

BIBLIOTECA  
LANCISIANA



# COMUNICAZIONI ORALI

DEL

DOTT. R. RAMPOLDI

fatte al Congresso degli Oculisti in Genova

(Ottobre 1886).



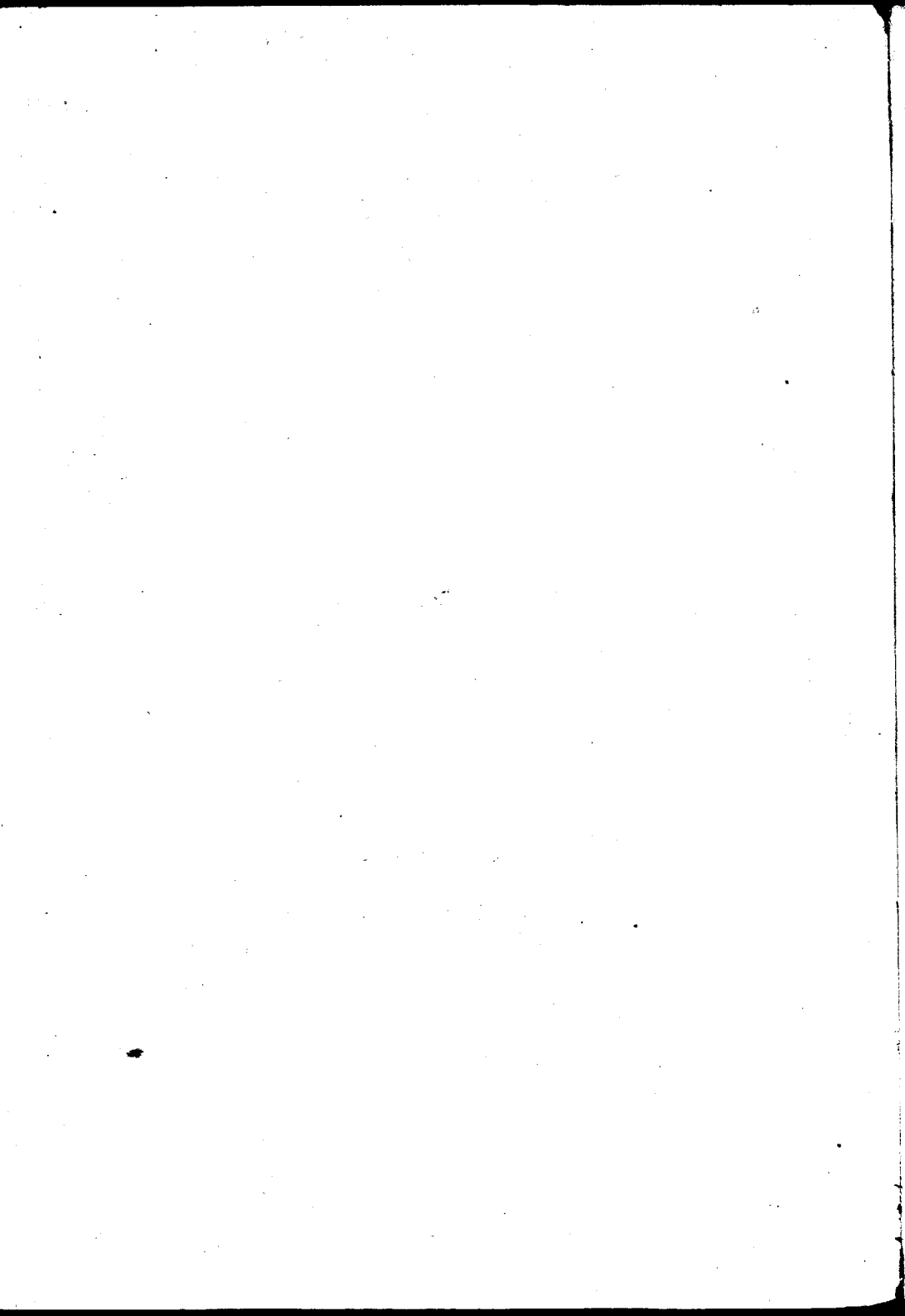
- 
1. Sulla natura infettiva della panoftalmite che talora consegue alla estrazione della cataratta.
  2. Dell'uso del sublimato corrosivo nella terapeutica oculare.
  3. Della transitoria infiltrazione linfatica della cornea, quale causa di ottalmia traumatica nei mielitori.



PAVIA

STABILIMENTO TIPOGRAFICO SUCCESSORI BIZZONI

1887.



# COMUNICAZIONI ORALI

DEL

DoTT. R. RAMPOLDI

fatte al Congresso degli Oculisti in Genova

(Ottobre 1886).



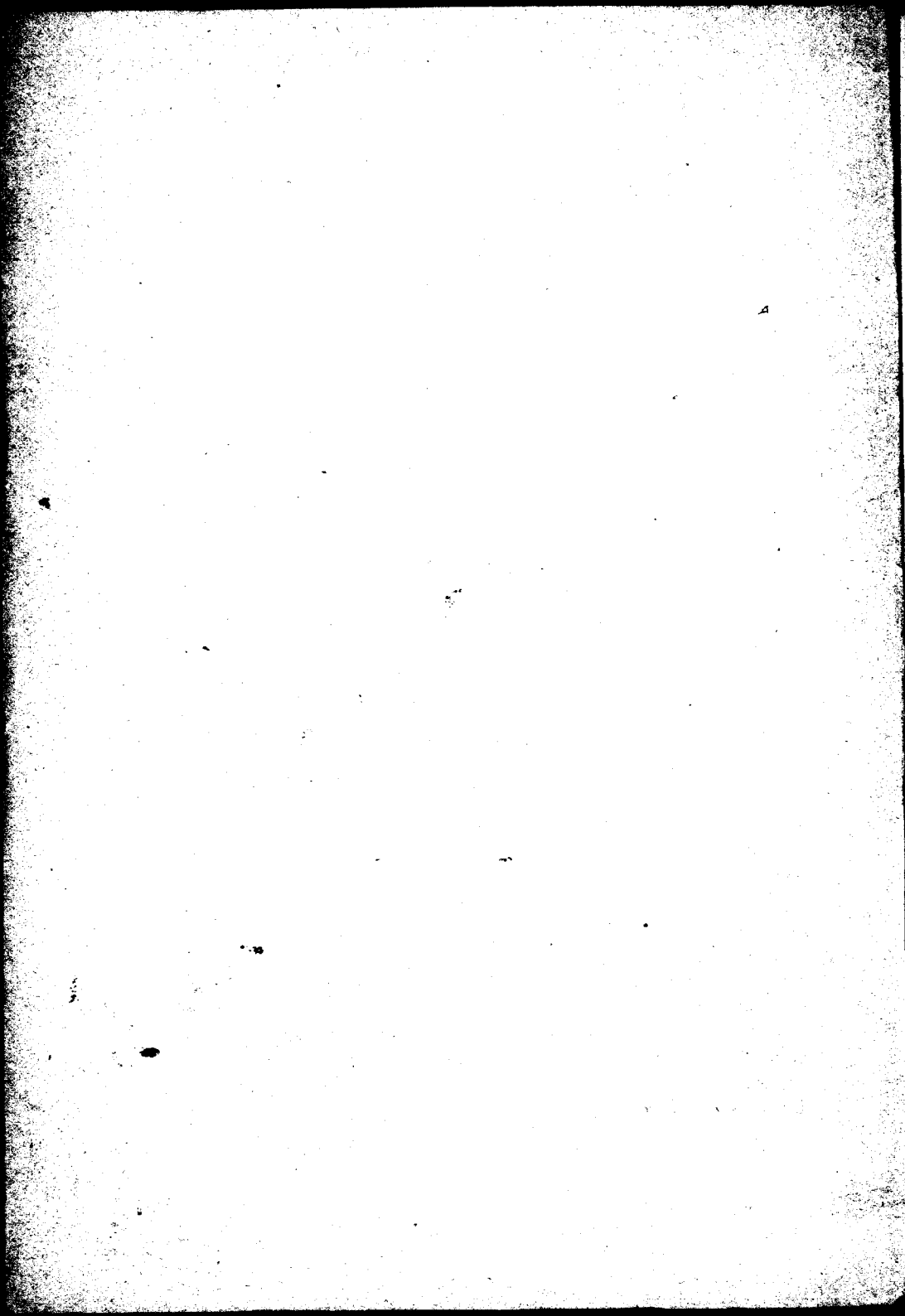
- 
1. Sulla natura infettiva della panoftalmite che talora consegue alla estrazione della cataratta.
  2. Dell'uso del sublimato corrosivo nella terapeutica oculare.
  3. Della transitoria infiltrazione linfatica della cornea, quale causa di ottalmia traumatica nei mietitori.



**PAVIA**

STABILIMENTO TIPOGRAFICO SUCCESSORI BIZZONI

1887.



# COMUNICAZIONI ORALI

DEL

DOTTOR R. RAMPOLDI

fatte al Congresso degli Oculisti in Genova - Ottobre 1886.

---

1.<sup>a</sup>

*Sulla natura infettiva della panoftalmite che talora consegue alla estrazione della cataratta.*

Premetto, o signori, ch'io non saprei ancora dire tutto intiero il mio pensiero intorno ai molti vantaggi, che si attendono dalle ricerche batteriologiche nella pratica oculistica. Tali ricerche però vanno, per opera di speciali e valenti cultori della patologia sperimentale, crescendo di numero e significazione di guisa, che attraggono la attenzione di quanti professano l'arte medica e che, pur non essendo molto inclini ad accogliere ogni novità come dogma, tanto meno poi quando si tratti delle applicazioni terapeutiche, amano tuttavia nulla negare e tengono dietro al molto progresso con l'occhio attento, memori della verità di quel detto, che solo « *in animum malevolum non intrabit sapientia.* »

Ciò premesso, io vengo all'argomento e mi studio di recare qui un contributo modesto alle nuove dottrine parassitarie delle infezioni oculari; senza per altro ritrarmi ancora da quella vigile aspettativa, alla quale accennavo più sopra.

La natura infettiva della panoftalmite, successiva ad estrazione di cataratta, venne già dimostrata dalle osservazioni di *Widmark*.

Non è quindi cosa nuova quella, su cui io qui voglio chiamare la vostra attenzione, onorevoli colleghi. È semplicemente la disamina di un problema che, risoluto, può essere ragione di molte utili applicazioni terapeutiche, intese a prevenire infezioni nell'atto della estrazione della cataratta.

D'altra parte con l'argomento enunciato si collegano alcuni altri argomenti clinici, che mi sembrano degni di menzione.

Dopo una serie di estrazioni di cataratta ben riuscite, accadde a me, quest'inverno passato, di osservare la insorgenza di una violenta panoftalmite postoperatoria, contemporaneamente, in due diversi malati, un uomo e una donna, accolti nella Clinica Oculistica di Pavia e quivi operati di estrazione della cataratta.

Mi impressionarono assai questi due casi, perchè i rispettivi ammalati, da 5 di operati, parevano ormai prossimi a guarigione.

Notavasi solo in entrambi la lentezza della cicatrizzazione della ferita praticata, epperò la filtrazione dell'umor acqueo.

Se eccettuasi una lieve iperemia congiuntivale, null'altro osservavasi di morboso.

Per la prima volta, dopo sei di, io instillai in entrambi gli operati alcune gocce di una consueta soluzione di salicilato d'atropina. E medicali, come sempre, coi maggiori riguardi.

Dopo alcune ore entrambi i pazienti accusarono brucior vivo, poi dolore bulbare, e, nella notte, insonnio, irrequietezza.

Fu levata la medicazione, fu fatta una detersione della congiuntiva con soluzione borica; fu insperso un po' di polvere jodoformica nel sacco congiuntivale: si diè cloralio internamente. Tutto fu inutile. Una violenta panoftalmite si dichiarò il dì appresso e in entrambi i malati, dopo una serie di patimenti dovuti all'esoftalmo così detto infiammatorio, l'ultimo esito fu la perdita del bulbo.

Questo triste esito di due casi di cataratta, operati felicemente e già in 6ª giornata progredienti verso la guarigione, mi fè pensare, che la panoftalmite fosse veramente di natura infettiva.

Ma, la infezione donde era venuta?

O dalle mani del curante.

O dalle medicazioni usate.

O dall'instillata atropina.

O dall'aria dell'ambiente.

Esistono, si dice, anche nello stato normale, microrganismi nel sacco congiuntivale e in quello lagrimale; ma tali sembrano essere innocui nella regione bulbare, nelle ordinarie condizioni. Nel caso

nostro però la cicatrice non era fatta e filtrava, come dissi, ancora umor acqueo.

Un'altra supposizione dunque dovevasi fare: la presunta infezione cioè poteva derivare anche da insufficiente detersione della mucosa della congiuntiva.

Nota però che non esisteva catarro del sacco lagrimale e che la congiuntiva mostravasi semplicemente iperemica.

Molto dubitando, che si trattasse veramente di una infezione portata a quei due occhi, io invitai un diligente mio scolaro del 5° Corso di Medicina, il sig. A. Monti, (il quale da parecchio tempo frequentava il Laboratorio del chiarissimo prof. Golgi nello intento di ammaestrarsi nelle ricerche batteriologiche) a studiare i due casi con quei mezzi che sono additati dal genere speciale di tali ricerche, le quali richiedono la scrupolosa osservanza di certe norme non facili a tutti a conoscersi e a applicarsi severamente.

Ecco un breve rapporto trasmessomi dal giovine alunno:

« Nei due casi di panoftalmite postoperativa, che il Dott. Rampoldi mi ha invitato a studiare, io ho riscontrato puro ed ho coltivato sui *mezzi nutritivi solidi trasparenti* un corto bacillo, di cui ho accertate le proprietà piogene mediante inoculazioni sugli animali. »

Più tardi in un caso interessantissimo di xerosi che dirò cachettica, che io avevo in osservazione nel Comparto Ottalmico dell'Ospitale di S. Matteo e che mostrai, a scopo di altrettali indagini, al medesimo signor Monti, questi trovò l'identico bacillo della panoftalmite, riconoscendone la somiglianza col bacillo di KUSCHBERT, di NEISSER, di LEBER e determinando ancora così la natura infettiva e le proprietà biologiche del rispettivo parassita.

A proposito di che ecco come il Monti si esprime nel suo rapporto:

« Si presero tracce del pus contenuto nella camera anteriore (tanto nei due casi di panoftalmite, come nel caso di xerosi) mediante un ago di platino precedentemente arroventato e si fecero delle seminagioni sulla gelatina-agar preparata col metodo di KOCH.

« Si ebbe allora (come anche nei successivi trasporti sull'agar a piatto), dopo 24 ore a 35°-37° c., una striscia di piccoli punti, che andavano confluendo ed avevano colore biancastro. Nei giorni suc-

cessivi la coltura crebbe maggiormente in superficie ed aumentando di spessore divenne sempre più opaca assumendo un tono leggermente giallastro caseoso. Se l'agar adoperata era ben asciutta la colonia appariva a superficie irregolare, granulosa, a contorni frastagliati. Nelle provette, oltre l'efflorescenza superficiale, si aveva lungo la puntura una elegante vegetazione in forma di granuli minuti, opachi biancastri, di diversa grossezza, fittamente addossati l'uno all'altro.

« Sulla gelatina si ebbe eguale modo di sviluppo senza liquefazione del mezzo nutritivo.

« All'esame microscopico le colonie appaiono costituite di corti bastoncini arrotondati alle estremità, disposti di solito in coppie. Le coppie sono talvolta in serie longitudinale, talvolta in serie trasversale. Più spesso i due batteri stanno obliquamente accostati l'uno all'altro. Non raramente si osservano gruppi di quattro, qualche volta si hanno dei gruppi più numerosi regolarmente ordinati per due in senso trasversale. »

Quanto alle proprietà piogene del bacillo in questione, il Monti le ha pur dimostrate « stemperando delle colture pure in acqua sterilizzata e facendone delle iniezioni in cavie, conigli e topi. »

Non è qui luogo di ricordare tutti li sperimenti, in succinto modo numerati nel rapporto del Monti: a me ora giova, riassumendo, constatare, che nei miei due casi di panoftalmite si riscontrò *solo* quel bacillo, che nella xerosi corneo-congiuntivale cachettica, era accompagnato da innocui cocchi (che sembrano esistere già in secreti sani della congiuntiva).

Parrebbe quindi lecito indurre, che la infezione è avvenuta, nei miei due casi di panoftalmite, pel trasporto diretto di un microrganismo dentro la camera anteriore dell'occhio in alcuno dei modi più sopra accennati.

Se non che presentasi quivi alla nostra considerazione un altro fatto degno di riguardo.

Il bacillo della xerosi cachettica è identico a quello della panoftalmite.

Ora la clinica avrebbe, nei casi da me osservati, confermato cotesto asserto. Nel caso di xerosi, più volte qui ricordato, tenne dietro la panoftalmite da un occhio, con quelle stesse manifestazioni, che hanno caratterizzato il decorrere della panoftalmite postoperatoria.

Ma un altro punto indiretto di contatto offrirebbe la osservazione clinica fra xerosi e panoftalmite.

Sono noti i rapporti tra xeroftalmia ed emeralopia: ebbene uguali rapporti, se ben si osserva, intercedono non di rado tra emeralopia (per parlare di una subbietiva manifestazione, che in talun caso non si saprebbe designare, con un reale fondamento anatomo-patologico) e panoftalmite.

Io descrissi negli *Annali di Ottalmologia* casi di individui, che, dopo aver sofferto per più anni di ricorrente emeralopia, hanno finito per avere la necrosi della cornea e la panoftalmite, quindi la tisi bulbare.

E di recente due nuove osservazioni ho raccolte che confermano tal fatto.

Anche nel citato caso di xerosi la paziente era emeralopica da parecchi mesi.

D'altra parte la cachessia pellagrosa, come l'ho vista da l'un lato ingenerare emeralopia, l'ho vista dall'altro produrre lesioni corneali, che, se fossero bene studiate, si troverebbero forse non da altro sostenute che dalle medesime cause di infezione.

Ciò sarà ad ogni modo argomento di studio per il tempo avvenire.

Frattanto constatiamo, tornando all'argomento nostro, che per le cose anzi dette la panoftalmite postoperativa sembra essere nei miei due casi veramente di natura infettiva e che la causa della infezione deve ricercarsi o nelle mani del curante, o nei mezzi di medicazione usati, o nell'ambiente o nei colliri, o nel sacco congiuntivale o in quello lacrimale.

Occorrerebbe perciò stabilire osservazioni nuove e ricerche batteriologiche e andare alla scoperta della verità, sceverando quel tal microorganismo, che alla panoftalmite diede luogo, sia con lo esame di tutti i parassiti contenuti nell'aria dell'ambiente nel quale si opera, sia in altra guisa.

Ad ogni modo sembrano discendere logicamente dal sopradetto le seguenti illazioni pratiche:

1. Che prima dell'operazione abbiasi riguardo alla maggiore disinfezione dell'ambiente;
2. Alla perfetta pulitura delle mani;
3. Alla rigorosa preparazione asettica della medicazione;

4. Alla disinfezione del sacco congiuntivale e del lagrimale;
5. All'uso di colliri ben preparati e tenuti affatto chiusi, e con l'aggiunta in dati casi di una tenue dose di cloralio idrato;
6. All'uso metodico del sublimato corrosivo.

In un mio lavoro sull'asepsi nella operazione della cataratta dichiarai queste necessarie cautele. E ora dovrei insistere su esse. Infine si tratta sempre di vere misure igieniche, comunque si vogliano accogliere le conclusioni sulla natura infettiva della panoftalmite, che talora segue alla estrazione della cataratta.

Finirò con dire, che, dopochè fo uso del bicloruro di mercurio, non ebbi più a lamentarmi di sinistri accidenti, come dimostro in quest'altra comunicazione, che ho l'onore di farvi.

## 2.<sup>a</sup>

### *Dell'uso del sublimato corrosivo nella terapeutica oculare.*

L'applicazione del sublimato corrosivo alla cura delle malattie degli occhi non è cosa affatto recente. Il famoso collirio del Conradi doveva assai probabilmente la maggior sua efficacia a quel sale, che pure BEER e HIMLY trovarono utilissimo nella congiuntivite purulenta dei neonati e che SCARPA molto commendava nella cura della ottalmia gonorroica. MACKENZIE consigliò già per la blefarite ciliare lavacri palpebrali fatti con una soluzione di sublimato nella proporzione di 5 a 10 cg. in 240 gr. di acqua dist. e JUENGEN se ne giovò nella congiuntivite degli scrofolosi e, come afferma il CAPPELLETTI, altri pratici si servirono del potente preparato come abortivo contro le pustole della congiuntiva e della cornea.

Fra i meno antichi autori di cose ottalmologiche, per dir solo di alcuni, troviamo il SOELBERG WELLS (1869), che consiglia lavacri al bicloruro di mercurio nella ottalmia purulenta e, fra i recenti, SATTLER e PESCHEL (1882), che lo additano come il maggior antisettico e però lo encomiano nella terapeutica ottalmica e SCHMIDT-RIMPLER, che lo ricorda nel suo trattato tra i rimedi della semplice congiuntivite; mentre nelle cliniche oculistiche di Palermo e di Siena, dirette quella dal Prof. DE-VINCENTIIS, questa dal Prof. GUAITA, è a mia conoscenza che sono state istituite sperienze non solo intorno alla efficacia curativa del medicamento, ma altresì sui modi e sulle forme di sua applicazione.

Del sublimato corrosivo naturalmente non parve mai tanto dimostrato il valore curativo, quanto in questi ultimi tempi, nei quali, per l'incremento dato alle nuove dottrine intorno la natura infettiva di molti morbi, anche le indicazioni per l'impiego di questo o di quel medicamento si sono andate sceverando e raggruppando intorno a meno incerti argomenti terapeutici.

Io non ho in verità, o signori, osservazioni di farmacologia sperimentale da riferirvi. Ho semplicemente a narrarvi in succinto modo i risultati clinici delle applicazioni, che finora feci del sublimato negli Istituti oculistici di Pavia.

A stretto rigore, parlandovi di questi risultati, ottenuti col sublimato, non dovrei dimenticare quelli conseguiti col calomelano, iniettato sotto cute, perocchè sia oramai dimostrato per tutti che, in grembo ai tessuti questo sale si tramuta in quello e sotto la nuova forma spiega la sua potente azione sull'organismo. Ma di questa parte dell'argomento io non avrei molto da aggiungervi, dopo quanto in più riprese ebbi l'occasione di pubblicare. Solo mi permetterò di dire cosa che in coteste pubblicazioni non fu accennata e che merita al contrario tutta la nostra attenzione, dappoichè si lega intimamente e con le proprietà antisettiche del sublimato e con le applicazioni terapeutiche di esso. Io voglio dire della efficacia del medicamento nella cura della ottalmia simpatica.

Si è di recente discusso sulla natura infettiva di questo male e si son fatti sperimenti per dimostrare ciò. Io, che, come ogni altro, quando non ho osservazioni mie proprie, vo molto cauto ad accogliere le novità scientifiche, (parendomi che un sano dubbio in questa materia non sia mai disdicevole), io, ripeto, non potendo altrimenti portare il mio contributo intorno all'argomento, se non con le osservazioni cliniche, mi sono prestamente accorto di questo fatto, che le iniezioni sottocutanee di calomelano, fatte in casi di quel genere di morbo oculare alle tempie, avevano la virtù di mitigare e guarire i sintomi, ora ritenuti di infezione oculare; togliendo anche in dati casi ogni attitudine infettante ai corpi stranieri penetrati dall'esterno dentro il bulbo oculare, sicchè vedo ancora occhi, che, dopo tre o quattro anni dalla sofferta lesione, portano impunemente nel loro grembo corpi stranieri. Naturalmente si trattò sempre di casi, in cui o la indicazione di fare una enucleazione non parve abbastanza manifesta, o un tal atto operativo non fu accettato dal paziente.

È questa che ora memorai, parmi, una congettura e insieme una prova indiretta del valore antisettico del calomelano nei prodromi della ottalmia simpatica. Tuttavia comprendo, che un maggior numero di osservazioni abbisogni per una perentoria dimostrazione del fatto.

Confortato dai buoni risultati terapeutici, quali sapevo essere stati conseguiti in varie Cliniche, io mi sono affrettato a sperimentare metodicamente in quella, che ho l'onore di dirigere da cinque anni, il sublimato corrosivo, parendomi che, come non conviene in terapeutica esser troppo corrivi ad accettare le conclusioni altrui, così non sia permesso obliarle affatto o negligerle mai. Ed ecco in brevi proposizioni quello, che a me risultò di abbastanza provato dalle mie osservazioni.

La precedente comunicazione può già servire per sè stessa di prefazione a questa, che ora fo.

Dirò innanzi tutto, che la applicazione del medicamento io la feci per lavacro, ora per collirio, ora per iniezione nella camera anteriore dell'occhio.

Il sale usavasi per lo più disciolto nella proporzione di 1 gr. in 2000 di acqua distillata.

Praticai il lavacro, ora a mezzo di sottile corrente, ora con cotone idrofilo imbevuto nella detta soluzione, ora con schizzetto, nell'intento di detergere la mucosa del sacco lagrimale spaccato o per tumore o per fistola.

Dello stesso modo di applicazione mi giovai negli atti operativi praticati tanto sulle palpebre, che sul bulbo, sia per preparare, come suol dirsi, il terreno, su cui dovevo portare i ferri, sia per mantenere, durante l'operazione, una rigorosa pulitura. E precipuamente mi valse cotesto modo di disinfezione oculare ogni qualvolta dovevo procedere a una iridectomia o a una estrazione di cataratta.

Sotto forma di collirio mi son servito del sublimato nella cura della congiuntivite fittenuolare e ancor più nella disinfezione delle ulcere serpigginose della cornea con o senza ipopio.

Nella camera anteriore dell'occhio poi ho iniettata più volte la cennata soluzione di bicloruro idrargirico dopo aver fatta la paracentesi, nell'intento di evacuarne l'ipopio, che in modo or spontaneo, or traumatico, io osservo prodursi tanto frequentemente nella stagione della mietitura del grano nei contadini dell'agro pavese.

In tale operazione mi giovò sempre quel contagocce capillare, che va unito all'oftalmoscopio di Galezowski. Iniettavo tre, quattro volte il liquido, che in tal contagocce poteva essere contenuto; medicavo, dopo praticato un lavacro nel sacco congiuntivale, e, occorrendo, ripeteva la iniezione due, tre giorni di seguito.

Devo dire, che io non ho mai sperato con ciò di poter frenare affatto certe forme di maligne ottalmie dei mietitori, che già vedevansi avviate alla totale distruzione dell'occhio. Sibbene, in casi di mediocre gravazza, il metodo mi corrispose. Si diedero perfino di tali, in cui l'ipopio più non comparve, dopo una sola iniezione. E frattanto, così operando, io non tralasciavo di fare osservazioni di confronto.

Mi accorsi prestamente, che l'occhio non solo non si risentiva sinistramente del processo su di esso esperito, ma avviavasi in modo più sollecito alla guarigione. Il catarro congiuntivale, che tanto spesso comitava con l'affezione corneale, risolvevasi più prontamente: le ulcere della cornea si pulivano nel fondo, diventando diafane e si imbiancavano lievemente sui margini; mentre un'utile modificazione ritraeva da una tal cura anche il catarro del sacco lagrimale che molto spesso accompagnava l'ipopio-cheratite.

Io non darò, nemmeno in succinto modo, la narrazione dei molti casi da me osservati. Vi basti che io dica, che mi capitò perfino di avere contemporaneamente in cura da 10 a 16 mietitori affetti da ipopio-cheratite, ora complicata, ora no, da dacriocistite.

L'efficacia terapeutica reale del sublimato corrosivo non mi apparve soltanto in casi di tale natura; ma altresì nella cura di blefariti ciliari e di congiuntiviti tracomatose. È necessario però ch'io dica, a questo proposito, che non potrei asseverare con certezza, se le vecchie pomate ottalmiche a base di precipitati mercuriali sieno meno vantaggiose. Perocchè mi sono accorto da alcun tempo, che queste pomate, massime quella al precipitato giallo, quando sieno a tempo usate e sussidiate da opportuna medicazione, rendono utilissimi servigi nella cura delle cennate affezioni oculari, sicchè non mi saprei risolvere a sostituirle con un preparato congenere, quando l'applicazione di questo non mi dia evidenti motivi di preferenza.

Nelle operazioni di cataratta io ebbi però forse la miglior prova del valore terapeutico del sublimato corrosivo.

Dissi nella precedente mia comunicazione come io abbia avuto,

in sullo scorcio dell'ultimo inverno, due insuccessi operatori per panoftalmite consecutiva a estrazione di cataratta. Dissi anche in qual modo mi persuadessi della natura infettiva di tali accidenti e come pensassi a prevenirli da poi con l'uso metodico del sublimato corrosivo.

Ora, da una accurata statistica raccolta dal mio egregio Assistente, dott. Cicardi, presente a questo Congresso, risulta, che a partire da quella epoca io operai 39 estrazioni di cataratta con pieno successo e che altre 3 ne ha eseguite, pure con ottimo esito, il medesimo mio coadiutore. In tutto son dunque 42 estrazioni praticate nel correre di circa sei mesi, delle quali non una fu seguita da accidenti di qualche significazione. Ciò prova nuovamente l'efficacia medicamentosa del sublimato corrosivo e fa sperare che la statistica dei buoni successi operativi, nella estrazione della cataratta, si farà anche migliore per l'avvenire; pur essendo noi persuasi, che ci saranno sempre cause indipendenti e dal processo operativo e dai maggiori riguardi igienici, le quali potranno rovinare un occhio e bene operato e bene medicato.

Ad ogni modo, poichè la causa infettiva non è infrequente fra quelle ragioni di disastro operatorio, essa troverà sempre nel sublimato un validissimo presidio. Potranno le nuove dottrine intorno la natura parassitaria di molti processi morbosi, infettivi, trovare in progresso di tempo obiezioni più o meno potenti a scaltarle dal novero delle verità scientifiche, ma rimarrà sempre il fatto terapeutico ben constatato già per una serie di anni, della efficacia cioè del sublimato corrosivo nella cura di molte ottalmie.

#### Discussionc.

Prof. **Secondi** Presidente dice che atteso i buoni risultati ottenuti nelle sue operazioni di cataratta non ha gran pratica delle suppurazioni corneali postoperatorie.

Dice del metodo suo nelle suppurazioni corneali che ripetono altre origini.

Cita un caso occorsogli di un individuo che aveva riportato una ferita della cornea e del cristallino per un frammento di acciaio penetrato nella camera del vitreo. Egli estrasse il corpo straniero mediante la elettro-calamita. Dopo due giorni si manifestò una profonda suppurazione della ferita corneale che minacciava di distruggere tutta la cornea.

Senza porre tempo in mezzo cauterizzò tutta l'area infetta col galvano cauterio in modo da comprendere nell'escara l'iride e gli avanzi del cristallino. Il

risultato ottenuto fu tale, da permettere una buona visione mediante una pupilla artificiale. Esito eccellente ove si pensi, che con mezzi meno energici certamente l'occhio sarebbe rimasto vittima di una panoftalmite. Dichiarò che, ove avesse a trovarsi in un caso di incipiente suppurazione corneale in seguito ad operazione di cataratta, egli non esiterebbe a riaprire la ferita ed a cauterizzare colla galvano caustica tutta la parte che potesse essere sede di elementi infettivi.

Rivolgendosi in ultimo al prof. Rampoldi, il quale ebbe già a manifestare il dubbio, che lo jodoformio possa in talun caso provocare emorragia nella camera anteriore dell'occhio, il prof. Secondi gli fa notare che non usa già lo jodoformio quale potente antisettico, ma è convinto che tale rimedio puramente asettico è un eccellente mezzo per proteggere la ferita corneale dalla possibile introduzione di germi e per otturare in certo qual modo i punti lagrimali, senza provocare irritazioni da parte dell'occhio, essendo facilmente tollerato in grandi quantità e per lungo tempo.

**Gallenga** nel Cottolengo di Torino operò di iridectomia un bambino con placche di xerosis epiteliale affetto da stafiloma. — L'operazione rinsi felicemente e la ferita cicatrizzò senza inconvenienti, benchè il lembo su cui cadde il taglio fosse occupato da una placca di xerosis tipica.

Egli porta questo contributo, perchè non si accorda colle osservazioni di chi attribuisce molta influenza ai bacilli della xerosis nella produzione di fatti suppurativi.

**Bono** chiede al dottor Gallenga, se dopo l'operazione abbia instillato la soluzione di eserina, poichè in tal caso gli esperimenti dello Schweigger scioglierebbero il quesito, avendo questi dimostrato, che l'eserina è per il bacillo della xerosis quello che il nitrato d'argento per il gonococco.

**Rampoldi** non ha osservazioni sperimentali sue proprie per confermare o infirmare l'idea, che i bacilli della xerosi, (essendo stati riconosciuti, da chi è esperto cultore degli studi batteriologici, identici a quelli della panoftalmite postoperatoria). Egli ha riferito quanto, per iniziativa sua e di un suo intelligente allievo, fu da quest'ultimo trovato. Quanto a lui, Rampoldi, non ha che a ripetere su tale argomento le restrizioni innanzi fatte, perocchè ricorda sempre, quanto sia sapiente quell'adagio, che dice: *Parum crede, nihil nega, nisi videas*. Ad ogni modo anch'egli è sollecito di conoscere le ricerche che si fanno nel campo sperimentale, che è tanto fecondo di risultati utili nell'arte nostra ed è lieto di confermare questo fatto clinico: cioè a dire, che è a lui occorso più di una volta di osservare individui, i quali soffrirono a lungo di emeralopia, poi di xerosi corneo-congiuntivale, infine perdettero gli occhi per lenta o acuta necrosi dei tessuti. Qualche caso di tal natura ha anzi pubblicato negli *Annali*.

Al prof. Secondi dice, che egli è persuaso dei buoni effetti del jodoformio, e che gli basterebbe, come altrove attestò, la incontestata autorità del preopinante per ammettere ciò nella cura postoperatoria della cataratta; conferma però, che ebbe il disappunto di osservare, qualche volta, non sa se per caso o per soverchia applicazione del medicamento, le emorragie nella camera anteriore.

**Ribezi**. Il nostro Presidente mi ha fatto l'onore di rispondere il primo alla mia inchiesta, esponendo i mezzi che adopera innanzi e dopo l'operazione della cataratta. — Confortato quindi dalla sua autorevole parola, e dalla splendida

statistica di 160 operazioni felicemente eseguite, io temerò meno in avvenire l'azione irritante del bicloruro di mercurio come profilattico, e ne sperimererò gli effetti. — Sono anche tenuto al collega prof. Rampoldi, chè ha interloquuto con molta saggezza in tale argomento.

**Rampoldi** prende la parola per fare un'ultima comunicazione dal titolo:

3.<sup>a</sup>

*Della transitoria infiltrazione linfatica della cornea, quale causa di ottalmia traumatica nei mietitori.*

SIGNORI!

Dappoichè io ho avuto occasione di osservare e descrivere per il primo un memorabile caso di transitoria e artificialmente provocabile infiltrazione linfatica nella cornea di una pallida e giovine donna, mi sono studiato, nel modo che più mi era possibile, di accrescere significazione a quel caso stesso, epperò ho ricercato dapprima, se altri simiglianti fatti occorrevano e quale ne era la causa; poi se una qualche pratica induzione emergeva da simili ricerche.

Alla prima parte del triplice quesito io risposi già con una serie di osservazioni cliniche, le quali, come io bene mi lusingo, aggiunsero maggior credibilità scientifica alla prima, che per poco parve destinata a rimanere isolata nella Letteratura ottalmologica. Non riferirò qui, nemmeno per sommi capi, coteste nuove osservazioni, chè voi già, se io mal non mi appongo, dovete averne avuta notizia, che basti. Solo mi permetterò di invitare qualunque di voi conservi ancora, sulla realtà del fenomeno, alcun dubbio, a volermi chiedere schiarimenti maggiori; chè altrimenti ogni mia ulteriore parola sarebbe qui oziosa.

E su questa preghiera tanto più io vorrei insistere, in quanto venne già mossa da un autorevole scrittore di cose ottalmologiche un dubbio sulla attendibilità delle mie osservazioni, dubbio che mi sono affrettato a dissipare in un breve comunicato inserito nel 1.<sup>o</sup> fascicolo degli *Annali di Ottalmologia* del 1885.

Tornando all'annunciato argomento, io debbo dunque ammettere come ormai constatato questo fatto clinico; che la cornea può infiltrarsi di torbida linfa, in modo che diremo acuto e transitorio, per condizioni generali predisponenti dell'individuo, quali l'anemia

e il linfatismo e per circostanze occasionali peculiari, che nei singoli casi da me descritti vengono menzionate.

Or bene, qui a me conviene in modo speciale memorare, che parecchi di tali individui, nei quali ho osservato il fenomeno della acuta congerie di un torbido e grigio umore nella cornea, erano contadini, dall'aspetto gramo e intristito dagli stenti e dalla miseria e che il fenomeno osservavasi specialmente in date circostanze; ad esempio nella stagione della mondatura o della mietitura dei grani. Io non so, riveriti colleghi, se a voi accada di osservare tanto di frequente, come a me pur troppo è dato da parecchi anni, quella cheratite con ipopio, che viene designata col nome di *ottalmia dei mietitori*.

So bene però che il male è troppo noto a voi, perchè ve ne abbia a far cenno maggiore. Mi limiterò a ricordare, che di ottalmie così dette dei mietitori alcuni casi hanno spontanea origine, altri traumatica.

Or bene di questi ultimi casi ve ne ha pure taluno, del quale la genesi devesi assolutamente ricercare in quella infiltrazione grigia della cornea, di cui stimai conveniente discorrervi.

E la cosa si capisce facilmente. A quella guisa, che, dato un catarro del sacco lacrimale, il quale tanto frequentemente si accompagna colla cheratite, (di cui è anche, come sapete, la causa per l'ambliopia ingenerata dalla sintomatica stasi muco-lacrimale nel sacco della congiuntiva), a quella guisa, dicevo, che una tale affezione lacrimale può essere causa, che il mietitore, non vedendo le spiche o il gambo tagliato di riso e di frumento, o il tagliente e frastagliato margine delle foglie, ne riporti ferite lacero-contuse della cornea, così per un opacamento, sia pur transitorio, di questa membrana, occorre la genesi della medesima ottalmia traumatica.

Mi basterà citarvi un fatto, che da poco ho annotato.

Una giovine donna venne accolta nel Comparto ottalmico di Pavia, perchè, diceva, non poteva più occuparsi in lavori d'ago un po' a lungo, senza averne assai annebbiata la vista. La paziente aveva sofferte le febbri paludose e da appena qualche mese aveva abbandonato l'Ospitale di Pavia dove ebbe ricovero per una bronco-pneumonite che decorse con sintomi tifosi. Era perciò molto anemica e debole; le eran caduti quasi tutti i capelli e i suoi occhi non mostravano esteriormente altra nota morbosa, in fuori di una

bilaterale iperemia della congiuntiva bulbare, più manifesta in corrispondenza della zona pericheratica.

Potevasi artificialmente provocare il fenomeno della infiltrazione corneale. Io mi studiai primamente d'instituire una cura generale roborante; ma, per ragioni urgenti di famiglia, la malata dovette allontanarsi dell'Ospitale in condizioni di salute presso a poco identiche.

Non andò molto però, che io la vidi ritornare all'Ospitale con un ipopio-cheratite del sinistro occhio. La interrogai sulla causa del nuovo male. Risposemi che, essendo essa uscita a spigolare nei campi e non essendo guarita ancora di quella nebbia visiva, che la sorprendevasi allorquando a testa bassa cuciva, un gambo tagliato di riso le aveva inavvertitamente ferito l'occhio sinistro, sicchè s'era vista costretta a tornare all'Ospitale.

Allora io non potei a meno di ritenere, che la causa prossima della lesione dovevasi ricercare nell'ambliopia indotta dall'infiltrato corneale. Che ciò potesse accadere del resto avevo anche prima congetturato. Ma ora mi giova sottoporre, o egregi colleghi, il caso alla vostra considerazione, perchè parmi, che esso dimostri la verità del mio enunciato: potere cioè una infiltrazione transitoria di torbida linfa nella cornea, essere causa di traumatica ottalmia nei mietitori.

Ma voi domanderete forse: In qual modo può generarsi tale infiltrazione?

Io pure mi son posto un siffatto quesito più volte. Credetti da prima, che ciò dovesse avvenire per una congestione linfatica nelle lacune normali di nutrizione corneale, anormalmente dilatate e rese perciò viabili anche ai leucociti formati in grembo alla linfa stagnante nell'orbicolo ciliare, ma studi ulteriori e osservazioni più attente mi fecero persuaso, trattarsi nella maggioranza dei casi di una vera infiltrazione del torbido umore tra le lamelle costituenti lo strato intermedio della cornea trasparente e anormalmente disassiate tra loro da un peculiare processo di rammollimento, dovuto alle condizioni generali dell'organismo. Potrà darsi benissimo, che anche le vie perineuriche linfatiche, scoperte dal Thanoffer, non rimangano sgombrare da quei leucociti intorbidanti l'umore, che dovrebbe essere trasparente e così pure la rete di canali della membrana; ma quelle grigie striscie, che dalla periferia di questa convergono per lo più

verso il centro e si iniettano per ragione di gravità nel forzato abbassamento del capo, mi fanno, come dissi, ritenere che precorra veramente una sottile disassociazione delle lamelle corneali per un processo di rammollimento del tessuto. Considero perciò anche più importante il fatto clinico per la nuova conseguenza, che da esso deriva e confido, che a quello non sia per mancare in progresso di tempo la sanzione degli studi sperimentali.

#### Discussione.

Prof. **Secondi** Presidente non ebbe mai occasione di osservare la speciale irrorazione della cornea di cui il prof. Rampoldi ha dato comunicazione; conviene, che non sempre le cheratiti ipopion sono provocate da lesioni delle vie lagrimali, e che queste possono mancare. Afferma che l'elemento costante è il trauma, il quale produce la prima soluzione di continuo, la disepitelizzazione, ove verranno a cadere i germi che daranno luogo al noto processo infettivo.

**Rampoldi** insiste, raccomandando ai colleghi, che vogliano occuparsi della ricerca di casi clinici, quali egli narrò già più volte e a **Verdese**, che lo ha brevemente interpellato, ripete, ritenere che il fenomeno di una infiltrazione linfatica transitoria nella cornea sia da ascriversi a un rammollimento precorrente di questa membrana, d'onde nasce una tal disassociazione degli strati che questa compongono, da essere permessa anche tra loro la migrazione degli elementi cellulari, che ponno ingenerarsi nella linfa stagnante nelle regioni pericheratiche.

---

Estratto dagli « *Annali di Ottalmologia* » Anno XV. Fasc. 5-6.

---

