

BIBLIOTECA
LANCISIANA



J

CASUISTICA CLINICA

*Nulla autem est alia prò certo noscendi
via, nisi quam plurimas et dissectionum
et morborum historias tum aliorum,
tum proprias habere et inter se com-
parare.*

MORGAGNI - *De sed. et cau
morb.* - LIB. IV. *Proemium*

DEL DOTT. R. RAMPOLDI

Libero docente di Ottalmologia presso la R. Università di Pavia.



I.

Assenza congenita ereditaria dei movimenti oculo-palpebrali.

Senza dubbio, nella genesi di alterazioni oculari della più diversa indole, il momento ereditario ha una parte importantissima. E forse non c'è nella economia animale apparato, che, quanto quello visivo, rispecchi la virtù di un tale momento.

In diverse riprese mi sono studiato di recare contributi clinici alla dimostrazione di un tal fatto. E ora nuovamente ribadisco l'argomento, con narrare due storie cliniche, che non mi paiono destituite d'interesse, anche per una circostanza che dirò in seguito e che pure fu da me già annotata, senza per altro pretendere di dare alla stessa circostanza maggior significazione, di quella che può, nel giudizio altrui, avere.

I nuovi casi clinici, che brevemente narro, si riferiscono a due giovani individui, fratello e sorella, che non per aver consigli intorno alle loro condizioni visive, ma per altra cagione eran venuti all'Ospitale di Pavia nell'inverno di quest'anno istesso.

Io li invitai al dispensario oculistico e quivi attentamente li esaminai, dettando questa succinta relazione.



1. *Pagani Luigi*, d'anni 18, di Vellezzo Bellini, sarto, è un pallido giovane, dal volto macilento e di gracile costituzione.

Impressiona, a primo vederlo, per una costante procidenza delle sue palpebre, quasi avesse una bilaterale paralisi dell'elevatore. Le rime palpebrali son ridotte a una breve fenditura, e dei bulbi visivi, a testa normalmente eretta, nulla si vede da chi, avendo i propri occhi a ugual livello di quelli del paziente, guarda in faccia a questo.

Le due palpebre superiori appaiono tese dinanzi i bulbi oculari a guisa di gronda, senza rughe e, perchè il giovine vi osservi, gli è duopo estendere fortemente il capo. Pure può ancora serrar le palpebre; ma queste non danno mai un accenno a volersi elevare e, a chi bene le osserva, paiono sottili oltremisura.

Anche i due bulbi oculari sono affatto immobili. Notasi solo in quello di destra una lieve mobilità verso l'indentro per impulso volitivo. I bulbi stessi inoltre sembrano appiattiti d'alcun poco d'alto in basso, quando si divarichino le palpebre, e le cornee appaiono altresì più larghe di quello che alte.

Ed è dimostrabile un lieve grado di astigmatismo irregolare ipermetropico, del quale, a cagione del breve tempo concessomi per l'esame, non potei determinare perfettamente il grado. I fornici congiuntivali esterni trovai assai poco profondi.

Naturalmente molto mi avrebbe giovato un qualsiasi modo diretto di esplorazione, per verificare se i muscoli motori esterni dell'occhio erano assenti affatto, o semplicemente ridotti a una estrema atrofia, ma ciò non era, come di leggieri si comprende, altrimenti attuabile.

Il resto dell'esame oculare mi diede: pupille in media dilatazione, regolari, mobili tanto allo stimolo luminoso, come a quello accomodativo in una estensione pressochè normale. Mezzi diottrici trasparenti: povero di pigmento il fondo oculare (notisi però, che il paziente ha capelli assai chiari e cute molto bianca): le papille ottiche dall'aspetto ovalare e come coricate, cioè a dire, aventi il loro maggior diametro nel senso orizzontale, alcun poco inclinato verso l'esterno e l'alto.

Quanto alla acutezza visiva si è potuto stabilire, che, tenuto conto del lieve astigmatismo, che al momento dell'esame non fu altrimenti corretto che con lente positiva di 1 D, era in condizioni approssimativamente normali. Altrettanto si dica del senso cromatico, della estensione del campo periferico visivo e della tensione oculare.

2. La sorella *Pagani Angela*, d'anni 15, servente, ha miglior aspetto e non è ancor mestruta. Non ha mai sofferto malattie di qualche gravazza. Ha, come il fratello, un difetto di prima formazione negli occhi. E questo difetto consiste nella perfetta assenza dei movimenti estrinseci dei bulbi oculari e di elevazione delle palpebre superiori. Manca perfino in questa paziente quel lieve grado di mobilità di un bulbo, il destro, verso l'indentro, quale rintracciammo nella prima storia. Anzi è da dire, che, a palpebre divaricate, i due globi oculari ne appaiono come costantemente ruotati in basso e indentro, di guisa che le due linee visive, concorrenti ad angolo formerebbero approssimativamente, a testa

normalmente eretta, un angolo di circa 45° col piano dell'orizzonte. Ne viene, che la ragazza per osservare cose o persone, deve arrettrare fortemente la testa non solo, ma fin anco il petto e variamente atteggiarsi.

Nel resto l'esame degli occhi non diede sostanziali differenze da ciò, che si rinvenne nel fratello. Solo l'astigmatismo ipermetropico irregolare fu potuto riconoscere di maggiore grado e la paziente, con grande stento, riesciva a leggere, avvicinando il libro a 12 cm. dagli occhi, le prove del N. 4 Wecker. In questo atto della lettura, la ragazza or leggeva con l'uno or con l'altro occhio, piegando il capo successivamente or da un lato, or da l'altro, e pareva, che non trovasse mai modo di accomodare il libro alla luce incidente. Nel fondo oculare le papille ottiche apparivano pur depresse e i vasi centrali non emergevano dal centro di esse, sibbene da i margini di una assai manifesta escavazione fisiologica, che lontanamente ricordava quella per glaucoma e che occupava il settore inferiore delle papille medesime.

Tali in succinto le due storie. A complemento delle quali io debbo aggiungere, che i due pazienti non hanno più nè madre, nè padre, nè altri fratelli. Narrano però, che il padre loro (e questo che dico ho potuto certiorare anche per mezzo di persona degna della maggior fede) era affetto del medesimo loro difetto. E, risalendo nella loro memoria, ricordano come fosse opinione accolta con la maggior fede nella loro famiglia, che un tal difetto era nel padre provenuto da ciò, che la madre di questo, essendosi (mentre ne era incinta appena da qualche mese) recata a Caravaggio, era stata quivi assai impressionata dal vedere, colpita dallo strano difetto, la figlia dell'oste presso cui aveva alloggiato.

Quest'è la circostanza, a cui alludevo più sopra. Molti sorrideranno, perchè io mi sono data pena di ricordarla. Ma a me pare, che pur non volendo accogliere troppo facilmente quello che il volgo pensa intorno le probabili cause dei mali, (cause, che il volgo stesso ama assai spesso immaginare misteriose), non convenga mai, a priori, tutto negare.

Dice un sapiente adagio: *Felix qui rerum potuit cognoscere causas!* E anche noi, nella nostra ignoranza, siamo dello stesso avviso. Massime poi in questi tempi di suggestioni morbose d'ogni fatta.

Ad ogni modo, come ho altrove narrato, questi casi di impressioni psichiche nelle gestanti, per le quali sonosi manifestate alterazioni curiosissime di prima formazione, non sono pochi, nè devono essere assolutamente risibili, se hanno destata la attenzione anche di autorevoli persone. A queste di buon grado confidiamo le

7 od 8 istorie cliniche, da noi già altrove narrate, nelle quali fu pure annotato qualche ameno dato anamnesico, del genere di quello qui riferito.

Resta ad ogni modo accertato il fatto della credità di una rara alterazione oculare di prima formazione, la quale assai probabilmente è dovuta all'assenza dei muscoli estrinseci del bulbo oculare e dell'elevatore delle palpebre. Queste veramente erano ancora dotate del movimento di chiusura dovuto al muscolo orbicolare; laonde va intenso in senso alquanto ristretto l'enunciazione da noi fatta dei due casi clinici, testè narrati.

II.

Un caso di ambliopia saturnina.

Il giorno 13 del Novembre passato venne in mia cura certa signora C. B. d'anni 35, la quale lagnavasi di una progressiva bilaterale diminuzione della facoltà visiva.

Trattavasi di una donna ben costituita e robusta, assai intelligente e ancora nubile. Impressionava però assai, a primo vederla, il colorito livido del suo volto e un giallore manifesto del bianco dell'occhio di guisa, che senza volerlo s'era tratti a congetturare qualche affezione epatica. Tal colorito del volto e degli occhi spiccava anche più sotto una folta e nera capigliatura, che solo a chi attentamente avesse riguardato, sarebbe apparsa in incipiente canizie.

La donna mi narrò primamente, che essa non aveva mai sofferto malattie di qualche gravezza, se si eccettui negli ultimi due anni, durante i quali fu molto molestata da ricorrenti emicranie e da passeggeri disordini intestinali. Questi ultimi, a vero dire però, sempre lievi e la paziente li attribuisce a stipsi abituale. Al contrario le emicranie furono talora tanto gravi, che la donna incolpa ad esse molti altri fenomeni nervosi, dei quali era presa tratto tratto. Ad es. dice, che non infrequenti volte le è parso di essere in preda a inesplicabili terrori, a melanconie, a insonnio. Altre volte si è sentito assai greve il capo e l'inquieto suo dormire è stato interrotto da sogni strani.

Ciò non ostante la intelligenza si è conservata integra: l'appetito non è stato turbato mai in modo da preoccupare e i mestruj hanno sempre fluìto regolarmente.

Soltanto la funzione visiva ha sofferto: da più di un anno essa va scemando così, che le persone non sono più riconosciute alla distanza di pochi metri e da vicino non sono più letti gli ordinari caratteri da stampa. Un provetto oculista ha preso in sua cura la donna: fece diagnosi, si dice, di jaloite bilaterale e ha somministrato joduro di potassio a dosi crescenti.

Per trovarsi vicina ad alcuni suoi parenti, che avevano loro stanza qui a Pavia, la paziente si è qui recata ed io ho potuto perciò continuarne la cura.

Ecco quello, che trovai al primo esame fatto dei suoi occhi:

O. D.: a m. 4 $\frac{1}{2}$ $V = \frac{20}{70}$: a 30 cm. $V = \frac{1}{7}$

O. S.: a m. 4 $\frac{1}{2}$ $V = \frac{20}{40}$: a 30 cm. $V = \frac{1}{2}$

Lenti biconvesse di 1, 75 D migliorano alquanto la visione da vicino, di guisa, che qualche parola del N. 1 Wecker può essere con stento rilevata dall'O. S.

Le pupille sono miotiche; quella del lato destro in minor grado però. Sono anche pigre allo stimolo luminoso e all'accomodazione: inoltre non sembrano perfettamente rotonde. Instillata atropina, dilatansi in mediocre grado e appaiono, sì l'una che l'altra ovalari col maggior diametro verticale. Cornee diafane e normalmente sensibili.

All'esame endoftalmoscopico si vede, che la lente cristallina è trasparente e l'umor vitreo è torbido in modo diffuso, molto più dal destro lato che dal sinistro. La torbidezza dell'umore si direbbe costituita da una quantità grandissima di piccole granulazioni, delle quali la maggior parte occupa le porzioni periferiche del vitreo, mentre alcune sono penetrate anche nella massa di questa. Deriva da un tal fatto morboso un peculiare riflesso del fondo oculare, che mal si può definire.

Papilla ottica e retina sono a mala pena esplorabili a destra, mentre a sinistra appaiono abbastanza bene. Trovo quivi di speciale: un assottigliamento notevole delle arterie centrali e un riflesso rameico della papilla e bigio della retina.

Null'altro di notevole ho rintracciato. Non esplorai la estensione del campo periferico visivo.

La paziente non portava alcun segno di labi costituzionali: non

aveva patito mai infezioni, e neppure accennava ad altri disturbi, infuori di quelli sopra annotati. Esplorai la funzione cardiaca, che rinvenni normale: feci anche un sufficiente esame delle urine, ma nulla ho trovato di morboso.

Diagnosi. — Così stando le cose, io confesso, che son rimasto qualche giorno perplesso innanzi di decidermi a formulare giudizio il meno incerto circa la natura e la causa del male.

La forma clinica di ambliopia era certamente in rapporto con le notate alterazioni endoculari, le quali si risolvevano, come dicemmo, in un diffuso intorbidamento del vitreo: ma quale era mai la causa di una simile affezione?

Ragionando con l'ammalata, due o tre di dopo il primo esame fattole, io venni a sapere, che costei usava, da ben tre anni, bagnarli giornalmente i capelli (a fine di conservarli lucidi e neri) con una certa acqua, che mi feci dare a scopo di indagarne la chimica composizione, assai dubitando, che ivi fosse la causa del male.

La giovine donna mi portò infatti una bottiglietta ripiena a metà di un liquido biancastro, con sedimento pulverolento, sulla quale, tra altro, era scritto « Hair's restorer ». Saranno stati circa 200 mm. c. di liquido, che mi sono affrettato a consegnare al mio egregio e cortese amico G. Bertoni di questa Università per un esame chimico.

Ecco il rapporto avutone:

« Trattasi di una soluzione acquosa di *acetato di piombo*, nella quale sta sospeso del magistero di solfo (solfo precipitato). Detto liquido contiene inoltre sostanze odorose aromatiche, di niun nocimento alla salute: perciò l'azione perniciosa di quello deve ascrivarsi unicamente alla presenza del sale di Saturno, che vi si trova in rilevante quantità (circa 5 grammi).

« Le reazioni, per le quali potei stabilire indubbiamente la natura di tale sostanza sono:

« Filtratane una porzione, mi avvidi che il liquido, dapprima limpido diventava lattiginoso all'aria: ciò dunque voleva dire, che l'acido carbonico dell'aria precipitava un ossido, donde argui che poteva trattarsi di acetato basico di piombo.

« Detto liquido filtrato infatti ridiveniva limpidissimo con aggiunta di acido acetico, e a questa soluzione divisa in molte porzioni distinte:

a) l'acido solfidrico dava un precipitato nero = solfuro di piombo;

b) l'acido solforico un precipitato bianco = solfato di piombo (insolubile negli acidi);

c) il bicromato di potassa un precipitato giallo solubile nella potassa;

d) il joduro di potassio un pp. pure giallo ecc., ecc.

« Concludendo, è fuor di dubbio, che trattasi di un sale di piombo e che esso più propriamente è l'*acetato* »

Riunendo le conclusioni di questo rapporto con tutto ciò che è detto nella narrazione del caso clinico, io ho formulato il giudizio, che si trattasse di una ambliopia saturnina.

Ho quindi consigliato una cura interna con joduro di potassio.

La donna è venuta interrottamente a farsi vedere da me fin verso il giorno 20 del successivo Dicembre, affermando ogni giorno più di migliorare nelle sue condizioni visive.

Anche nell'aspetto si andò accentuando un notevole progressivo miglioramento. Scomparve, se non totalmente, in molta parte quel colorito livido, che notammo più su. L'appetito si fece più vigile e all'irrequietezza nervosa, della quale la donna si querelava nel corso della notte, subentrò uno stato calmo e affatto normale.

Dopo quindici giorni avevo ridotta la cura del joduro a minori proporzioni e avevo suggerite le pillole del Blancard, da prendersene 2 al giorno.

Accadde, a questo periodo della cura, alla paziente di osservare un fenomeno visivo nuovo. Davanti il suo occhio sinistro, che era, come dissi, il più ammalato, si presentò d'un tratto come una miriade di punti neri, mobili assai, che a poco a poco parvero raccogliersi e condensarsi in un disco centrale, quasi affatto opaco; il quale poi, alla sua volta, andò diradandosi in breve ora per lasciar posto a un anello tenue, rappresentante la periferia del disco medesimo.

Venne la signora da me spaventata, temendo, che le si fosse manifestato qualche grave fatto nell'occhio. Io esplorai il fondo oculare, dopo aver instillata atropina, ma non potei accorgermi che alcun che di più grave fosse avvenuto. Anzi trovai più trasparente il vitreo e fui sorpreso nel vedere la papilla ottica vivamente rosigna. Tranquillizzai la paziente, la quale andò via via acquistando

nella salute generale e nella facoltà visiva. Di tal guisa che, quando volle far ritorno al suo domicilio, aveva:

O. S.: V quasi affatto normale da vicino col sussidio di una lente biconvessa pari a $1 D$. Da lontano $V = 20/30$. Persiste da questo lato la visione di piccoli punti neri mobili;

O. D.: rispettivamente $V = 1/2$ con $+ 1, 5 D$ e $V = 20/40$.

Il presente caso, così come l'ho descritto, parmi dia luogo a qualche utile riflessione.

E questa innanzi le altre: Si trattò qui di vera diminuzione di vista dovuta ad intossicamento saturnino?

Noi non potremmo perentoriamente affermare la cosa. Pure le maggiori probabilità sono per un male di tale natura.

Le ragioni, che ne persuadono a ritenere ciò per fatto probabile emergono chiare dalla fedele narrazione fatta del caso clinico.

Questo tuttavia, essendo tale l'origine sua, meritava gli onori di una pubblicazione?

A me pare di sì. Esistono, è vero, nella letteratura ottalmologica osservazioni bene accertate di disordini funzionali dell'apparato visivo dovuti a avvelenamento di piombo, ma tali osservazioni contemplano nella grande maggioranza dei casi i disordini visivi secondari o a encefalopatie saturnine o ad altre alterazioni, o non bene esplorabili nell'occhio o non tanto accentuate come nel caso nostro.

Il reperto morboso endoftalmoscopico, che io in qualche modo ho tentato di rendere intelligibile, è raro fatto. Più raro fatto è ancora quel fenomeno, che accusò la paziente: perocchè esso farebbe pensare alla presenza nell'occhio di un gran numero di molecole di sale piombico prima precipitate negli spazi lacunari linfatici pericoroideali e jaloidei, poi trasportate dalle correnti linfatiche verso il polo posteriore dell'occhio, donde sarebbero migrate fuori dell'organo visivo pel tramite perineurico, pel quale si estrinseca la linfa endoculare.

Lascio di accennare qui ad altre considerazioni di minor momento, volendo essere breve. E mi permetto solo di aggiungere, che, e per rispetto alla igiene generale dell'organismo e a quella locale degli occhi, il momento etiologico di questa ambliopia è importante assai e degno delle maggiori considerazioni.

III.

*Ulteriori notizie e considerazioni intorno a un caso narrato
di sclero-coroidite anteriore.*

Nel fasc. 5° degli *Annali di Ottalmologia* pubblicati nell'anno 1883 trovasi narrato un caso di unilaterale sclero-coroidite anteriore, da me osservato in un mio ex-condiscipolo e curato per parecchi mesi con esito fortunato.

Quel caso mi parve allora notevole per taluni riguardi, che ho fatto rilevare nella breve relazione data.

Ora mi è accaduto, dopo due anni circa che avevo lasciato l'amico, di vedermi questo capitano dinanzi ancora, per richiedermi di un ulteriore consiglio intorno « a un lento e progressivo diminuire della sua vista per gli oggetti lontani e vicini. »

Credo quindi conveniente cosa dare del caso narrato le ulteriori notizie, le quali ho fiducia che non saranno per parere superflue affatto.

Il paziente anzitutto mi ha tenuto presso a poco questo discorso:

« Dopo l'ultima volta, che noi ci vedemmo (or sono due anni circa) io ho continuato ad essere, circa il mio occhio leso, che è il sinistro, in una condizione di stazionarietà, della quale andavo contento assai, perchè temevo sempre che crescesse troppo quella che voi chiamate ectasia anteriore della sclerotica.

« L'occhio si conservava bianco e cessata affatto era quella eruzione di pustollette della quale già ti parlai.

« Soltanto devo dirti, che nel frattempo mi si sono manifestati nelle palpebre tre tumoretti, che, come vedi, non mi danno fastidio e somigliano questi altri (e mi mostrò due cisti ateromatose del cuoio capelluto, grossa ciascuna come una avellana).

« A poco a poco poi la mia vista è andata migliorando dell'occhio sinistro e me ne sono accorto del fatto, che, chiudendo il sinistro, io ricominciavo a vedere la persona del presidente, da stare che facevo al mio posto di avvocato difensore in tribunale.

« Venne un momento in cui entrambi gli occhi vedevano a uguale distanza.

« Se non che da alcun tempo mi ritorna da capo « l'accorcia-

mento » della mia vista a sinistra. Non vedo più il presidente. E, cosa nuova, anche da vicino non rilevo più quelle lettere, quelle parole, che pur rilevavo lorquando l'occhio mio era molto malato, come sai.

« Ma vi è anche questo da notare. Tutti mi dicono, che l'occhio sinistro è rimpicciolito assai da quello che era. E io stesso me ne accorgo in verità. E naturalmente mi preoccupò, perchè se era male che prima si distendesse troppo, or non vorrei che succedesse il contrario. Ed ecco perchè sono venuto a trovarti. Or tocca a te a dirmi quali nuove cose sono accadute. »

Esaminai con molta cura l'occhio in discorso. E trovai: che ogni nota di irritazione era scomparsa dalla regione sclerale corrispondente alla zona ciliare, la quale, da azzurrina che era ed uniformemente ectasica, così come ho narrato nella precedente relazione, era divenuta di un color bianco ed erasi depressa di guisa, che la sua curvatura si continuava con quella della finitima regione senza apprezzabili differenze. Anzi, bene osservando col rischiaramento laterale, si sarebbe detto che quella stessa regione, che altre volte era stafilomatosa in mediocre grado, ora si fosse abbassata più, che non doveva essere nelle condizioni normali. Questa circostanza feci rilevare anche al mio egregio Assistente clinico, dottor Faravelli, presente all'esame che io andavo facendo dell'occhio ammalato.

La zona ciliare, che ho detto, spiccava tuttavia per quel suo colore bianco, a guisa di anello dell'altezza di circa 4 mm. attorno la cornea. E il lembo di congiuntiva, che la ricopriva era manifestamente più spesso, che non si dimostra nelle condizioni normali e rassomigliava a una grossa pellicola d'uovo, la quale circonda l'albumo; e si corrugava in pieghe sotto il movimento del bulbo. Mentre d'altra parte pareva che si fosse anche prolungata sulla cornea di modo, che questa membrana aveva apparenza di non essere perfettamente rotonda, ma alcun poco ellittica, con maggior diametro trasversale.

Un tenue pterigio triangolare si protendeva dalla regione interna della congiuntiva bulbare sulla cornea, a cui s'attaccava, un mm. circa più innanzi dell'estremo lembo congiuntivale.

L'esame della cornea mi diede: trasparenza normale; normale sensibilità e una lieve diminuzione di curvatura, confronto fatto con la cornea dell'occhio destro. Mi valse di questo esame del chera-toscopio di Masselon e Wecker.

Nel resto non trovai alterazione alcuna nella camera anteriore, nell'iride, nella pupilla, negli umori cristallino e vitreo. Circa il fondo oculare ho annotato questo reperto: Papilla ottica alquanto scavata nel suo margine inferiore, anche confronto fatto con quella dell'occhio destro: vasi venosi della retina pulsanti nel centro della papilla stessa, mentre dall'altro occhio questo fatto non s'osserva.

Circa la acutezza visiva, la refrazione e l'accomodamento dell'occhio rinvenni: $V = \frac{20}{20}$ a 4 mm. e $\frac{1}{2}$, con il sussidio di una lente biconvessa di 1,50 D, non ostante che si fosse dimostrato un lieve astigmatismo ipermetropico nell'occhio esaminato ($Hm = 0,75$ in corrispondenza del diametro corneale inclinato sul verticale del 35° dell'esterno e dall'alto: $Hm = 1,50$ D sul diametro normale all'anzidetto). $V = \frac{1}{1}$ a 30 cm. di distanza (Scala ottometrica del prof. Albini), col sussidio di lente biconvessa pari a 3 D. L'altro occhio fu trovato perfettamente sano.

La storia, per quello che importa di sapere a noi, finisce qui. E a me sembra, che da queste ulteriori notizie, in confronto con quelle prima riferite, emergano considerazioni di indiscutibile utilità pratica.

Questa innanzi ogni altra: che una oculare affezione abbastanza grave, la quale aveva durato parecchi anni, sempre più aggravandosi per nuove recidive, ha potuto guarir bene, senza lesione della funzione visiva propriamente detta.

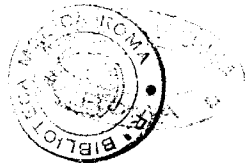
In secondo luogo si è dimostrato che, come per il precorrente rammollimento e il consecutivo distendersi del polo anteriore della sclerotica ne è venuto un grado di Miopia, che valutammo in 4 D, così pel consecutivo corrugarsi della cornea non solo fu eliso un tale effetto, ma uno contrario ne fu prodotto; cioè a dire una condizione ipermetropica, che determinammo pari a 1,5 D.

Donde si vede il lavoro fatto dal lento e progressivo irrigidire della sclera, al quale devesi ancora, di certo, e il relativo lieve appiattamento della cornea e, forse, il manifestarsi di fenomeni nel fondo oculare, i quali potrebbero, volendo spingere le induzioni a un punto lontano, precorrere una insorgenza di glaucoma.

Ricordo, che nella prima narrazione io dissi: La madre di questo paziente è affetta da artrite deformante e da bilaterale glaucoma operato: che sarebbe avvenuto, se la sclero-coroidite anteriore avesse qui sorpreso l'individuo in età avanzata? cioè a dire quando in costui

si fosse già incoato il processo di sclerosi e però la sclera avesse meno facilmente obbedito al maggior aumento di pressione endoculare?

Ora forse, per una involuzione patologica e precoce che soffre l'occhio in questione, ci troviamo dinanzi al fatto congetturato allora. La zona coroideale anteriore fu qui presa di mira: dalle condizioni di essa dipende molto spesso la vita e la funzione di un'occhio. Chissà, che fra non molto il mio ex-condiscipolo non mi torni dinanzi lamentando dolori e ambliopia. Mentre d'altra parte è pur possibile cosa, che, giunto a un certo grado, l'irrigidire della sclera cessi, nè altro più si manifesti di morboso.



Estratto dagli « *Annali di Ottalmologia* » Anno XVI. Fascicolo I.

3088