione.*

*Credo che questa vi sarà molto utile durante l'esercizio
della vostra professione.*

*Accettatela come segno dell'affetto che ha avuto sempre
per Voi*

Il Prof. di Clinica Oculistica

CESARE PAOLI



Giovani Egregi,

Le malattie endoculari sono molte e svariate, ma una delle più frequenti è quella che si distingue col nome di *Cateratta*.

Quest' affezione oculare era conosciuta fino dai tempi i più remoti, ed è perciò che ha dato luogo a lunghi studî e a prolungate discussioni, e non è esagerato il dire che poche affezioni del nostro corpo hanno occupata la mente degli specialisti quanto questa.

Dapprima si è disputato per conoscerne la sede, quindi la composizione anatomica, successivamente quali ne potevano essere le cause, e finalmente quale fosse il modo migliore di cura. E tanta incertezza era prodotta perchè dagli antichi scrittori si riteneva per certo, essere la *Cateratta* una pellicola sviluppata al davanti della lente cristallina, non potendosi mai ammettere che potesse aver sede nell'apparato stesso del cristallino considerandolo come l'organo necessario per la visione, dove i raggi luminosi riuniti, dovevano formare l'immagine degli oggetti esterni.

Kleper professore di fisica e di astronomia, dimostrò non essere il cristallino l'organo ove si forma l'immagine ma un

mezzo per quella, non essendo che una lente situata lungo il tragitto dei raggi luminosi destinata a rifrangerli e condurli sulla superficie della retina.

Nulladimeno si continuò a dubitare se la visione avesse potuto o no effettuarsi senza il cristallino, giacchè operando la Cateratta necessariamente veniva questo rimosso dal campo visuale, ne fu dato ascolto alle memorie del Morelli e del Fabrizio di Acquapendente che dimostrarono fino dal 1661 la vera sede della Cateratta.

Per Cateratta si deve intendere l'opacamento totale o parziale del corpo cristalloide, e siccome questo è composto di un involucro o capsula e di un corpo che è la lente, così le Cateratte sono state divise in capsulari, in lenticolari e in capsula lenticolari o miste.

L'eziologia della Cateratta è tuttora un poco oscura e ciò dipende perchè si ignora esattamente come il cristallino si nutrisca, e perchè le cause di questa malattia sono numerose e svariate. Difatto ora si tratta di alterazioni senili connesse con l'evoluzione propria al Cristallino, ora di una distrofia di questo organo, provocata da affezioni preesistenti nell'occhio ed in specie nel tratto uveale, e nella retina.

Si ritiene da molti come ai processi ciliari si debba riferire la nutrizione della lente, segregando l'umore acqueo, e se questa secrezione viene turbata da uno stato morboso dei processi ciliari stessi, necessariamente deve alterarsi l'umore acqueo, e quindi dar luogo all'intorbidamento della lente cristallina.

Si obietta però che questo liquido povero dei materiali organici, non può compiere la funzione nutritiva, mentre si ritiene che lo strato delle cellule ectodermiche che tappezza i processi ciliari appartiene alla retina modificata, e che bisogna ammettere necessariamente che questa membrana dovrà avere una valida azione perciò che riguarda la nutrizione dell'occhio. E come lo ha dimostrato Boll, che riteneva esser la porpora

formata dallo strato del pigmento della retina, ne concludeva che da quella dovevano dipendere gli atti nutritivi i più importanti del globo oculare. Difatto la clinica e la microscopia rilevano che in quelle affezioni endoculari, ove gli strati esterni della retina sono presi da un processo morboso, questi più delle volte danno origine alla formazione della Cateratta.

Si ritiene che un fenomeno costante della età avanzata, sia l'atrofia del pigmento della coroide che è segno di pervertita o deficiente nutrizione, e se esiste cateratta, si considera dipendente da quella grave complicanza.

Ciò però non sempre si osserva, e per quanto la presenza del pigmento confermi l'integrità della coroide, la depigmentazione non è un fenomeno costante ne proprio dell'età avanzata, avendo avuto l'opportunità di esaminare la coroide e trovarla in stato normale, presso individui caterratosi che oltrepassavano gli 80 anni di età, e che avevano subita l'operazione con esito felice. Mentre ho veduto dei giovani nei quali la coroide era impallidita e quasi atrofica, con un colore grigio che talvolta riflette come madreperla opaca. La Cateratta allora è secondaria, dipendente dalla affezione coroidale; Ivanoff ammette la degenerazione cistica della retina come causa della cateratta senile, la quale è unita spesso all'arterio-oclerosi delle arterie coroidali da cui dipende la distrofia del corpo cristalloide. Ciò viene confermato dal fatto che durante la vita uterina la lente si nutrice per l'arteria galoidea, emanazione dell'arteria centrale, e più tardi a traverso la cristal- loide posteriore per la corrente nutritiva osmotica che si fa da di dietro in avanti attraverso il vitreo.

È probabile che la corrente del liquido nutritivo suddetto, si versi nell'umore acqueo per giungere allo spazio del Fontana.

Dalle quali considerazioni mi sembra che si possa dedurre che la ricerca delle profonde alterazioni dell'occhio quando è caterattoso, sono di un grande interesse considerando che l'eziologia della Cateratta è complessa, ed io ritengo che sia

sempre consecutiva a varie affezioni dell'occhio più o meno intense delle quali alcune sono lievi, e forse altre possono anche dissiparsi.

In tutti i tempi la Cateratta è stata distinta secondo il colore, secondo il volume, secondo la consistenza, e, per la sede, in centrale, corticale e capsulare. Secondo la trasparenza, in completa o matura e in incompleta o parziale. Secondo l'età del soggetto, in congenita e in avventizia, secondo il corso che tiene, in rapida e lenta e secondo la consistenza, in dura, molle e liquida.

Tenendo conto del criterio eziologico, cioè delle cause, si divide ancora in idiopatica e sintomatica.

L'anatomia patologica ci dimostra come il colore della Cateratta ne indichi sovente la qualità perchè quelle che sono molli e semimolli e quelle liquide hanno un aspetto bianco perlaceo tendente al cinereo più o meno intenso, e si osservano di preferenza nei giovani ed anche nei neonati. In queste il liquido interposto fra le fibre del cristallino che per la massima parte sono distrutte, si presenta a forma di gocce di grasso, alle quali si uniscono dei cristalli di colestetina e di margarina, e il tutto è come sospeso in una sostanza albuminoide diventata diffuente.

Le Cateratte semimolli, hanno relativamente al colore, il medesimo aspetto, solo a seconda della direzione presa dalle fibre opache che assumono varie figure, le hanno dato varie denominazioni, cioè a stella, a sbarra, finestrate dechiscenti ecc.

La Facosclerosi o Cateratta dura è propria dell'età senile, e all'esame oftalmoscopico si presenta bruna o di un colore d'ambra, e sembra alle volte quasi nera. La sclerosi comincia sempre dal centro e non è che tardi che si estende alla periferia e agli strati sottocapsulari, procedendo in un modo assai lento e veramente cronico. Dal lato anatomico il facoscleroma consiste nell'addensamento delle fibre del cristallino che si fanno compatte, ma no mai in modo uniforme, perchè

sempre si riscontrano delle lacune ripiene di una sostanza granulosa mantenendo verso l'equatore, un poco di trasparenza.

La sclerosi senile del corpo cristalloide può esser presa come tipo delle cateratte semplici primitive. Per comprenderne l'origine è necessario di seguire l'evoluzione delle fibre nelle diverse epoche della vita. Nei giovinetti il cristallino è quasi sferico, è totalmente trasparente, molle, ed ha la medesima densità tanto al centro che alla periferia. Giunto al suo completo sviluppo, altre fibre nascono dalla regione equatoriale, e s'interpongono tanto in avanti che posteriormente. Gli strati primitivi vengono così respinti a poco a poco verso il centro e si fanno più compatti, più densi, e più solidi, e dalla loro riunione finalmente si forma il nucleo della lente. Le fibre centrali diventano in seguito più compatte, perdono una quantità di acqua ed acquistano una colorazione d'ambra ed il nodo si fa più denso e più voluminoso.

Questa evoluzione è simile a quella delle cellule epidermiche, che si distaccano, si appianano, e diventano cornee a misura che sono respinte alla superficie cutanea dall'epitelio sottostante, che è tuttora in stato normale separato dalla rete mucosa del Malpighi. Ma mentre che le vecchie cellule epidermiche si esfoliano all'esterno, vengono rimpiazzate dalle altre sottoposte che subiscono la medesima evoluzione, ma nel cristallino, mentre che le fibre antiche sono progressivamente respinte le une contro le altre al centro della lente, là vi rimangono; diventa questa più compatta, perde la elasticità che porta la riduzione dell'ampiezza dell'accomodamento visivo, e da sferica diventa lenticolare ed allora si ha la diminuzione corrispondente della sua potenza diottrica e la comparsa dell'ipermetropia. A tutte queste modificazioni debbonsi però aggiungere necessariamente altre cause che turbano il corpo cristalloide, altrimenti tutti i vecchi sarebbero caterattosi.

Alcune cateratte senili si presentano con un aspetto talmente scuro da sembrare perfettamente nere; si è creduto

che ciò potesse dipendere dalla presenza della ematoidina, ma dall'esame che ho potuto praticare non ho mai riscontrato del pigmento, mentre si ritiene che la colorazione si debba all'addensamento eccessivo delle fibre piuttosto che ad altre cause, inquanto che, una volta estratta la sostanza corticale, sembra meno colorata.

Io non descriverò qui tutte le varietà che si notano nel cristallino allora che perde la sua trasparenza e refrangibilità, perchè il tempo assegnato ad una lezione non basterebbe, e nè parlerò della Cateratta congenita o zonulare stratificata che consiste in un opacamento più o meno superficiale della lente il quale alle volte è talmente circoscritto, da permettere l'esercizio della facoltà visiva.

DIAGNOSI DELLA CATERATTA

Una volta era difficile riconoscere una incipiente Cateratta da un'altra affezione dell'interno dell'occhio, e si dava molto valore al modo di camminare del malato, ai fosfeni, ed alle fiammelle che riflette il corpo cristalloide, dalle quali prove si voleva dedurre se l'opacità apparente apparteneva invece all'umore vitreo. Attualmente però mercè l'oftalmoscopia praticata con il riflettore piano, o praticando l'illuminazione obliqua, si può distinguere qualunque opacamento del corpo cristalloide. Così per esempio a pupilla dilatata coll'illuminazione obliqua si può conoscere se verso l'equatore esiste un incipiente opacamento di natura senile, e se questo manda dei raggi verso i poli della lente stessa, e se questi presentano una certa estensione si può non solo diagnosticare che esiste una Cateratta in via di sviluppo, ma se le strie opache raggianti sono molte, e se si partono in prossimità della cristalloide, si potrà pronosticare che il corso che terrà quella Cateratta, quantunque di natura senile, non sarà tanto lento per giungere alla sua maturità.

Non è così delle Cateratte molli, inquantochè se il ram-mollimento degli elementi componenti il Cristallino occupa per molta estensione quasi la totalità della lente, e specialmente gli

strati superficiali prossimi alla capsula, si potrà affermare che questa avrà un corso più rapido molto più se il malato è giovane e se persistono le cause determinanti. Così con l'illuminazione obl'qua si possono con una certa esattezza, conoscere la sede, l'estensione, la forma e la disposizione delle parti opacate.

Una regola pratica, e se si vuole un poco grossolana, per la diagnosi onde stabilire se la Cateratta è semplice o complicata è la seguente :

- 1.° Se esiste nel campo pupillare un opacamento ;
- 2.° Se ha sede nel corpo cristalloide ;
- 3.° Se la diminuzione quantitativa della vista sta in rapporto colla qualità e volume della Cateratta.

Questi sono i caratteri della Cateratta semplice.

Un altro modo per fare la diagnosi noi l'abbiamo praticando l'illuminazione diretta dell'occhio mercè lo specchio piano dell'oftalmoscopio. Proiettando un fascio di raggi luminosi in un occhio sano, si scorge un disco rosso che è il fondo delle membrane oculari, ma allorquando vi è un ostacolo al passaggio di quelli si ha invece una macchia nera più o meno grande e alle volte è soltanto un punto opaco che si riflette sul fondo rosso della retina. È questo un segno certo onde affermare che è dato dal corpo cristalloide e non dal vitreo perchè allora sarebbe mobile e si sposterebbe seguendo la direzione opposta ai diversi movimenti impressi allo specchio. Così per esempio se l'opacamento è in avanti e occupa il medesimo piano dell'apertura pupillare, l'osservatore portando in alto o in basso lo specchio l'opacità resta la stessa per rapporto al bordo della pupilla, perchè è nel medesimo piano, mentre se questa è posteriore avremo lo spostamento in alto o in basso in senso inverso. Se il cristallino si presenta con un opacamento diffuso, ma non molto intenso, il riflesso dato dalla cristalloide prende una colorazione rossastra dovuta ai raggi riflessi che la traversano e che spesso è talmente pronunziata da far supporre un antico stravasamento di sangue.

La lesione funzionale è in rapporto colla sede e coll' intensità dell' intorbidamento. Gli occhi nei quali la lente è totalmente opacata non scorgono che appena, i movimenti di una mano situata a piccola distanza, nulladimeno conservano sempre la sensibilità quantitativa della luce. Per accertarsi se vi sono complicità, il modo più semplice ed il più sollecito consiste di servirsi di un lume al quale a volontà dell' osservatore, si può diminuire l' intensità della luce. Visto il malato al buio, se la Cateratta è completa ma semplice, deve distinguere la luce a cinque o sei metri, e notare quali variazioni avvengono nella sua intensità. Inoltre facendo fissare l' occhio in un punto deve scorgere in tutte le direzioni del campo visivo, una piccola fiamma che si fa girare alla periferia, ispezionando così la sensibilità della retina.

La lesione di funzione può variare, come si è detto, anche secondo la sede dell' opacamento. Se per esempio la sola regione dell' equatore è opacata, e che si ha quella specie di Cateratta detta *Circonfenziale*, se si espone il malato alla viva luce siderale i disturbi visivi saranno lievi, al contrario di ciò che avviene se l' opacamento risiede nel centro. Se l' opacità è circoscritta, ma molto intensa i disturbi visivi sono minori di quando l' opacamento è lieve, ma sfumato e diffuso, ed accade ciò che si riscontra nelle macchie della cornea.

Nel primo periodo caterattoso i malati dicono che è aumentata la presbitia, ma non trovano occhiali che la correggano; al contrario alle volte accusano di essere diventati miopi, e ciò si spiega perchè i raggi luminosi non passando più per il centro della lente, ma solo per la periferia, si riuniscono prima di giungere nel fondo dell' occhio come ciò si riscontra nei miopi.

Riconosciuta l' esistenza della Cateratta con i mezzi che l' oftalmoscopia ci somministra e fatta la diagnosi differenziale onde stabilire se è semplice o complicata, se è dura o molle, e se è completa e quali sono i rapporti che ha coll' iride, prima

di procedere all'operazione, importa rammentare tutte le cautele che si debbono seguire, alcune delle quali sono indispensabili, e si commetterebbe un grave errore, dimenticandole. In primo luogo bisogna fare un esame accurato delle vie lagrimali e della faccia interna delle palpebre, perchè possono le prime essere affette da catarro cronico puriforme e le seconde da granulazioni, capaci di produrre grave infezione della cornea e così compromettere l'esito dell'operazione.

Vi è stato un tempo in cui il diabete miellitico, l'albumeria e l'artritismo erano considerati come una contro-indicazione dell'operazione, ora però mercè l'antisepsia si può assicurare che l'estrazione praticata anche in queste condizioni il più delle volte riesce. Non intendo però che si debba trascurare questo stato discrasico, bisognerà al contrario combatterlo con tutti quei compensi che la Terapia medica c'insegna.

L'età avanzata non impedisce l'operazione, qualora venga verificato che non esistono condizioni morbose specialmente nel vitreo, e che il malato possiede una buona acuità visiva. Io ho avuto dei felici risultati a 84 ed a 86 anni d'età.

L'insuccesso nel primo occhio operato non deve trattenere l'operazione dell'altro, ma però bisogna ricercarne le cause e lasciar percorrere almeno 4 o 6 settimane fra le due operazioni.

Quando un occhio è catarattoso e che l'altro è atrofico, prima d'intervenire bisogna attentamente esaminare quest'ultimo, e se si riscontra che sia dolente alla pressione, si deve far precedere l'enucleazione. Non mancano degli esempi nella storia dell'arte, dell'influenza perniciosa dell'occhio perduto su quello operato.

L'anestesia col cloroformio o coll'etere è stata del tutto abbandonata potendo provocare il vomito nell'atto dell'operazione e dopo. Oggidì mercè la cocaina, il dolore dell'operazione viene il più delle volte totalmente annullato, e così il malato è in grado di contribuire per la sua parte, al successo dell'operazione stessa.

Il collirio alla cocaina deve essere bastantemente concentrato, e assolutamente asettico.

Adopro la formula seguente :

Acqua distillata bollita . . .	grammi	5
Acido Borico	centigr.	15
Cloridrato di Cocaina . . .	id.	25

Questo collirio deve essere istillato soltanto cinque o al più dieci minuti prima dell'operazione, perchè la sua azione prolungata può produrre l'esfoliazione della cornea.

Le precauzioni antisettiche le più minuziose sono indispensabili e noi adopriamo il biodoro di mercurio al saggio del mezzo per mille, procurando, affinchè venga completamente disciolto nell'acqua sterilizzata, di aggiungervi 15 o 20 grammi di alcool a 96 gradi. Questa soluzione così composta è assolutamente antisettica, e non è irritante.

È inutile rammentare che gli oggetti i quali debbono servire alla medicatura è necessario sieno sterilizzati alla stufa e così i tamponi di ovatta o garza, e quindi immersi nella soluzione di biodoro di mercurio.

Un'utile precauzione è quella che la vigilia della operazione il malato prenda un bagno, e prima di operarlo è necessario lavargli con sapone antisettico il viso, il collo e le mani. Bisogna ancora ben nettare il bordo delle palpebre, perchè è stato osservato che ai vecchi e a quelli che vivono in luoghi angusti e in un'aria confinata e viziata e trascurano la propria nettezza, si riscontrano, fra i cigli, gli *staffilococchi* aurei o albi capaci di provocare delle ulceri infettate della cornea.

Stabilito come l'estrazione semplice a gran lembo venga alla grande classe delle cateratte senili, gli istrumenti necessari per eseguirla sono i seguenti :

Un Blefarostat.

Una Pinzetta fissatrice.

Un Keratotomo di Graefe.

Un piccolo cucchiaino allungato detto del Daviel.

Una spatola in argento o di osso di balena.

Un apparecchio per le irrigazioni o lavande extraoculari.

Pinzette e forbici a iridectomia.

Situato il malato in posizione orizzontale, applicato il Blefarostat e fissato l'occhio mercè le pinzette, afferrando la congiuntiva in vicinanza della cornea dal lato opposto da dove comincia l'incisione, preso il Keratotomo, colla mano destra come una penna da scrivere, si deve praticare la sezione della cornea che è il primo tempo principale da cui dipende in gran parte il successo definitivo dell'operazione.

La situazione del lembo ha occupato tutti gli oculisti. Daviel incideva al di là della semi-circonferenza inferiore della cornea in direzione trasversale.

Wenzel adottò il lembo temporale obliquo. Altri hanno praticato la sezione della Cornea inferiormente più o meno lontano dal centro, dando al lembo ora una forma ellittica, ora a triangolo, ora a semicerchio, mentre alcuni oculisti preferiscono la semi-circonferenza superiore.

Perchè il lembo adempia le condizioni volute deve essere sufficientemente grande e prestarsi ad una coattazione perfetta. Faccio pertanto una incisione che comprenda i $\frac{3}{5}$ della periferia inferiore della cornea e che termini precisamente al confine della porzione trasparente, e così qualunque sia la consistenza ed il volume della Cataratta da questa apertura può facilmente escire.

Il Keratotomo, come si è detto, è quello del Graefe a cui dò la preferenza, ma alle volte se la camera anteriore è angusta, adopro un Keratotomo a forma triangolare a base di 6 a 7 millimetri.

Questo primo tempo dell'operazione si eseguisce nel modo seguente :

Fissato l'occhio con la pinzetta tenuta colla mano sinistra, s'immerge la punta del Keratotomo, prendendo un punto

d'appoggio sul bordo orbitario esterno, perpendicolarmente al livello dell'unione della cornea colla sclerotica. Una volta penetrato nella camera anteriore si continua a spingere obliquamente il coltello in alto e al di dentro verso il centro della pupilla. Allora si alza orizzontalmente il manico e si fa avanzare il Keratotomo parallelamente all'iride fino al punto della Cornea diametralmente opposto a quello di entrata. Perchè la contro punzione sia esatta, la punta del Keratotomo deve essere un poco in avanti del lembo, inquantochè senza questa precauzione si rischia d'immergerla troppo indietro, il che bisogna evitare. Eseguita la contro-apertura si continua la sezione mercè un movimento di arco di cerchio dalla punta alla base della lama. Se questa manovra non basta si può dirigere la lama stessa in senso inverso, e così si taglia direttamente il piccolo ponte che ne risulta verso la parte inferiore della cornea. Non bisogna far mai dei moti di sega che produrrebbero delle irregolarità nel bordo dell'incisione, ed inoltre hanno l'inconveniente di favorire lo scolo rapido dell'umore acqueo ed allora l'iride può impegnarsi sotto il tagliente del Keratotomo. Se accade che nel terminare la sezione della cornea l'istrumento si trovi sotto la congiuntiva, si volge subito il tagliente in avanti onde interessare la muccosa il meno che sia possibile.

Terminata la incisione della Cornea alle volte il malato sente un vivo dolore che induce spasimo delle palpebre, e può essere causa della rottura della zona e dell'ernia del vitreo non meno che della protusione dell'iride. Bisogna rimettere in calma il malato sospendendo un poco l'operazione e ridurre l'iride con la spatola qualora si fosse protusa.

Il secondo tempo consiste nell'apertura della capsula che si pratica col Keratotomo di Graefe. Se il malato è tranquillo e immobile come per lo più avviene stante la insensibilità dell'occhio prodotta dalla Cocaina introduco la punta dell'istrumento col dorso rivolto verso la cornea onde non offendere

l'iride ovvero a piatto, e con dei leggeri movimenti di lateralità lo fo procedere lungo la faccia posteriore della cornea fino al centro della pupilla. Incido allora circolarmente la cristalloide anzichè in direzione verticale o a V, ed estraggo il Keratotomo colle medesime cautele osservate per introdurlo. Non mi sono mai occupato di aprire la cristalloide mentre si pratica l'incisione della cornea nè tampoco di estrarla mercè le pinzette capsulari stimando ciò come una pratica pericolosa e difficile e non necessaria. Lascio allora le pinzette oftalmostate e col dorso del cucchiaio del Daviel modificato, pratico una leggera pressione trascorrente sulla porzion superiore della cornea affinchè il cistallino, subendo un leggero movimento di rotazione in avanti sul suo asse orizzontale, si impegni col bordo inferiore nella apertura della cornea, e così sorta al di fuori. Facilita la espulsione della Cateratta il comprimere con una spatola in basso al di sotto della incisione procedendo però con molta lentezza ed agilità. Tolgo allora il Blefarostat, faccio riposare l'operato ed attendo che si sia riformato l'umore acqueo praticando con molta cautela un poco di massaggio a palpebre chiuse.

Qualora praticando l'espulsione della Cateratta l'orificio pupillare resti rigido e non lasci libero passaggio alla lente cristallina e se l'espulsione della Cateratta resti difficile e che tenda a infossarsi nel vitreo si può procedere all'estrazione mercè il cucchiaio del Graefe. Se restano delle masse corticali molli e opache si deve favorirne l'uscita mercè leggere pressioni esercitate sulla cornea stessa, e qualora non riesca si debbono estrarre il più completamente possibile mediante il cucchiaio, e non procedo alla medicatura se non quando mi sono assicurato che la pupilla è nitida e priva del tutto da qualunque residuo caterattoso.

Non mi ha mai giovato l'irrigazione nella camera anteriore e mi è sembrata non priva d'inconvenienti per cui l'ho assolutamente abbandonata.

Lavo l'occhio con la soluzione di sublimato e poscia mi accerto dello stato dell'iride, e qualora non si contragga faccio istillare una soluzione di salicilato d' eserina, o meglio introduco una porzione di pomata alla vasellina borica unita all' uno per cento di salicilato d' eserina.

Una precauzione indispensabile è quella di sbarazzare i labbri della incisione ed il sacco della congiuntiva da ogni grumo di sangue.

Dipoi procedo alla medicatura con cotone idrofilo sterilizzato applicando delle piccole compresse di garza asperse di sololo o di iodoformio, ponendo dei globi di cotone fra gli occhi e la radice del naso in vista di evitare una pressione troppo forte sulla sommità della corna. Applico quindi una fascia di mussolina o di flanella.

I vecchi vengono operati nella medesima seduta in ambedue gli occhi, ed allora nel secondo occhio che è il destro eseguisco l'istesso processo facendo però il taglio superiore della cornea ponendomi dietro la testa dell'operando. Ciò io credo che sia di un gran vantaggio, perchè si operano così ambedue gli occhi con la mano destra, e perchè nel caso che nel primo occhio operato si sia trovato in condizioni morbose il vitreo, come sovente si riscontra nei vecchi, si evita il prolasso immediato o consecutivo dell'iride, e per la rottura della zonula dello zinn si fa facile in questi casi, la uscita in abbondanza del vitreo stesso. Laonde però ciò non venga verificato nell'operare il primo occhio o che si sia fatta prima la diagnosi della semplicità della Cateratta, faccio allora il taglio inferiore della cornea anche nel secondo occhio operando colla mano sinistra.

Il malato dovrà essere posto nel suo letto e trasportato con molta cautela evitando scosse o movimenti disordinati e deve restare nella immobilità assoluta.

Il regime dietetico dei primi giorni deve essere semplice e non permettere che degli alimenti liquidi per sopprimere gli

sforzi della masticazione. Si deve raccomandare il silenzio e soltanto le persone che devono sorvegliare l'operato resteranno continuamente presso di lui. Negli individui nervosi e nei vecchi è facile l'insonnia che bisogna combattere con qualche hypnotico preferendo il solfonato o altro preparato simile, ma non mai la morfina che può turbare lo stomaco ed eccitare il vomito.

Al terzo giorno dell'operazione si può praticare la prima medicatura, se tutto procede regolarmente, o più presto qualora una qualche complicanza si sia determinata. La prima medicatura deve essere fatta con molta cura, a poca luce e non mai diretta per non determinare per azione riflessa lo spasimo palpebrale. Con la soluzione al sublimato si laveranno le palpebre che sono per lo più leggermente agglutinate, e così si lasciano gli occhi un qualche tempo perchè si abituino a quell'illuminazione necessaria per poterli esaminare. Allora si invita il malato ad aprire le palpebre e così si potrà esaminare lo stato delle parti, le quali daranno l'indicazione se vi è bisogno di ricorrere a qualche speciale compenso, altrimenti applico nuovamente la medesima medicatura che giornalmente si rinnova.

Dopo otto giorni, se il tutto procede regolarmente, si possono lasciare gli occhi liberi coperti da una benda scura o difesi da un paio di occhiali.

Debbo avvertire che quando il processo operatorio da me prescritto, non proceda in modo regolare, caso veramente eccezionale se la diagnosi della Cateratta è stata diligentemente praticata onde conoscerne la semplicità e la complicanza, e se per esempio l'iride si contrae ed impedisca l'uscita del cristallino, allora pratico l'indictemia parziale, afferrando cioè con la pinzetta una piccola porzione dello sfintere e la escido, procurando di non estendere l'escissione da comprendere il margine ciliare. I risultati ottenuti nella mia Clinica dal 1854 in poi sono stati tali da incoraggiare questo modo di operare

la Cateratta per cui non l'ho mai variato, ed i successi sono stati molto soddisfacenti.

E dacchè si pratica l'asepsi la più accurata, non si è mai verificato un caso di Panotalmia. I fautori dell'estrazione a gran lembo unita alla iridectomia hanno diretto dei rimproveri, ma se si riflette che questo processo offre dei vantaggi di non poco momento e che oramai sono incontestabili, le obiezioni perdono della loro importanza.

Difatti il traumatismo si riduce ad una semplice cheratotomia la quale il più delle volte non desta alcuna reazione, e qualora si verificasse è veramente insignificante. Che ottenuta la cicatrizzazione della ferita, è veramente cosa straordinaria che si sviluppino delle irido-ciclitiche prolungate, sì frequenti dopo l'iridectomia, nè si hanno un gran numero di cateratte secondarie, perchè la statistica dimostra il contrario, e se si ha una riunione regolare del lembo come generalmente avviene, l'astigmatismo che si osserva dopo l'operazione mi è sembrato appena pronunziato, e il più delle volte è mancato del tutto.

La rotondità della pupilla e la sua mobilità diminuiscono considerevolmente i disturbi visivi, mentre l'inverso ha luogo colla breccia iritica con bordi aderenti e immobili.

Riguardo poi all'estetica, quantunque sia di una importanza secondaria, non vi è alcun paragone da farsi specialmente trattandosi d'individui giovani e che quando si possa ottenere la riunione immediata appena si conosce il luogo ove la incisione della cornea è stata praticata, fino al punto che in alcuni casi non si distingue la cicatrice.

Non ho mai praticato come metodo la iridectomia preventiva che da molti è stata consigliata onde facilitare la espulsione della Cateratta, mentre non è necessario, dimostrandolo i fatti, potendo estrarre attraverso l'apertura dell'iride quando la sezione della Cornea è ampia, qualunque Cateratta e che mercè una completa dilatazione ottenuta dai midriatici l'appa-

rato cristallino si trova talmente scoperto, per cui si può facilmente asportare senza portare alcun danno all'iride, e qualora lo portasse, non sarà mai paragonabile all'importanza del trauma che si produce coll'iridectomia.

Si dice che l'iridectomia ha una azione antiflogistica, ma ciò non è convalidato dai fatti, ed ora con l'asepsi accurata raramente si osserva la filogosi che possa compromettere il buon esito dell'operazione. I fautori dell'iridectomia preventiva sostengono che facilita l'estrazione di tutti i residui della sostanza corticale, e così si evita la formazione delle Catteratte secondarie, mentre non si può assicurare che ciò non possa verificarsi anche in quella porzione d'iride opposta alla sezione.

Inoltre è indiscutibile che la conservazione della pupilla non sia vantaggiosa e nel gran numero di operati in un periodo di anni sì lungo non ho verificato il prelasso dell'iride che, forse, in ragione del 3 per 100.

Ed è perciò che la lotta fra il processo del Graefe modificato, ed il processo a lembo semplice che preferisco, va facendosi sempre più favorevole a quest'ultimo, tantochè si vede adesso adottato dai più distinti oculisti, riserbandosi di praticare l'iridectomia nei casi dove la diagnosi della qualità della Cateratta e delle complicitanze, la rendessero necessaria.

I risultati ottenuti nella Clinica oculistica di Firenze nel periodo di 42 anni, adottando come processo ordinario l'estrazione della Cateratta a gran lembo semplice in 2100 occhi operati, sono stati sempre tali da incoraggiare fino dapprima di seguirlo, quantunque vi sia stato un tempo in cui si voleva del tutto abbandonare.

Per avere un argomento di prova onde preferire un processo operatorio anzichè un altro, gli oculisti hanno invocato la statistica, e da quella ne hanno voluto trarre un partito per uniformarsi. Io credo che ciò sia un errore perchè non si calcola che non siamo a parità di condizioni in tutti i casi, in

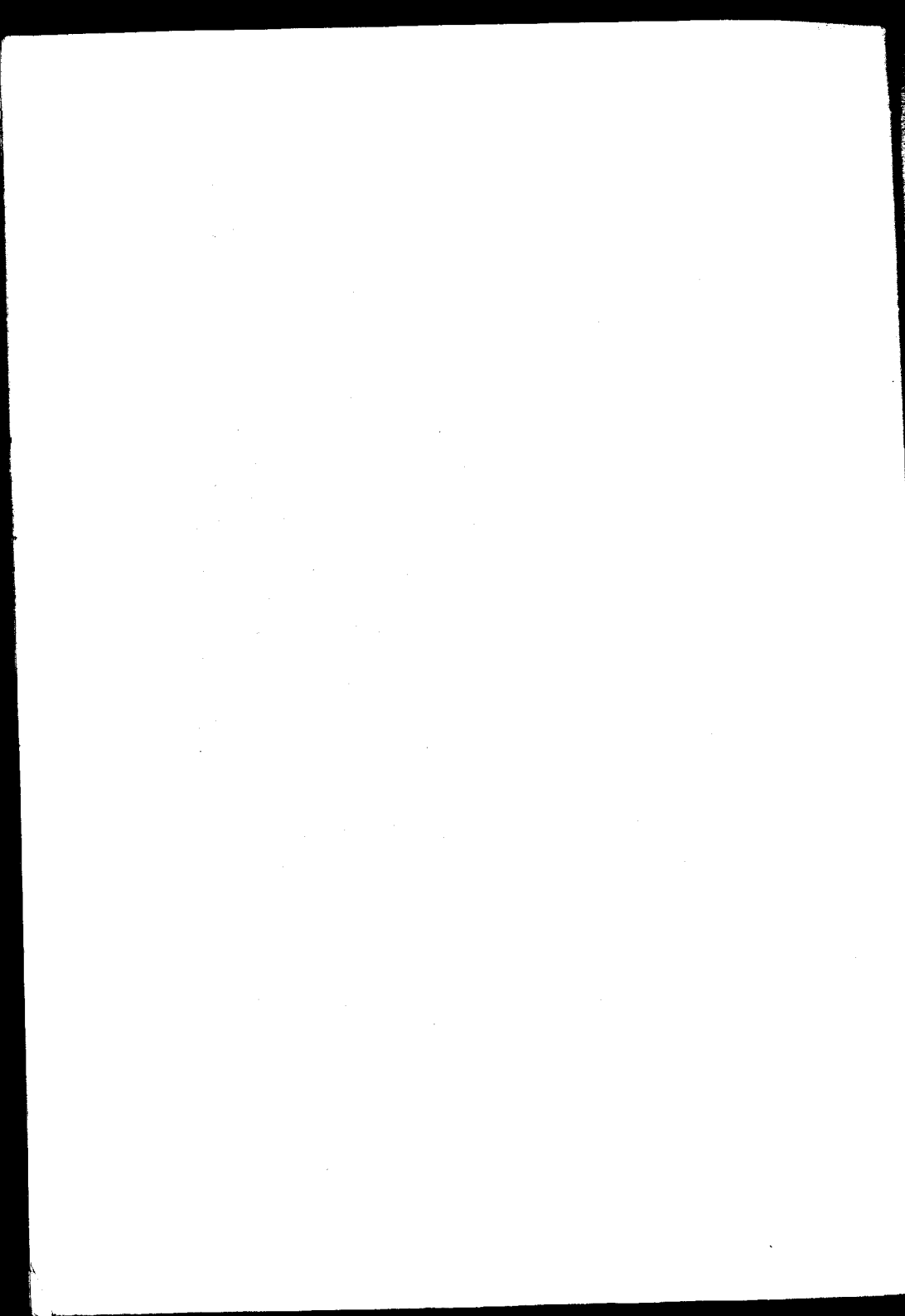
quanto che se la Cateratta è semplice l'operazione riesce, ma non così si può dire allorchè è complicata, ed allora l'esito è incerto, e molte volte si segna un insuccesso, e non si registrano le cause, ma si guarda soltanto quale è stato l'esito finale. Ed io vorrei che si facesse un computo separato fra le Cateratte semplici e quelle complicate, e così stabilire il valore del processo operatorio. Se io dovessi riferire i risultati avuti nelle Cateratte semplici operando nel modo sopra descritto, bisognerebbe che dicessi che sono stati brillantissimi, e quasi tutti gli operati hanno riacquistata la vista. Non così però potrei dire nei casi complicati, nei quali bisognò anche variare il processo operatorio. Ed è perciò che io ritengo come dalle statistiche non si possa avere un criterio esatto per sostenere un modo di operare e deprezzarne un altro.

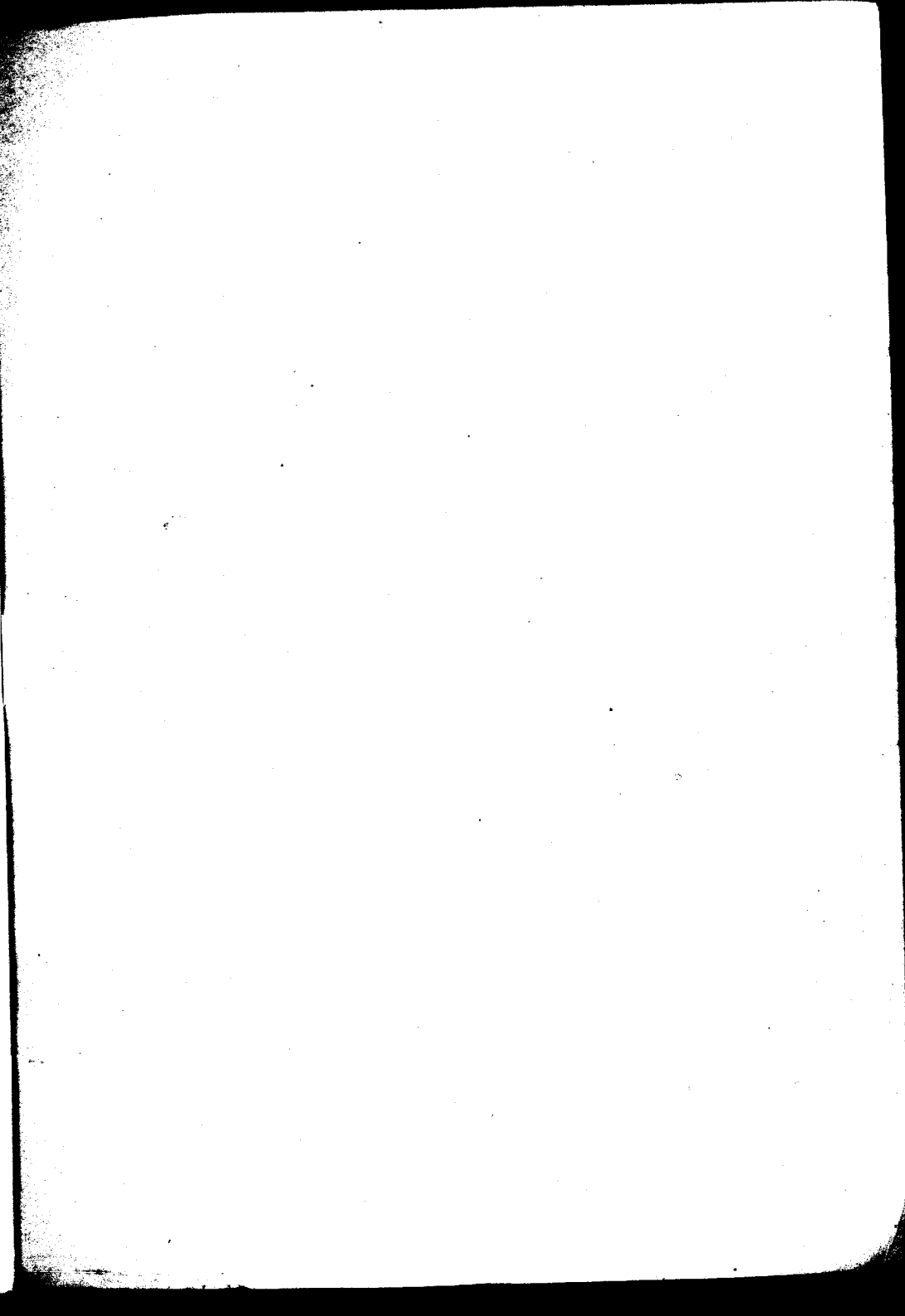
Non ci è oculista il quale non pretenda di essere debitore della sua opinione, alla esperienza di molti anni. Weller per esempio asserisce che l'estrazione della Cateratta gli è sempre riescita e che in tutti i casi ha ristabilita la vista. Fario sosteneva di avere ottenuto gli stessi risultati colla depressione e col disfacimento, il che sta a provare che ciascun oculista ha il suo metodo di predilezione, e procura mercè i risultati avuti di sostenerlo, dimenticando forse alle volte i casi nei quali l'operazione ha fallito.

Testimone dei progressi fatti in oftalmoiatria per il lavoro incessante di tanti illustri specialisti, e avendo tenuto dietro a tutte le modificazioni consigliate nell'operazione della Cateratta, non ho mai voluto variare il metodo da me prescritto, meno che nei casi eccezionali. Difatti ora ho praticato il taglio lineare modificato alla maniera del Graefe nelle Cateratte molli dei giovani in quelle traumatiche, e in quelle coroidali, e in qualche caso ho anche eseguito la iridectomia preventiva.

3200







180