

R. Clinica Oculistica di Roma, diretta dal Comm. Prof. F. BOSINELLI



# CONTRIBUTO

ALLO

# STUDIO DELLE CONGIUNTIVITI

PEL

Dott. ROMOLO BONAGENTE

Assistente Clinico



*Estratto dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche — Anno III.*

ENRICO DETKEN EDITORE

**NAPOLI**

Piazza Plebiscito

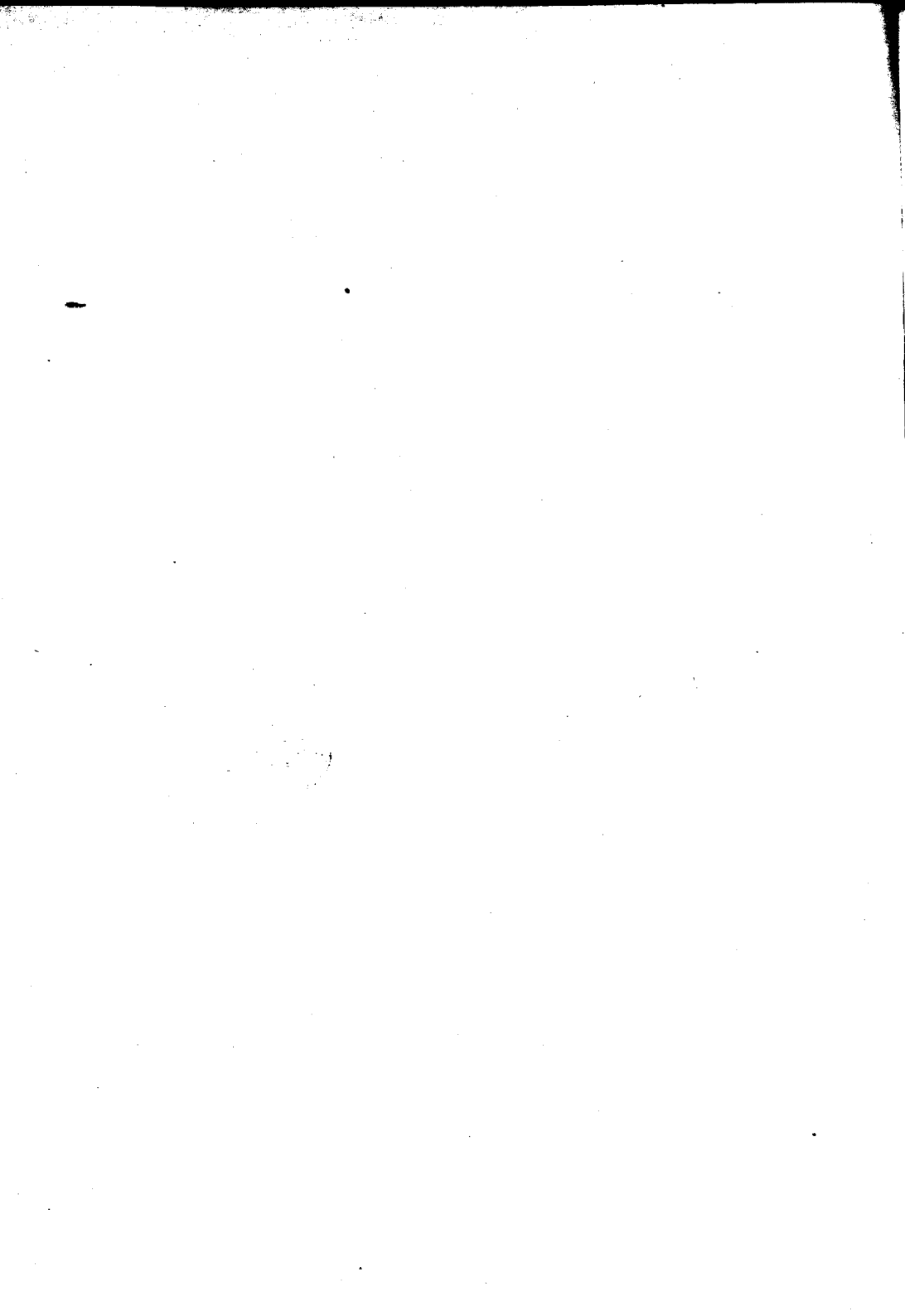
**ROMA**

112, Montecitorio

**PALERMO**

411, Via Vitt. Emm.

1881



R. Clinica Oculistica di Roma, diretta dal Comm. Prof. F. BUSINELLI

# CONTRIBUTO

ALLO

# STUDIO DELLE CONGIUNTIVITI

PEL

Dott. ROMOLO BONAGENTE

Assistente Clinico



*Estratto dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche — Anno III.*

ENRICO DETKEN EDITORE

**NAPOLI**  
Piazza Plebiscito

**ROMA**  
112, Montecitorio

1881

**PALERMO**  
411, Via Vitt. Em.

---

STABILIMENTO TIPOGRAFICO DELL'UNIONE  
Strada nuova Pizzofalcon N 3.

### **Delle congiuntiviti.**

Sebbene le malattie della congiuntiva palpebrale e bulbare sieno molto frequenti e facilmente accessibili alla osservazione ; pure si può asserire, senza tema d'ingannarsi, che di loro finora gli specialisti poco si occuparono. Accettando, senza beneficio d'inventario, tuttochè si scrisse in tal rapporto dai primi Maestri e sulla diagnosi e più specialmente sulla cura, in gran parte si mantenne quello stato d'empirismo cieco, dal quale solo da pochi anni risorse la Oftalmologia.

I valenti innovatori, coloro che seppero questa nobilissima ed importantissima parte delle mediche discipline innalzare al grado di scienza, o furono maggiormente allettati dalla ricerca di metodi operativi dai quali si ebbero degna gloria e fama o furono allettati dallo studio di quella parte di fisica e matematica oculare che costituiscono la Diottrica. Egli è certo che fra i molti e molti lavori che in quest'ultimo ventennio videro la luce, trattando di cose oftalmiche, pochi e timidi sono gli opuscoli che si occupano della congiuntiva.

Direi quasi che il trattare di tali malattie sia considerato come lavoro da coscritti, indegno di quegli oculisti che vanno per la maggiore.

Eppure, a mio avviso, niun giudizio è più fallace, ed il danno che ne deriva è massimo. E valga il vero: se lo scopo dei medici è curare e guarire le infermità, perchè gli specialisti di Oftalmologia dovranno trascurare le congiuntiviti che pure danno il massimo contingente a tutti gli ambulatorj e dispensarj?

Le divisioni che delle malattie oculari, appartenenti alla congiuntiva, si fanno dalla maggior parte dei trattatisti è così varia,

così disparata nel punto di partenza, da portare la massima confusione sia nella nomenclatura sia nel concetto della entità morbosa di cui è discorso. Così sotto il nome di congiuntiviti catarali si aggruppano forme morbose, varie anatomo-patologicamente parlando, varie per sintomi per prognosi e per cura. Nè potrebbe essere altrimenti quando una classificazione si fonda esclusivamente sui sintomi e peggio ancora sopra un solo sintoma così facile ad essere non giustamente apprezzato. E così dicasi delle granulazioni palpebrali e delle forme contagiose. Il mio Illustre Maestro il Prof. Comm. Businelli che iniziò in tre università d'Italia, Sassari, Modena e Roma lo studio della Oftalmologia, ebbe sempre di mira nello insegnamento un indirizzo specialmente pratico e clinico tale da riuscire di vantaggio ai malati, facendo sì che i giovani medici potessero facilmente diagnosticare e curare quelle malattie che più frequentemente si incontrano nella pratica medica e chirurgica. Perciò Egli non sdegnò di portare il suo ammirabile spirito di analisi e di osservazione sopra le malattie della congiuntiva, raccogliendo una tal mole di nuove cognizioni da portare molta luce e non poco progresso in questa parte delle malattie oculari. Egli è perciò che io, che ho l'onore di essere suo allievo ed assistente mi studierò, a rendere tali studi di comune ragione, sicuro di fare cosa utile e grata a quanti si occupano dello esercizio della medicina e chirurgia pratica.

Nello stabilire quindi una divisione o classificazione delle malattie della congiuntiva ci atterremo principalmente al concetto anatomo-patologico ed eziologico, siccome quelli che meglio valgono e ad indicare l'entità morbosa e ad indirizzare ad una cura razionale.

Studiando i vari modi di ammalarsi della congiuntiva notiamo che i processi flogistici che la colpiscono o danno un essudato che si versa all'esterno ovvero uno profondo e che ha sede nello spessore stesso della membrana. I primi interessano lo strato epiteliale colle numerose cripte e papille, gli altri invece la membrana basica. Da qui facile e naturale viene la divisione delle congiuntiviti in superficiali e profonde o parenchimatose.

La malattia può limitarsi ad una semplice ipersecrezione o metamorfosi mucosa degli epiteli limitata alla congiuntiva palpebrale ed avremo la *congiuntivite catarrale semplice*, caratterizzata dal rossore uniforme della congiuntiva palpebrale e dalla sovrabbondanza di muco; o l'irritazione si estenderà a tutta la mucosa, ed

allora avremo una *congiuntivite superficiale totale* (o *reumatica*, dalla causa che la produce); forma questa poco conosciuta e che spesso si confonde colla congiuntivite purulenta.

Se l'essudato in luogo di essere mucoso si faccia sieropurulento avremo la *congiuntivite blenorroica purulenta*. Anche in questa forma la congiuntiva tutta è affetta, e l'affezione è analoga alla blenorragia delle altre mucose; facendosi contagiosa allo stesso modo che diviene tale ogni contatto di pus sopra una mucosa sana.

Vi è poi una forma pure superficiale di congiuntivite in cui l'alterazione si deve riferire più specialmente alle terminazioni nervose del V paio analoga allo zoster, e questa è la *congiuntivite pustulare*, così frequente nei giovanetti linfatici.

Talora l'essudato superficiale in luogo di essere di muco o pus, presenta i caratteri distinti delle pseudo-membrane crupose. Questa forma è pure parziale limitandosi alla congiuntiva palpebrale, ed è dovuta all'alterazione dei prodotti infiammatorii per presenza di speciali fermenti. Per noi questa sarà la *congiuntivite cruposa*.

Infine non esiteremo a classificare fra le congiuntiviti superficiali le granulazioni papillari semplici che da' più si confondono col tracoma, e che ne differiscono sostanzialmente, non essendo che un effetto della ipergenese degli elementi epiteliali, dovuta ad una irritazione diuturna o come residuo e conseguenza delle altre congiuntiviti, esclusa la pustulare. Questa noi chiameremo: *Congiuntivite palpebrale ipertrofica*.

Alla seconda categoria o classe appartengono quelle affezioni della congiuntiva nelle quali l'infiammazione è profonda e l'essudato si deposita nel parenchima congiuntivale, e che quindi non può scomparire che subendo metamorfosi regressive, con atrofia del tessuto fondamentale. Anche queste possono colpire o la congiuntiva palpebrale o la bulbare od entrambe insieme.

Quella congiuntivite che invade in modo subdolo e che ci presenta dapprima alcuni punti isolati di color giallo-rossiccio, depositati in serie orizzontali più frequentemente alla palpebra inferiore ed elettivamente alla sinistra (come ebbe a notare l'illustre Arlt di Vienna), dovuti ad un essudato amorfo depositato nello spessore della mucosa; che quindi presenta una vera infiltrazione totale di essa pel fondersi che fanno i diversi punti, e che si estende a tutta la mucosa, non rispettando neppure la cornea, dove pel fatto della asprezza della congiuntiva istessa si va formando quasi una pseudo-membrana vascolarizzata con depositi

della stessa natura di quelli della congiuntiva, l'essudato subisce quindi una metamorfosi grassosa e dà l'aspetto lardaceo alla congiuntiva, e riassorbitosi questo, lascia *necessariamente* cicatrici indelebili, con tutte le tristi conseguenze per l'organo visivo che si conoscono sotto i nomi di trichiasi, xeroftalmo, simblefaro posteriore ecc. ; noi chiameremo, accettando il primitivo nome con cui si indicava ogni asprezza della congiuntiva compresa quella derivante dalle granulazioni semplici, *Congiuntivite tracomatosa*.

Una forma rara di congiuntivite con essudato profondo nella congiuntiva bulbare che pure nella nostra Clinica avemmo occasione di studiare, sebbene poche volte, è costituita da piccole gomme sifilitiche, che si notano nella congiuntiva bulbare, di forma rotondeggiante di colore rosso-giallo, senza grave irritazione del resto della congiuntiva ; ed è la *Congiuntivite sifilitica*.

Abbiamo in fine una malattia gravissima che compromette facilmente l'intero organo visivo e che prende specialmente i linfatici della congiuntiva stessa, voglio parlare della *Congiuntivite difterica* : della quale noi ci occuperemo di preferenza, siccome quella che fu meglio studiata e con esiti felicissimi nella nostra scuola.

Non occorre che io dichiaro che la congiuntiva può spesso ammalarsi contemporaneamente e nella sua parte epiteliale e nella parenchimatosa, dando così origine a quelle forme miste che valsero per sì lungo tempo a procurare la massima confusione nella classazione di tali malattie. Una di questa forme miste più frequenti è la ipertrofia papillare ed il tracoma. Da questo nacque anzi il fatto dello avere molti trattatisti confuse queste due individualità morbose così diverse fra loro e che richiedono argomenti curativi ben diversi.

Per riassumere quindi la nostra divisione presento il seguente specchietto :

### Congiuntiviti.

<i>Superficiali</i>	<i>Parenchimatose</i>
I. Catarrale parziale semplice.	I. Tracomatosa.
II. Catarrale totale reumatica.	II. Sifilitica.
III. Blenorroica o Purulenta.	III. Difterica.
IV. Pustulare.	
V. Cruposa.	
VI. Iperτροφica (Granulazioni palpebrali).	

Io non parlerò di tutte queste forme di congiuntivite essendo la più parte ben conosciute; ma mi limiterò a quelle che designai sotto il nome: di *catarrale superficiale totale o reumatica* e di *difterica*.

#### 1. Congiuntivite reumatica.

*Sintomi.* — Le palpebre si presentano gonfie, *edematose*, sicchè talora riesce difficile non solo rovesciarle, ma ben anco divaricarle, però siccome si tratta appunto d'un'edema, comprimendole fra le dita, la gonfiezza cede restando una impressione; le palpebre stesse si fanno dolenti, la loro pelle è lievemente arrossata, ma di quel rossore proprio delle stasi sanguigne, talora l'epidermide disquamandosi, si ha al tatto una sensazione di ruvidità. Lo ammalato tende a tenere la testa bassa ed a coprirsi gli occhi, e coll'abbassamento della mascella inferiore a stirare in basso le gote per ajutare il divaricamento delle palpebre.

Le ciglia più che agglutinate sono umide e spesso qualche lacrima trabocca sulle guance.

Divaricate le palpebre, ciò che colpisce è l'iperemia della *congiuntiva bulbare*. Il rossore è più intenso nella porzione perichematica ma, notisi, è di color vivo essendo dovuto ai soli vasi congiuntivali. Nel resto della congiuntiva bulbare si osservano talfiata delle isole rosse irregolari che sembrano ecchimotiche, ma

che osservate con una *loupe* si mostrano formate da una fittissima rete di vasellini fortemente iniettati.

Talora è anche edematosa specialmente all'intorno della cornea dove forma un rilievo ed in corrispondenza della porzione bulbaré che viene scoperta dal divaricamento palpebrale.

L'arrossamento della congiuntiva bulbare è il sintoma più importante e patognomonico, non mancando mai ed essendo quello da cui suole iniziarsi la malattia.

La congiuntiva palpebrale è uniformemente arrossata e nel solco oculo-palpebrale inferiore si vedono fiocchi di pretto muco.

La cornea, se nettata dal muco che vi scorre sopra in filamenti, è lucente come negli occhi che hanno pianto, perfettamente trasparente. La congiuntiva bulbare tutt'all'intorno forma un lieve cercine rilevato ed edematoso, lasciando fra cornea e congiuntiva uno spazio dove facilmente si raccoglie qualche pò di muco. Un fatto singolare (finora non apprezzato) è la poca sensibilità della cornea. Infatti toccandola leggermente con un filo specialmente al centro, l'infermo appena lo sente e talora non se ne accorge affatto. Però questo stato anestesico della cornea varia secondo la intensità del morbo ed è meglio apprezzabile quando uno solo degli occhi è ammalato, per la facilità del confronto coll'occhio sano.

Vi è lacrimazione abbondante e molesta che obbliga il paziente ad asciugarsi continuamente gli occhi; e quando l'edema delle palpebre è considerevole, sicchè i bordi palpebrali restano fortemente chiusi, nell'aprirli a forza si vede sgorgare un liquido torbido, dovuto appunto alle lacrime ed al muco.

La vista è buona quando la cornea sia nettata dal velo mucoso che può ricoprirla. L'iride talora è tarda nei suoi movimenti mantenendosi però sempre la pupilla di media dilatazione.

Quasi sempre vi è nevralgia del ramo sopraorbitario del V° pajo, corrispondente all'occhio malato. La luce è molesta all'infermo, ma non in grado molto elevato.

*Anatomo-Patologia.* — L'edema delle palpebre e della congiuntiva, la paresi delle terminazioni nervose del V° pajo sulla cornea stanno ad indicarci un'alterazione dei nervi specialmente vasomotori ed una conseguente stasi sanguigna od inceppamento alla libera circolazione e regolare nutrizione delle parti affette.

In questi ultimi tempi vidi proposto l'uso del bagno freddo applicato direttamente sulla cornea in quei casi di iperestesia e fotofobia che formano talora la disperazione del malato e del cu-

rante, e dai risultati che se ne ottennero restò dimostrato che il freddo porta la paresi dei plessi nervosi corneali.

Ed io credo che nella congiuntivite reumatica avvenga appunto lo stesso per ragioni cosmiche, analoghe a quelle terapeutiche pur ora accennate.

Le alterazioni tutte infatti si spiegano per la paresi dei filamenti nervosi del V° e del simpatico. Si ha sfiancamento delle pareti vasali con stasi sanguigna, e trasudamento sieroso, donde l'edema.

*Decorso della malattia.*— La malattia ha un decorso rapido e direi quasi ciclico, giungendo in tre o quattro giorni al suo massimo, dopo i quali incominciano a diminuire il dolore, il gonfiore delle palpebre, la lacrimazione e la secrezione mucosa. Successivamente la mucosa bulbare va riprendendo il suo stato fisico normale ed incomincia a trasparire il bianco della sclera. La cornea ritorna a gradi alla sua sensibilità normale. Nei casi non intensissimi ogni acutezza del morbo cessa in capo ad una settimana restando solo un po' di iperemia ed ipersecrezione della mucosa palpebrale.

La malattia può guarire spontaneamente e senza alcun reliquato coi soli riguardi igienici. Ma ben altrimenti vanno le cose quando o l'ignoranza del malato o la inopportuna cura del medico intervengono.

Infatti se si fecero (come quasi sempre suole avvenire) applicazioni fredde, o si installarono collirii paralizzanti, come d'atropina, od irritanti come quelli di solfato di zinco o di nitrato d'argento, allora tutti i sintomi aumentano ed insorgono alterazioni più gravi nella cornea, la quale si opaca in alcuni punti e più specialmente alla periferia, e si fa assolutamente insensibile. Insorge talora una cheratite atonica-paralitica con ulcerazioni che possono portare la necrosi totale della cornea stessa. E siccome il più delle volte dai chirurghi poco esperti si confonde e si cura la reumatica a modo della congiuntivite purulenta, ne avviene che i guasti derivanti dalla cura si attribuiscono alla malignità della malattia; e seguitando il medico in buona fede un trattamento inopportuna-mente stabilito, porta danni sempre maggiori.

Anche nella congiuntivite reumatica quando sono cessati i sintomi acuti, suole far seguito lo stato ipertrofico delle pupille congiuntivali e la malattia ha corso lunghissimo, con lesioni o primitive o secondarie alla cornea, quali sono: leucomi semplici o aderenti, parziali o totali—oppure panno secondario da granulazioni.

*Eziologia.* — La causa principalissima e direi unica è l'azione del freddo sull'occhio.

Certo vi ha influenza la condizione climaterica umido-fredda, sicchè talora vediamo la malattia presentare i caratteri di una vera influenza come nel *grippe*.

Mentre poi questa forma di oftalmia in alcuni paesi è rarissima, in altri è frequentissima. Io confesso di averla ben conosciuta solo qui in Roma dove domina molto forse per le condizioni climateriche speciali e credo massima influenza vi abbia il grande squilibrio giornaliero fra il maximum ed il minimum di temperatura a cui è soggetta Roma ed i venti che la dominano in certe ore del giorno specialmente nelle località alte.

*Diagnosi differenziale.* — Io mi studierò di addimostrare come la congiuntivite reumatica sia distinguibile da tutte le altre e costituisca per sè una individualità morbosa degna di essere riconosciuta perchè richiede una cura tutta speciale ed assolutamente differente da quella di tutte le altre congiuntiviti.

Può confondersi nel suo iniziarsi colla *congiuntivite catarrale parziale semplice*, ma in questa si ha iniezione della sola congiuntiva palpebrale e manca l'edema. Vi è maggior quantità di muco ed ha un corso meno acuto; ma ciò che vale a distinguerla principalmente è il mancare quasi affatto in questa l'iniezione della porzione bulbare e la lesione di sensibilità della cornea.

Ben altrimenti difficile però riesce ai più il differenziarla dalla oftalmia purulenta: specialmente se il malato si presenta dopo che con ogni sorta di rimedii empirici e coll'applicazione del freddo portò al massimo grado di intensità oftalmia reumatica.

Però l'edema che nella reumatica è passivo, nella purulenta è infiammatorio ed il rossore delle palpebre ed il calore delle medesime intensissimo. Inoltre nella reumatica i bordi palpebrali tutto al più vengono a contatto ed è sempre possibile divaricare le palpebre mentre nella purulenta quasi sempre la palpebra superiore sovrasta alla inferiore, accavallandosi su di essa.

La chemosi della congiuntiva bulbare nella reumatica è leggerissima e limitata al bordo corneale e nella porzione orizzontale del bulbo, mentre nella purulenta è più intensa ed uniforme con rossore pure uniforme e totale; inoltre questa ricopre talora una buona porzione del margine corneale istesso.

Ma ciò che, come suol dirsi, taglia la testa al toro, è l'esame della secrezione. Nella reumatica la secrezione è puramente mu-

cosa e può raccogliersi in filamenti coerenti ed elastici ed il liquido che si riscontra nel sacco congiuntivale è evidentemente lacrimale; mentre che nella purulenta il secreto è disciolto, torbido come siero-pus, od ha l'aspetto di lavatura di carne, liquido giallo-rossastro che mai può confondersi col muco.

Infine v'è la causa. Riesce sempre nell'infermo di congiuntivite reumatica di sapere che si espose a qualche influenza reumatizzante; e manca in lui quasi sempre la blenorragia uretrale che è la causa più frequente della forma purulenta mentre nei casi di quest'ultima si constateranno ordinariamente le condizioni inverse.

Riguardo poi alla cornea mentre nella reumatica la paresi è primitiva e si presenta fra i primissimi sintomi, nella purulenta è secondaria e dovuta alla strozzatura del cercine chemotico e quindi si presenta solo quando questo è già intenso.

Altro criterio diagnostico è dato dalla cura. Mentre la reumatica migliora colle applicazioni calde e peggiora col freddo, e può guarire senza alcun rimedio topico — la purulenta si giova del ghiaccio e migliora con le pennellazioni (od istillazioni di colliri) di soluzione di nitrato d'argento, le quali al contrario sono dannosissime nella reumatica.

È impossibile confonderla con la *congiuntivite pustulare* propria dei bambini deboli, linfatici o scrofolosi e degli adulti per malattie pregresse indeboliti. Basta la presenza delle pustule specialmente sul lembo congiuntivale della cornea per escluderla.

Così dicasi della *congiuntivite ipertrofica*, dove le rilevatezze ed ineguaglianze della congiuntiva sono troppo apparenti per potere lasciare dei dubbi.

Egli è certo però che in questa malattia molte volte avvengono recrudescenze dovute a causa reumatica, ma allora si ha una forma *mista* ed esistendo realmente la congiuntivite reumatica, la cura dovrà essere uguale, occorrendo sempre di vincere questo epifenomeno prima di riprendere la cura delle granulazioni.

Nella *congiuntivite cruposa* l'essudato fibrinoso che facilmente si distacca collo stropiccio di una pezzuola e rapidamente si riforma basta da solo a dare un criterio diagnostico sicuro.

Si differenzia pure facilmente dal *tracoma* per gli essudati fissi che si vedono nello spessore della membrana. Non mi dilungherò a parlare dei caratteri differenziali della *congiuntivite sifilitica* non ponendosi in modo alcuno confondere colla reumatica.

Vi è però la *congiuntivite difterica* che pure presenta l'arrossamento della congiuntiva bulbare analogo a quello, della congiuntivite reumatica, e l'edema passivo delle palpebre. Ma in questa forma esistono anche sull'iniziarsi del morbo se non le placche difteriche di color bianco splendente, almeno dei punti anemici e di color bianco sporco dove in breve si manifestano i caratteri delle placche.

*Cura.* — Si deve anzitutto allontanare la causa che la produsse. Quindi l'infermo dovrà possibilmente guardare il letto od almeno sottrarsi alle correnti d'aria. Si premetterà un purgativo salino e si prescriveranno pozioni diaforetiche.

L'atropina è assolutamente controindicata non potendo che aumentare lo stato di paresi dei nervi oculari.

Il freddo è assolutamente micidiale, quindi si eviteranno anche i lavacri con acqua fredda. Per nettare l'occhio si usino o l'acqua tiepida, o meglio un infuso di camomilla.

L'occhio dovrà mantenersi in una atmosfera calda ed asciutta. Perciò meglio che le fomentazioni calde gioveranno i sacchetti aromatici. Si fanno questi con sacchetti di tela rada, empiti, non completamente, con

fiori di camomilla aa  
» di lavanda gr. 6  
» di sambuco

Contusi grossolanamente.

Questi si rinnoveranno mano mano che la secrezione mucosa sporcherà la faccia applicata sull'occhio.

Nell'inverno si avrà cura di tenerli avanti al fuoco per applicarli caldi.

Si faranno inoltre instillazioni di solfato di eserina centg. tre.

Acqua distillata gr. 15, tre volte al giorno.

Avendo però cura di mettere a intiepidire la soluzione, immergendo la boccetta nell'acqua calda.

L'eserina dà tonicità alle pareti vasali e giova molto in questi casi.

Se però la pupilla si restringesse troppo, si sostituisca il collirio di

Cloridrato di chinino centigr. 20:

Acqua distillata gram. 25:

da sciogliersi a caldo e da applicarsi tiepido quattro volte al giorno.

Con questa cura razionale e semplicissima, si vedranno i fenomeni morbosi rapidamente a decrescere.

Quando poi la sclerotica tornerà a presentare il suo color bianco e che resti il solo stato catarrale della mucosa palpebrale, allora, ma allora solo, si intervenga con i colliri astringenti.

Rovesciando le palpebre, si faccia una sol volta al giorno, una pennellazione con

Nitrato d'argento crist. centigr. 50:

Acqua distillata grammi 15:

lavando dopo con acqua semplice tiepida.

Al quale collirio poi, si sostituirà il collirio astringente giallo, della farmacopea di Vienna: finchè la congiuntiva palpebrale avrà ripreso i suoi caratteri fisici normali.

## II. Congiuntivite difterica.

Poche parole impiegherò nella descrizione sintomatica di tale malattia, perchè da tutti i medici oculisti è bene conosciuto il quadro fenomenico. Le placche difteriche che si notano più specialmente sulla congiuntiva palpebrale dapprima e che mano mano invadono la bulbare e non rispettando la cornea istessa, portano la perdita dell'occhio; restano così impresse, una volta vedute, da non permettere errore nella diagnosi.

Dapprima la congiuntiva presenta delle chiazze biancastre, quasi anemiche, circondate da iniezione vascolare non molto intensa. Poscia le palpebre si fanno turgide, edematose e la pelle delle palpebre istesse tesa, rossa, lucente.

Già prima di divaricare le palpebre, una linea biancastra che orla i loro margini, rivela la fatale malattia, generalmente la prima placca difterica si manifesta nella palpebra inferiore, in vicinanza al margine. E bianco-rossastra dapprima poi bianco-tendinea, lucida, liscia, profonda. Non tardano ad apparire altre placche e nella palpebra superiore e nella inferiore. Talora la mucosa palpebrale forma una piega al disopra della quale passa un essudato, simile a quello delle placche difteriche che permette l'introduzione di uno specillo, che può, rompendo tal ponte, mostrare il solco formato dalle due parti della congiuntiva affette.

Più raramente le placche difteriche si limitano ad una sola delle palpebre od alla sola congiuntiva bulbare. In tutti i casi la congiuntiva bulbare presenta una chemosi, dura anemica. La cornea si fa insensibile anche al più rude contatto. Non tarda ad appa-



rire una lieve disquamazione epiteliale della cornea stessa. Allora due vari modi di lesione corneale possono insorgere. O nel luogo della perdita di sostanza si manifesta un essudato biancastro ed allora la porzione di cornea presa dal male cade distrutta al cadere della placca formatasi, con successiva procidenza dell'iride che pure si ricopre di essudato: o la cornea perde a poco a poco i diversi strati, pur mantenendosi trasparente, finchè distrutta tutta la sostanza corneale resta la membrana di Descemet, che si tende e fa quasi ernia. È da notarsi che tal fenomeno può verificarsi anche quando la perdita di sostanza interessa una buona parte della cornea. Però questa membrana vitrea ben presto cede, e, come nel primo caso, avviene la procidenza della iride che pure si ricopre di essudato difterico.

Dopo cinque o sei giorni a seconda dell'intensità del morbo, in luogo della aridità della congiuntiva che prima notavasi, si ha secrezione di pus. Le placche istesse da bianche si fanno giallognole; stropicciandole con pannolino o raschiandole con uno scarificatore lasciano un detritus, a poco a poco il pus si fa abbondante e le placche scompaiono lasciando al loro posto una superficie esulcerata, dapprima caratterizzata da punti rossi misti a punti bianchi dai quali punti rossastri esce sangue a nappo. In seguito si ha un colore giallo rossastro e la superficie delle piaghe appare come granuleggiante. Dopo 15 o 20 giorni non resto che uno statà granuloso della congiuntiva e la cornea o totalmente o parzialmente distrutta con sinecchia anteriore: tale è il decorso della malattia qualora sia abbandonata a se stessa.

Quando nell'estate del 1876 nell'assenza del mio maestro il Professore Businelli io rimasi alla direzione dell'ambulatorio oftalmico annesso alla R. Clinica Oculistica di Roma, che pure nei mesi di vacanze resta aperto, ebbi la sorpresa (in verità poco gradevole), di dovere assistere a molti casi di difterite oculare. Io conoscevo più teoricamente che praticamente tal malattia. In tutti gli autori la trovavo descritta come *fortunatamente rarissima*. I consigli riguardo alla cura, che davano tali autori erano disparatissimi. Infatti nei più vedevo raccomandarsi e il caldo e il freddo; prescrizioni di rimedi interni, tartaro emetico, antimoniai ecc. trattamento topico analogo a quello della congiuntivite blenorroica. La prognosi era da tutti data infausta. Sicchè mi vedevo costretto col cuore oppresso a predire infortuni gravi per la vista, che pur troppo non tardavano a verificarsi. Mi chiamavo fortunato quando

riuscivo ad impedire il propagarsi del male da un occhio all'altro, o quando una porzione di cornea restava utile ad una futura iridectomia.

Nella stagione invernale dell'anno 1877 e durante l'epoca delle lezioni cliniche niun caso di difterite si presentò al nostro studio, sicchè andò vano il mio desiderio di avere schiarimenti ed osservazioni dal mio maestro.

Però nelle vacanze, ossia nell'estate di detto anno, quando pure ero solo a medicare gli oftalmici che accorrevano all'ambulatorio della R. Clinica, non tardarono a presentarsi frequenti casi di difterite oculare. Il metodo curativo che avevo fino allora seguito consisteva nelle applicazioni di compresse fredde o ghiacciate, raschiamento delle placche e pennellazioni con soluzione di nitrato d'argento nella dose di:

Nitrato d'argento cristallizzato gram. 1 :

Acqua distill. gram. 30:

Inoltre lavacri detersivi ripetuti. Ed anche in quell'anno incominciai a seguire tal metodo.

Ma siccome avevo notato che dopo ogni applicazione del collirio le placche in luogo di diminuire aumentavano, mi misi in guardia ed abbandonando la malattia quasi a sè stessa notai, che più presto avveniva la guarigione e minori erano i danni, quanto più celere era la fusione purulenta delle placche difteriche.

Ragionando allora su tutti i fenomeni che accompagnavano la malattia mi persuasi doversi la perdita della cornea allo stato paralitico della medesima ed alla mancanza di nutrizione pello strozzamento della congiuntiva e sua anemia causato dall'essudato difterico che la infiltrava; la reazione infiammatoria che faceva seguito producendo la fusione purulenta delle placche, non essere da temersi, come i più degli autori dicono, giacchè non era altro che il detritus e la degenerazione ed eliminazione delle placche istesse. Avevo inoltre osservato che qualora avveniva la perforazione della cornea e la procidenza d'iride, la placca difterica che la ricopriva era di più facile eliminazione di quelle della congiuntiva; il che volli attribuire alla struttura eminentemente vascolare dell'iride, ed alla più facile reazione infiammatoria. Inoltre una volta perforata la cornea ed avvenuta l'aderenza dell'iride alla piaga, il resto della cornea era immune da ulteriori guasti; quasichè l'iride stessa coi suoi vasi, supplisse alla nutrizione corneale, scarsa o nulla per parte della congiuntiva.

Quindi il mio scopo doveva essere con ogni mezzo di affrettare questa benefica reazione.

Passando in rassegna allora tutti i mezzi curativi fino allora impiegati, facilmente mi persuasi che non rispondevano in modo alcuno alle indicazioni. E, valga il vero, se la causa di ogni disastro era l'anemia e mancanza di nutrizione della congiuntiva e della cornea, potevano il ghiaccio ed i colliri astringenti ragionevolmente impiegarsi?

L'azione del freddo continuo è astringente e deprimente e vale più a far cessare una iperemia attiva ed una forte reazione infiammatoria che a procurarla. Infine il suo effetto è di produrre anemia. Invece il caldo umido vale a richiamare sangue alle parti che ne difettano e facilita le suppurazioni. Lo stesso che del freddo già dissi può ripetersi dei colliri astringenti. Pensai quindi di sostituire alle compresse ghiacciate, quelle calde mercè pannolini bagnati in infusa di camomilla sperando dalle sostanze aromatiche una benefica azione eccitante.

La natura dell'essudato difterico oculare è identica a quella delle vie respiratorie come lo dimostrarono chiaramente ed il microscopio, e le apparenze fisiche e cliniche. Infatti io avevo visto bambini morire di difterite; essendo stati prima colpiti dal morbo fatale agli occhi, essendosi successivamente manifestato ingorgo glandulare ai linfatici sottomascellari, e successivamente placche alla gola con tutti i fenomeni generali che ne seguono e che hanno per triste fine la morte.

Aveva letto le infinite discussioni che in questi ultimi anni si erano fatte sulla natura ed in lode della difteria, ed, appoggiandomi ai fatti osservati, ritenevo che i fenomeni dapprima puramente locali e dovuti ad uno speciale fermento dappoi per la via dei linfatici si facessero generali, piuttostochè dalla infezione generale derivasse la locale.

Perciò trascurai ogni cura interna, non attai il più delle volte che a togliere forze all'individuo malato e quindi tale da ritardare anzichè favorire la reazione necessaria.

Riguardo alla cura locale decisi di adottare una sostanza sulla cui virtù antizimotica potesse contare. Fra le diverse sostanze che mi vennero alla mente preferii l'idrato di cloralio, siccome quello che sapevo benissimo tollerato dall'occhio, avendolo già altre volte adoperato nella cura delle blefariti marginali con buon risultato.

Della sua virtù antifermentativa non dubitavo, avendo io otte-

nu'lo dei preparati oculari benissimo conservati per più anni mettendo occhi di cadavere in una soluzione concentrata di idrato di cloralio gr. 2 in 30 gr. d'acqua distillata (preparati nei quali la cornea restava sempre trasparente).

Stabilito così il mio piano di cura, non tardai a metterlo ad esecuzione. Rimasi io stesso sorpreso dei buoni effetti ottenuti. Le placche si fondevano rapidamente, la malattia cessava di estendersi e la guarigione era rapida e talora non lasciava altri reliquati che una granulazione congiuntivale in corrispondenza della sede della placca difterica. Allorchè il prof. Businelli ritornò a riprendere il corso delle lezioni oftalmologiche non tardai a comunicargli le mie osservazioni e le guarigioni che io avevo ottenuto in una diecina di casi. Egli, sebbene sia riservatissimo e prudente nell'accettare le novità, spesso illusorie, in terapia, prese la mia proposta in seria considerazione, e volle egli stesso ripetere gli esperimenti e controllare i sorprendenti effetti della nuova cura.

Ed il risultato corrispose sempre, sicchè ebbi la soddisfazione di vedere il mio metodo curativo non solo accettato dal mio illustre maestro il Prof. Businelli, ma di sapere che lo stesso annunciarono la nuova cura ed i felici successi agli Oculisti stranieri che intervennero al Congresso oftalmologico internazionale tenutosi nel settembre di quest'anno in Milano.

Posso assicurare che dal 1877 a tutt'oggi i casi curati e guariti ascendono quasi ad un centinaio e che *in tutti* si è ottenuta la più completa guarigione; quando, ben inteso, i malati si sono attenuti strettamente alla cura prescritta.

Nè faccia meraviglia il numero relativamente grande di casi di congiuntivite difterica in Roma da noi studiati, imperocchè da qualche tempo ci si presentano durante tutto l'anno ma più specialmente nei mesi estivi.

Ora esporrò esattamente il metodo curativo potendo, in piena coscienza assicurare che, qualora e il medico e il malato o chi lo assiste scrupolosamente vi si uniformino, la guarigione potrà ottenersi certamente.

La cura dovrà essere iniziata quando ancora non esistono lesioni della cornea e migliore sarà il risultato e più limitate le lesioni quando questa sarà istituita col primo sorgere dei fenomeni morbosi caratteristici.

La parte più importante e direi quasi essenziale della cura sono le *applicazioni calde continue*.

Si faranno queste con compresse bagnate di infuso di camomilla caldo. Le compresse stesse si cambieranno di cinque in cinque minuti e si applicheranno senza interruzione giorno e notte.

Queste si continueranno finchè le placche si fonderanno e subentrerà il periodo purulento. Il chirurgo poi ogni giorno per due volte, cioè al mattino ed alla sera, rovescerà le palpebre e stropicierà con una compressa di tela piuttosto ruvida le placche difteriche esistenti ed anche raschiandole con uno scarificatore fino ad arrivare alle parti più profonde della porzione di congiuntiva affetta, che allora si presenta di color rosa pallidissimo.

In seguito passerà su tutta la congiuntiva un pennello bagnato in una soluzione di

Idrato di cloralio gr. uno  
Acqua distillata gr. 30

Raccomanderà la massima nettezza specialmente quando dopo tre o quattro giorni incomincia la secrezione purulenta.

Quando strofinando la placca difterica questa si staccherà completamente lasciando sotto una superficie sanguinante, allora potrà predire la prossima guarigione e la cessazione di ogni pericolo per la cornea.

Allora potrà far limitare i bagnoli tiepidi al solo giorno, e quando infine, sparita ogni traccia di placca difterica, appariranno le granulazioni, piccole e giallognole, potrà al collirio di idrato di cloralio vantaggiosamente sostituire quello di

Nitrato d'argento crist. gr. uno  
Acqua distillata gr. 30

per pennellazioni una volta al giorno, lavando successivamente con acqua semplice.

Nei primi giorni della invasione della malattia farà instillare due volte al giorno una soluzione di

Cloridrato di chinino centigr. 20  
Acqua distillata gr. 25  
Sciolto a caldo.

Prima di chiudere il discorso sulle congiuntiviti, mi sia lecito spendere poche parole riguardo alla cura delle granulazioni palpebrali. Nella nostra Clinica si curano queste colle pennellazioni di nitrato d'argento nelle proporzioni già sopra indicate, colle scarificazioni, ed in seguito col solfato di rame, laudano ec.

Rifiutammo assolutamente l'uso della pomata di Pagenstecher a base di precipitato giallo sospeso in grasso. Questa pomata si volle da taluni lodare come *panacea* in moltissimi morbi oculari e più specialmente nelle granulazioni e nel tracoma.

Non avemmo neppure la pena di sperimentarla giacchè osservammo in molti malati di granulazioni palpebrali che ne avevano fatto uso per mesi e mesi in luogo di migliorare, farsi le granulazioni stesse molli, voluminosissime, e peduncolate, tali da doversi estirpare con tonsura congiuntivale mercè le forbici.

Nè potrebbe essere altrimenti quando si consideri che se anche il sale di mercurio potesse giovare, il corpo grasso che ne è il veicolo non può che alimentare e rendere le granulazioni molli e più grandi. Forse il precipitato giallo come fondente meglio gioverà nel tracoma allo stadio della infiltrazione; ma nelle granulazioni semplici la detta pomata non è che di danno.

Nella nostra Clinica in casi ribelli di granulazioni palpebrali si ebbe ricorso alla cauterizzazione attuale eseguita con piccoli cauteri olivari coi quali si strisciava sulle granulazioni palpebrali. I risultati furono in vari casi soddisfacenti. La reazione è mitissima ed il dolore quasi nullo.

Però siccome il caustico attuale spaventa in generale i malati, si pensò di sospendere l'uso di questa terapeutica risorsa, proponendoci però di sostituire al ferro rovente una piccola ansa di platino resa incandescente dal galvanismo.

Il che certo non mancheremo di fare appena sia provvisto un'apparecchio adatto e si presenti la indicazione di adoperarlo.

---

2890



