



COLLANA MORGAGNI
DI SCIENZE MEDICHE E NATURALI

OLTA DI CONFERENZE CLINICHE

insieme ai più rinomati prof. tedeschi

EDITA DA

RICCARDO VOLKMANN

N. 192.

SULLA CURA CAUSTICA ED ANTISETTICA

DELLE INFIAMMAZIONI CONGIUNTIVALI

DEL

Prof. A. GRAEFE



Traduzione del dott. **G. E. GONELLA**



Dottor LEONARDO VALLARDI, Editore

NAPOLI

Strada Trinità Maggiore, 6

MILANO

Corso Vittorio Emanuele, 24

ROMA

Via del Corso, 269

TORINO

Via Corte d'Appello, 14

1884

RACCOLTA DI CONFERENZE CLINICHE

Redattore **RICCARDO VOLKMANN**

PROFESSORE IN HALLE

CONFERENZE COMPONENTI LA 1ª SERIE.

1. **Hildebrandt**, prof. a Königsberg — Sulla retroflessione dell'utero.
2. **Volkmann**, prof. a Halle — Sulla paralisi dei bambini e sulle contratture paralizziche.
3. **Lücke**, prof. a Strasburg — Sulla cura operativa del gozzo.
4. **Fischer**, prof. a Breslau — Della commozione cerebrale.
5. **Billroth**, prof. a Vienna — Delle vie di diffusione del processo infiammatorio.
6. **Kühle**, prof. a Bonn — Sullo stato attuale della quistione della tubercolosi.
7. **Leyden**, prof. a Strasburg — Sulle paralisi riflesse.
8. **Spiegelberg**, prof. a Breslau — Sulle malattie del faringe.
9. **Kühle**, prof. a Bonn — Sulla natura della febbre puerperale.
10. **Olshausen**, prof. a Halle — Sulla diagnosi suppletiva del decorso del parto, desunta dai mutamenti nel cranio del neonato.
11. **Hueter**, prof. a Greifswald — Sul Panaritium, sue conseguenze e suo trattamento.
12. **Biermer**, prof. a Zurigo — Dell'Asma bronchiale.
13. **Volkmann**, prof. a Halle — Del Lupus e del suo trattamento.
14. **Breisky**, prof. a Berna — Sul trattamento delle emorragie puerperali.
15. **Ziemssen**, prof. a Erlangen — Del trattamento dell'ulcera semplice dello stomaco.
16. **Lücke**, prof. a Strasburg — Del piede deforme congenito.
17. **Gerhardt**, prof. a Würzburg — Dell'icterus gastro-duodenalis.
18. **Gusserow**, prof. a Strasburg — Sul carcinoma dell'utero.
19. **Wunderlich**, prof. a Leipzig — Sulla diagnosi del tifo petecchiale.
20. **Fischer**, prof. a Breslau — Dello Shok.
21. **Dohrn**, prof. a Marburg — Della pelvimetria.
22. **Liebermeister**, prof. a Tübingen — Del governo del calore e della febbre.
23. **Litzmann**, prof. a Kiel — Della ricognizione del bacino stretto sul vivente.
24. **Hueter**, prof. a Greifswald — Del trattamento chirurgico della febbre traumatica per ferita d'armi da fuoco.
25. **Litzmann**, prof. a Kiel — Dell'influenza del bacino stretto sul parto in generale.
26. **Spiegelberg**, prof. a Breslau — Sul trattamento intrauterino.
27. **Bartels**, prof. a Kiel — Studi clinici sulle diverse forme d'inflammazioni croniche diffuse dei reni.
28. **Olshausen**, prof. a Halle — Della parametrite puerperale.
29. **Leiden**, prof. a Strasburg — Sulla infiammazione del polmone.
30. **Schede**, prof. a Halle — Sulle lesioni della mano e delle dita.

CONFERENZE COMPONENTI LA 2ª SERIE.

31. **Liebermeister**, prof. a Tübingen — Sul trattamento della febbre.
32. **Hildebrandt**, prof. a Königsberg — Sul catarro degli organi genitali della donna.
33. **Schröder**, prof. a Erlangen — Della etiologia e del trattamento intrauterino delle antero e retro deviazioni dell'utero.
34. **Waldeyer**, prof. a Breslau — Sul cancro.
35. **Schultze**, prof. a Jena — Sulla gravidanza gemellare.
36. **Olshausen**, prof. in Halle — Delle lacerazioni del perineo e del modo di proteggerlo.
37. **Dohrn**, prof. a Marburg — Sul trattamento dei parti abortivi.
38. **Hildebrandt**, prof. a Königsberg — Dei polipi fibrosi dell'utero.
39. **I. Störk**, in Vienna — 1. Della laringoscopia — 2. **Gerhardt**, — prof. a Jena — Sulla diagnosi e cura della paralisi delle corde vocali.
40. **Nothnagel**, prof. a Freiburg — Sull'accesso epilettico.
41. **König**, prof. a Rostock — Sul significato degli spazi connettivali nella diffusione del processo flogistico.
42. **Leisner**, in Hamburg — La trasfusione del sangue.
43. **Jürgensen**, in Kiel — Principi fondamentali per la cura della polmonite crupale.
44. **Mack**, in Breslau — Cura delle ulcere, con speciale riguardo alla trapiantazione di Beverdin.
45. **Leube**, prof. in Jena — Sulla terapia delle malattie dello stomaco.
46. **Fischer**, prof. a Breslau — Sull'edema traumatico.
47. **Schultze**, in Berlin — Sulla medicatura antisettica alla Lister delle ferite, in seguito ad esperienze personali.
48. **Fritsch**, in Halle — Dell'ematocele retrouterino.
49. **Jürgensen**, prof. in Tübinga — Sulle forme leggere di tifo addominale.
50. **Volkmann**, prof. in Halle — Le resezioni delle articolazioni.
51. **Erb**, prof. a Heidelberg — Sull'uso dell'elettricità in medicina.
52. **Ackermann**, prof. a Rostock — Sull'azione della digitale.
53. **Biermer**, prof. a Zurigo — Sulla genesi e diffusione del tifo addominale.
54. **König**, prof. a Rostock — Sulla gangrena nosocomiale.
55. **Esmarch**, prof. in Kiel — Sull'anemia artificiale nelle operazioni.
56. **Spiegelberg**, prof. a Breslau — Sulla diagnosi dei tumori ovarici, segnatamente della cisti.
57. **Oohnstein**, in Berlin — Delle operazioni chirurgiche sulle incinte.
58. **Heinecke**, prof. in Erlangen — Sulla necrosi delle ossa.
59. **Ozerny**, prof. in Friburg — Sulla carie delle ossa del tarso.
60. **Lücke**, prof. in Berna — Sul cosiddetto piede piatto infiammatorio.

CONFERENZE COMPONENTI LA 3ª SERIE.

61. **Vogt**, prof. in Greifswald — Sulla infiammazione acuta delle ossa nel periodo della erescenza.
62. **Falck**, prof. in Marburg — Sull'azione della Stricnina.
63. **Friedländer**, prof. in Strasburgo — Sulla diagnosi ed etiologia del raggrinzamento polmonale unilaterale.
64. **Nothnagel**, prof. in Freiburg — Sulla tubercolosi locale.
65. **Simon**, prof. in Heidelberg — Sui metodi per rendere accessibile la vescica urinaria e sul cateterismo degli ureteri della donna.
66. **Lesser**, prof. in Berlino — Trasfusione ed autotrasfusione.
67. **Koch**, prof. in Berlino — Sul cloriformio ed il suo uso in chirurgia.
- 68-69. **Schede**, prof. in Halle — Sulle amputazioni parziali del piede.

SULLA CURA CAUSTICA ED ANTISETTICA

DELLE INFIAMMAZIONI CONGIUNTIVALI

CON SPECIALE RIGUARDO ALLA BLENORREA DEI NEONATI

DEL

Prof. ALFREDO GRAEFE



Signori,

Nell'interesse specialmente del medico pratico credo fare opera utile tentando di esporre in breve schizzo le linee principali della cura, che nei diversi tipi di infiammazione della congiuntiva sono attualmente le più opportune.

Se in questo esame lasciamo da parte le diverse forme di catarro della congiuntiva e ci limitiamo puramente alle forme di infiammazione maggiormente sviluppate, minaccianti seriamente l'integrità dell'occhio, vediamo che i tre tipi principali di tali infiammazioni, cioè la *blenorragica*, la *croupale-difterica* e la *follicolo-tracomatosa* si distinguono specialmente per la diversa natura a ciascuna forma caratteristica della tumefazione congiuntivale. Nella blenorrea essa è determinata da una grande ricchezza di sangue dell'organo ammalato, alla quale va unita una imbibizione sierosa del tessuto congiuntivale e sotto congiuntivale. La circolazione sanguigna non appare mai impedita

per il depositarsi nella medesima di prodotti infiammatorii rigidi o per alterazioni intravascolari conducenti a stasi; il *carattere della tumefazione blenorragica è quindi la succulenza*. Il depositarsi del secreto specifico, il quale all'inizio della malattia nello stadio della così detta dacriorrea, è una mescolanza del secreto sieroso prodotto dalla superficie della mucosa e dalla ghiandola lacrimale con elementi di pus, più tardi, nello stadio così detto piorroico, è schiettamente purulento, non si fa nel parenchima del tessuto, sibbene esclusivamente alla superficie della membrana ammalata, cosicchè non si ha giammai la ritenzione dei prodotti infiammatorii, una vera infiltrazione purulenta dei tessuti. Nelle forme *crupali-difteriche* di infiammazione all'opposto delle forme ora descritte si ha invece la produzione, accanto al secreto purulento libero, di *trasudati capaci di coagularsi*. Se questi si formano solamente sulla superficie della mucosa e vi aderiscono in forma di membrane grigie, plastiche, più o meno strettamente unite alla mucosa — Congiuntivitis scrouposa, membranacea — la tumefazione, la quale in tali casi è non di rado ragguardevolmente inferiore ai gradi medii di tumefazione di blenorree abbastanza sviluppate, qualitativamente diremo quasi non si distingue necessariamente dalla blenorragica, solo il grado di succulenza suole essere alquanto minore. Per contrò nelle forme difteriche genuine, dove la congiuntiva ed il tessuto sottocongiuntivale sono attraversati da prodotti infiammatorii capaci di coagularsi, tale distinzione si fa molto facilmente. Invece della tumefazione succulenta troviamo qui una forma di tumefazione soda, dura, nelle forme molto sviluppate, d'una durezza lignea. Per il depositarsi di siffatti prodotti la circolazione del sangue nella mucosa ammalata riesce di molto difficoltata. Molteplici coagulazioni convengono anche nell'interno dei piccoli vasi: numerose apoplessie capillari facilmente riconoscibili colla lente appaiono in conseguenza di tali stasi sulla superficie della mucosa in forma di punti rossi: in luogo del colore rosso di carne della mucosa blenorroica, la mucosa è scolorata, di un grigio sporco e ciò è l'espres-

sione dell'infiltrazione fibrinosa e di un processo di mortificazione del tessuto più o meno avanzato che dà luogo alla formazione di molteplici cicatrici della congiuntiva, quali non si osservano giammai nelle forme schiettamente blenorriche. Finalmente nel secreto prodotto da tale congiuntivite si trovano ammassi di detrito a brandelli, coagulati, intimamente mescolati cogli elementi del pus. Per ultimo il terzo gruppo d'inflammazione, la *follicolo-tracomatosa* o *granulosa* si distingue dalle due forme sopradette per ciò che assieme allo sviluppo di una tumefazione infiammatoria, la quale per sua natura ha più analogia colla catarro-blenorragica che colla difterica, si ha l'efflorescenza di quelle formazioni, le granulazioni, che le hanno appunto dato il nome. Di quest'ultima forma noi avremo qui ad occuparci meno direttamente.

Era necessario questo breve schizzo delle diverse forme di infiammazione e specialmente l'accenno alla natura anatomo-patologica affatto diversa dell'affezione blenorragica e della crupale-difterica, prima che ci facessimo ad illustrare la posizione terapeutica che dobbiamo assumere di fronte ad esse.

Per quanto spetta alle blenorragie congiuntivali, queste sono nella loro totalità quasi esclusivamente di natura infettiva. Relativamente al loro sviluppo esse si caratterizzano perciò che in media da due a cinque giorni dopo l'azione del virus infettante si sviluppa un cosiddetto catarro di infezione, che si distingue fin da principio dai catarri ordinarii per una più abbondante secrezione di un liquido sieroso, nel quale stanno sospesi piccoli ammassi purulenti grigi o gialli. In breve volger di tempo si sviluppa quindi il ben noto quadro della blenorragia acuta. Le affezioni congiuntivali che si riscontrano così di sovente e che sono da attribuirsi ad influenze meccaniche, chimiche od atmosferiche, solo rarissimamente giungono ad assumere quel quadro caratteristico; il medesimo deve piuttosto la sua formazione affatto esclusivamente al trasporto di materie piorriche, trasporto che si fa per lo più durante il parto, specialmente quando le madri soffrono di *fluor-albus*, e

quando esista un' uretrite blenorragica. I rappresentanti delle forme blenorragiche di infiammazione sono adunque essenzialmente la *blenorrea dei neonati* e la *congiuntivite blenorragica degli adulti* — specie la prima, e precisamente perciò che la succulenza blenorragica è in tal forma meglio spiccata, meno frequente si mostra la tendenza alle forme crupali e difteroidi; queste si osservano solo talvolta al principio della malattia e presto scompaiono; non si ha mai una difterite grave. A questo riguardo la congiuntiva del neonato pare essere altrimenti disposta che non quella de' bimbi più avanzati in età o quella degli adulti. Trasportando sulla congiuntiva di quest' ultimi secrezioni gonorroiche e blenorroiche non siamo punto sicuri di riottenere le medesime forme di infiammazione. Questo succede solo in parte, mentre in altri casi non si ha che lo sviluppo di leggeri catarri d'infezione ed in altri ancora per contro — e questo suole succedere specialmente nel trasportare il virus d' un' uretrite blenorragica sulla congiuntiva di un adulto — si sviluppano tutte le possibili forme difterioiche e vere forme difteriche. Le circostanze citate ci autorizzano adunque, volendo intrattenerci sui principii che devono regolare la terapia delle affezioni blenorroiche, ad attenerci anzitutto al paradigma di quella della blenorrea dei neonati.

Tali principii erano fino a relativamente poco tempo fa assai incerti ed in parte lo sono ancora presentemente. Molti medici credono di essere abbastanza armati contro la malattia colla semplice pulizia e diligente eliminazione del secreto, altri coll'applicazione temporanea di compresse fredde od anche calde, altri ancora coll'uso di astringenti o della tintura di oppio ovvero anche di una soluzione di nitrato d'argento, e non si rendono conto nè delle dosi nè dell'unica maniera adatta di applicarli. E con tutte queste anticaglie non basate su principii non si verificherebbe neppure un caso disgraziato! Ma a ciò contraddice decisamente l'esperienza di quegli oculisti che si trovano in grado di vedere molti malati di occhi e fra questi anche quelli che sono stati vittime di tali « metodi ». Manca, è

vero, una compilazione statistica in cui sia in corretta guisa messo in luce il rapporto del numero d'occhi o distrutti, o più o meno compromessi, dalla blenorrea dei neonati, col numero d'occhi affetti, pure io voglio esporre quanto a questo riguardo io ho presentemente sotto mano. Ayres (Nagels Jahresbericht f. Ophtalm. 1876 p. 247) mette a riscontro di 100 casi di Blen. neon. curati fin da principio (col nitrato d'argento) nell'Ospedale di Cincinnati altri 100 casi statigli condotti nei diversi stadii della malattia. Di questi ultimi solo 58 non presentavano affezioni corneali, 6 erano ciechi d'ambidue gli occhi, 5 d'un solo. Dei 100 ammalati curati fin da principio metodicamente, neppur uno presentò affezioni corneali. Hirschberg (ibid. pag. 248), curò nel giro di 6 anni 200 casi di blenn. neon. Di questi, quando fu intrapresa la cura, 55 presentavano già affezioni corneali, sei occhi erano già completamente distrutti. Io stesso facendo la statistica dei miei malati negli anni 1879 e 1880 ho trovato quanto segue. Durante tale periodo mi furono condotti 105 neonati con 207 occhi malati, affetti da blenorrea incipiente, in via di decorso, in risoluzione. Al giorno dell'entrata 48 occhi presentavano già affezioni corneali, 32 erano completamente distrutti, 16 più o meno compromessi. Dei 105 individui 12 erano ciechi inguaribili d'ambo gli occhi. Ed anche quanto ci apprendono a questo riguardo gli istituti dei ciechi è abbastanza doloroso. Quando io visitai circa tre anni fa l'Istituto provinciale dei ciechi della provincia di Sassonia, trovai che fra gli allievi colà radunati il 75 0/10 dei ciechi doveva il suo tragico destino alla blenorrea dei neonati. Il fatto che indubbiamente il maggior numero delle blenorree con una cura affatto indifferente od anche disadatta guarisce senza lasciar tracce, è certamente la prova di una tal quale relativa benignità della malattia. Se poi degli occhi affetti solo il 10, 15 0/10 all'incirca o si perdono affatto o sono sensibilmente danneggiati in seguito all'ulcerazione della cornea, un tale fatto ci avvisa d'altra parte del carattere insidioso della malattia e dovrebbe bastare a scuoterci in certa maniera dalla nostra beata fiducia! Ed ogni caso disgraziato che si verifichi in questo campo è

ora tanto più degno di compassione, in quantochè è in nostra mano una terapia capace di dominare in modo sovrano la malattia. In questo sistema di cura, la cui metodica definizione è opera di ALBERTO DI GRAEFE, si appalesa, contrariamente alle altre vantate proposte, un procedere sistematico fondato sull'osservazione critica; e non doveva che fare un'impressione oltremodo cattiva il vedere come nel seno stesso del congresso Oftalmologico di Heidelberg del 1879 tali preziose conquiste di seria e profonda investigazione in occasione d'una discussione in proposito fossero tenute in dispregio da parte di certuni con incredibile petulanza.

La cura in discorso è la cosiddetta cura coi caustici o per designarla più esattamente quella col nitrato d'argento. Dei mezzi caustici di cui disponiamo, noi preferiamo difatti il nitrato d'argento, perchè non solamente in soluzioni bensì ancora unito col nitrato di soda è molto adatto ad essere dosato e perchè la sua azione caustica può facilmente essere limitata alla superficie del tessuto e per brevi istanti mediante la neutralizzazione colla soluzione di sal comune. E ciò è tanto più importante in quanto dobbiamo ben guardarci dal produrre coi caustici distruzioni della mucosa che avrebbero per conseguenza la formazione di cicatrici. In che consiste ora l'efficacia del rimedio, o, come si ha l'abitudine di esprimersi, cos'è che modifica favorevolmente il carattere della malattia, che cosa si produce mediante la cura col nitrato d'argento?

Cerchiamo di renderci conto della sua azione colla guida dell'osservazione sperimentale.

Se noi facciamo passare sopra una mucosa blenorroica succulenta una soluzione di nitrato d'argento al 2-4 0/0, ovvero il lapis mitigato, si forma tosto sulla superficie della mucosa un'escara e contemporaneamente si ha un aumento di tutti i fenomeni infiammatorii. Il senso di dolore e bruciore diviene più intenso, la tumefazione palpebrale esterna aumenta considerevolmente, al secreto purulento si mescolano coaguli gelatinosi. Questo è lo *stadio della reazione*. Dopo qualche tempo questi fenomeni diminuiscono e dis-
scendono al disotto del livello al quale si trovavano pri-

ma della cauterizzazione. Si produce un benessere soggettivo, la palpebra, fin'allora tumefatta a guisa d'un pallone, si accascia e comincia a mostrare un accenno alla formazione di pieghe trasversali, la secrezione si fa più liquida ed è notevolmente diminuita. Con questo stadio dell'*enforia* coincide il distacco dell'escara: ad esso diamo il nome di stadio della *deplezione*. Nei processi che qui decorrono sta appunto il favorevole fattore terapeutico. Il distacco cioè dell'escara si fa coll'aumento della trasudazione da parte del tessuto infiammato tumefatto e la conseguenza immediata di questa deplezione è appunto la remissione di tutti i fenomeni infiammatorii locali. Se noi ora abbandoniamo la congiuntiva in tali condizioni a sè stessa, solo in casi rarissimi l'ottenuto miglioramento passa senza interruzione a guarigione completa, per lo più esso non è che transitorio, i sintomi infiammatorii poco per volta raggiungono nuovamente l'intensità di prima e s'ha così lo *stadio della recrudescenza blenorroica*. Il processo ora descritto ci fa toccar con mano che il pericolo della terapia caustica sta nello stadio della reazione l'efficacia curativa in quello della replezione. Di qui noi deduciamo immediatamente:

1) Si potrà ottenere un'azione curativa solo quando dobbiamo aspettarci un distacco dell'escara e

2) Saremo sicuri di non portare danno solo allora che lo stadio della reazione sia di breve durata, quando, con altre parole, la caduta dell'escara non si faccia aspettare molto tempo, o come l'esperienza ci autorizza a dire, non più che da una a sei ore.

Le quistioni che ora ci si presentano sono le seguenti: in quali condizioni noi possiamo contare sicuramente sopra una caduta dell'escara e quali sono i fattori che fanno sperare una *pronta* caduta dell'escara? Se noi bagniamo nella stessa guisa la superficie di una mucosa *succulento-blenorragica*, di un'altra congiuntiva *normale* e di una terza *difterica* con una soluzione di nitrato d'argento di circa il 2-3 0/0, vediamo che l'escara così formata si distacca nel primo caso già dopo breve tempo, variabile da 1½ ora a 6 ore all'incirca. Queste differenze nel tempo sono un portato

del diverso grado di succulenza e dei periodi della malattia e precisamente serve qui la regola che l'escara cade tanto più presto e più completamente quanto maggiore è la succulenza e più antica l'affezione. Nel secondo caso i rudimenti dell'escara scompaiono solo dopo 10-36 ore. Nel terzo finalmente noi non possiamo in genere dimostrare affatto un tale processo di distacco, ma gli elementi della escara si mescolano semplicemente coi prodotti di mortificazione del processo difterico e lo stadio della reazione non è in generale punto susseguito da uno stadio depletivo. Ne deduciamo quindi: *Condizione per il distacco dell'escara è in generale la succulenza della congiuntiva ed è indicata la cauterizzazione e dovremo aspettarci un risultato terapeutico solo allora che alla secrezione purulenta vada unita una forma di tumefazione prodotta da un trasudato liquido senza tendenza alla coagulazione.* Il suolo più adatto adunque all'uso del caustico è quello delle forme blenorriche di infiammazione, mentre le forme crupali e difteroidi, e peggio le difteriche, controindicano formalmente tale mezzo. Se lo si adopera, i succhi chiamati a raccolta in gran copia nella congiuntiva ammalata dall'irritazione del caustico soggiacciono alla tendenza alla coagulazione, che è in tali casi così pronunciata. La tumefazione aumenta e persiste in tal guisa aumentata, perchè non esistono le condizioni per lo sviluppo di un'essudazione che distacchi l'escara: il processo difterico non fa così che ricevere nuovo nutrimento. Naturalmente anche i pericoli che nei processi difterici già di per sé minacciano in maggior grado la cornea sono ancora di molto accresciuti da siffatte fatali azioni caustiche.

Dopo di esserci così procurate le basi della nostra terapia, dobbiamo ancora nel servirci di essa osservare alcune regole pratiche, per illustrare adeguatamente le quali cercherò qui di esporre, per quanto mi è possibile, lo schema della cura di un neonato affetto da blenorrea. Il medesimo presenterà in media il quadro sviluppato della blenorrea acuta dal 3° al 6° giorno dopo la nascita. Sebbene noi abbiamo stabilito il principio che la succulenza della

mucosa indica la cauterizzazione faremo però bene nel primissimo tempo della malattia, cioè nei due o tre primi giorni, a rinnegare tale principio anche quando ci troveremo davanti una forma bene sviluppata di tumefazione blenorroica schietta. L'esperienza ha difatti insegnato che in questo primo periodo dell'affezione blenorragica, anche quando questa è perfettamente tipica, la mucosa sotto l'influenza della irritazione caustica viene, sebbene solo temporariamente, stimolata a produrre essudati, capaci di coagularsi e può quindi assumere transitoriamente un carattere difteroido. Questo si appalesa, oltrechè da altre circostanze, da ciò che, se in quel periodo iniziale fidandoci della succulenza ben sviluppata tocchiamo la congiuntiva anche con soluzioni relativamente leggere 1 2 0/0 circa, i resti dell'escara rimangono evidenti per lungo tempo, spesso per 18-24 ore. Nei primi tempi, quando non era ancora sufficientemente edotto di questa poca tolleranza per parte della congiuntiva da poco ammalata dell'azione caustica io cauterizzavo fin dal principio della malattia, ma ho dovuto ripetutamente pentirmi vedendo comparire all'indomani della cauterizzazione complicazioni corneali che prima non esistevano. Generalmente ciò coincideva colla circostanza sopra accennata, che cioè a tal epoca, vale a dire 24 ore circa dopo la cauterizzazione, si notavano ancora vestigia dell'escara. Quest'ultime in tali casi diventano come i testimoni a carico della difettosità della pregressa cauterizzazione, le affezioni corneali sviluppatesi erano senza dubbio artefatti nati da uno stadio reattivo troppo prolungato. In quei primi giorni dell'affezione blenorragica, nei quali l'applicazione del caustico deve essere lasciata da parte, un eccellente adiuvante terapeutico sono le compresse d'acqua ghiacciata applicate rigorosamente giorno e notte: ad esse si deve aggiungere (sul che ritorneremo più tardi) l'uso di collirii disinfettanti. Ogni mezz'ora si apre delicatamente la rima palpebrale ed il sacco congiuntivale vien pulito mediante irrigazioni o pennellature d'una soluzione d'acido borico al 4 0/0, o di acido fenico all'1 1/2-2 0/0. L'applicazione del freddo in forma di compresse è da preferirsi

alla vescica di ghiaccio perchè l'azione interrotta di quest'ultima vien per lo più mal sopportata. In media dal 3° al 4° giorno di malattia è permessa la cura coi caustici, tuttavia è prudente di cominciare anche allora con soluzioni relativamente deboli dell' 1 1/2 0/0 circa, ed esperimentare così in certa guisa la tolleranza del mezzo da parte della mucosa. Nei casi dubbii possiamo ben darci la briga di determinare mediante diligente controllo il tempo che l'escara impiega a staccarsi: se questo avviene in breve tempo, come nel volger d'una mezz'ora o d'una ora, noi siamo autorizzati ad adoperare nella prossima cauterizzazione soluzioni più forti, cioè del 2-3 0/0. Il principio, se il medesimo ha da essere applicato in guisa ideale, richiede propriamente che da una parte si caratterizzi sempre nel più energico modo permesso per rimuovere nel modo più spiccio la tumefazione blenorroica ed il pericolo che questa costituisce per la cornea, e che dall'altra si eviti ancora colla massima attenzione di sorpassare tali limiti leciti.

Come guida nella scelta della concentrazione della soluzione serve la circostanza che, come abbiamo già prima notato, la congiuntiva tanto meglio tollera il caustico quanto più antica è la data dell'affezione e quanto più sviluppata la tumefazione blenorroica. Nei frequenti gradi colossali di tumefazione, nei quali le vegetazioni papillari danno alla superficie della mucosa un aspetto profondamente solcato, casi questi che per lo più rimasero trascurati fino alla 3ª ed alla 4ª settimana, non dobbiamo paventare nemmeno l'uso di soluzioni al 4 0/0 e del lapis di nitrato di argento mitigato col nitrato di soda e con quest'ultimo otteniamo l'effetto più pronto. L'applicazione del caustico si deve fare in guisa che *tutto il tratto congiuntivale*, non escluse specialmente le pieghe di passaggio, che sono spesso le più intensamente tumefatte, venga uniformemente a contatto del caustico ed a tale scopo si arrovesciano contemporaneamente le due palpebre o se ciò presenta delle difficoltà, successivamente la superiore e l'inferiore. Adoperando soluzioni relativamente deboli (fino al 2 0/0) basta far seguire immediatamente all'applicazione diligente la-

vature con acqua adoperando dosi più forti è necessaria una immediata neutralizzazione con soluzioni di sale di cucina. Se la cauterizzazione vien fatta in questa guisa, raccomandando caldamente per tutta la durata della cura l'uso delle compresse ghiacciate durante lo stadio della reazione ed anche dopo trascorso questo per uno spazio di tempo variabile da mezz'ora a due ore, a seconda dell'intensità della cauterizzazione. Esse non solamente calmano i dolori ma impediscono dentro a certi limiti un eventuale eccesso d'azione del caustico. Per quel che riguarda una nuova applicazione del caustico dobbiamo avvertire quanto segue: dopo il distacco dell'escara la congiuntiva è in parte spogliata del suo epitelio il quale però in breve si riproduce. Devesi fra le altre cose attendere questo processo di rigenerazione prima di ricorrere ad una nuova cauterizzazione e sarebbe un grave errore il ripetere quest'ultima fin tanto che la superficie della congiuntiva priva d'epitelio o dà ancora molto sangue, nel mentre che si arrovescia la palpebra, od è ancora coperta da residui dell'escara. L'esperienza mi ha insegnato che un bendaggio compressivo fatto di cotone fenicato e portato per alcune ore, dà in questo periodo, cioè dopo il completo distacco dell'escara, degli eccellenti risultati. Tale bendaggio non solo è soggettivamente ben tollerato, ma sotto la sua azione diminuisce visibilmente ancor di più la tumefazione palpebrale e la comparsa della recrudescenza blenorragica viene decisamente ritardata. È del tutto erroneo il credere che l'impedimento al libero scolo della secrezione per la durata di due ore circa possa arrecare danno alcuno. L'azione benefica a tali bendaggi temporanei mi occorre sempre di sperimentarla di bel nuovo specialmente quando esistono già pericolose affezioni della cornea. In siffatti casi specialmente sono da raccomandarsi tali bendaggi: negli altri possiamo anche farne senza. Se, in riguardo al processo di rigenerazione dell'epitelio, non si deve ripetere troppo presto la cauterizzazione, anche quando il distacco dell'escara si fa rapidamente, non si deve poi d'altra parte ritardare questa ripetizione fino a che la recru-

descenza blenorragica abbia nuovamente raggiunto il suo acme, poichè in tal caso gli effetti della antecedente cauterizzazione andrebbero troppo perduti. Alle due indicazioni si ottempera in media in modo abbastanza soddisfacente *cauterizzando una volta ogni 24 ore*. Fanno solo eccezione a questa regola i casi di data antica, trascurati o straordinariamente ribelli, accompagnati da gradi elevati di tumefazione ipertrofica. In tali casi non si ottengono talvolta i benefici effetti della cauterizzazione anche quando si adoperino come ne esiste l'indicazione, la più forte soluzione permessa. Si è allora che una applicazione del caustico fatta due volte nelle 24 ore può spesso in guisa sorprendente accelerare la guarigione. Ci resta ancora a rispondere alla questione delle norme secondo le quali si deve modificare il trattamento caustico col progredire del miglioramento. Quest'ultimo è caratterizzato dalla diminuzione della tumefazione palpebrale, dall'aumento della mobilità della palpebra, dalla ricomparsa delle pieghe trasversali sulla sua superficie esterna, dal decrescere della tumefazione congiuntivale, dalla diminuzione e modificazione del secreto, di guisa che questo si faccia più liquido e presenti invece del color giallo una colorazione maggiormente grigia (Flegmatorrea dei vecchi autori). Con un tal favorevole cambiamento del quadro della malattia si dovrà diminuire sia l'intensità che la frequenza delle cauterizzazioni. Accade allora non di rado che quando in via di prova si tralascia per 24 ore di ripetere la cauterizzazione o si cerca di sostituire le soluzioni forti finora adoperate con soluzioni più deboli tutto il complesso dei sintomi blenorragici si aggrava nuovamente. Appunto questo fatto, sia detto in parentesi, illustra la grande influenza che l'azione dei caustici esercita sul processo blenorragico, quasi senza eccezione. Tali recidive scompaiono tosto che ritorniamo al modo di cura cui prima ci eravamo fin allora strettamente attenuti.

Solo allora che anche cercando in siffatta guisa di diminuire la forza delle cauterizzazioni l'ottenuto miglioramento si mostra persistente, proseguiremo ancora per bre-

ve tempo un tal sistema attenuato di cura per poterlo poi tosto impunemente abbandonare del tutto. Non è compreso nel tema che mi son qui proposto il trattare della cura delle affezioni corneali prodotte dalla blenorrea, diremo solo che l'esistenza di tali complicazioni non ci deve in guisa alcuna decidere ad abbandonare la terapia delle cauterizzazioni diretta espressamente contro il processo blenorragico, nell'opinione forse che i fenomeni irritatori passeggeri prodotti da tale cura possano direttamente influenzare sfavorevolmente il processo corneale. All'opposto la salvezza di un occhio seriamente minacciato nascerà appunto in tali casi solo da una rigorosa e completa applicazione degli esposti principii.

Io oso arditamente sostenere che adoperando prudentemente l'abbozzata terapia, la quale a dire vero non è egualmente comoda, e solo con essa siamo in grado, finchè ci troviamo solo davanti una forma blenorragica schietta, di dominarla completamente e di evitare anzi ogni seria affezione corneale. Questa fiducia poggia specialmente sopra una grande serie di esperienze da me fatte in un tempo or già trascorso da un pezzo, nel quale io accettava nello stabilimento ogni caso che presentasse pur solo una mediocre gravità per applicarvi in modo rigoroso i principii della terapia caustica ed sperimentarne i risultati. Pur troppo curando gli ammalati di blenorragia nell'ambulatorio, al che mi trovo obbligato anch'io nel maggior numero dei casi, tale applicazione è spesso possibile solo in modo imperfetto ed approssimativo. Non di rado noi vediamo per la prima volta gli ammalati solo allora che, in conseguenza di una completa trascuranza, ovvero di uno di quegli insufficienti metodi di cura che ebbimo superiormente a proscrivere, i processi blenorroici di proliferazione della mucosa raggiunsero un'intensità enorme, ovvero quando la malattia ha già spiegato completamente od in gran parte la sua azione distruttrice sulla cornea. Ma questi casi appunto sono meglio che gli altri tutti chiamati a porre nella giusta luce la grande e benefica efficacia della cura caustica. In siffatte circostanze abbiamo spesso

l'occasione di osservare, dall'istante che si è iniziata con ogni maggior cura tale terapia, i più favorevoli cambiamenti e di conservare ancora in parte occhi che parevano già completamente perduti. Se io ho enunciato il parere che mediante tale cura si possono con sicurezza evitare gli esiti disgraziati delle affezioni blenorroiche, e se d'altra parte nel corso della mia esposizione dovetti contemporaneamente sconsigliare l'uso dei caustici nei primi periodi dell'affezione, sembrerebbe che la nostra teoria si trovasse qui in contraddizione con se stessa. Tale obbiezione viene però distrutta dal fatto che non si osservano giammai affezioni corneali al primo comparire dell'affezione blenorroica, e gli è specialmente nel periodo che corre dal 4° o 5° giorno della malattia fino al 14° (1) che è più spiccata la tendenza alle complicazioni corneali. Il pericolo di queste comincia adunque in un periodo nel quale l'uso del caustico, se si tratta di una blenorrea schietta, non presenta più alcuna controindicazione.

Se in quanto precede ho creduto di esporre in primo luogo un po' diffusamente la significazione ed i principii della cura caustica in rapporto alla blenorrea dei neonati, gli è perchè non mi resta che aggiungere che i medesimi conservano perfettamente il loro valore anche in quelle forme analoghe di infiammazione che decorrono accompagnate dalla succulenza della congiuntiva, quali le osserviamo in bimbi più grandi e negli adulti. Or bene fra la blenorrea e la ditterite della congiuntiva vi sono forme di passaggio d'ogni grado. Sebbene nei neonati solo straordinariamente di rado si osservi una ditterite genuina, tuttavia in essi non è caso rarissimo l'osservare tumefazioni ditteroidi. Le palpebre presentano allora una maggiore difficoltà ad essere arrovesciate: la piega di passaggio spicca in forma di un cercine teso, la congiuntiva tumefatta è

(1) Noto di passaggio che se la cornea ha felicemente resistito fino a questo termine, ancorchè la malattia si prolunghi e la terapia tardi ad intervenire, l'integrità della medesima non pare più minacciata, dopo trascorso tale periodo.

straordinariamente dura e la colorazione che prima era rosso intenso o rosso di carne mostra una leggiera mescolanza di giallo sporco o di grigio. In altri casi non si trova è vero tale rigidità della tumefazione, bensì una decisa tendenza alla formazione di depositi crupali. Queste forme diventano più frequenti già fin dalla metà e dal fine del primo anno di vita ed è specialmente in bimbi cachetici e discrasici che si osservano di preferenza e non di rado accompagnate da eruzioni exematose ed impetiginose sulla faccia. Anche l'oftalmia gonorroica degli adulti presenta più spesso il carattere difterioide che non blenorragico. In ultimo, per quel che riguarda la difterite perfettamente sviluppata, il cui comparire è anche d'origine endemica (1), rimando a quanto ho accennato al principio di questo lavoro. Io mi devo qui limitare a questi pochi cenni, non avendo qui che a trattare questioni di terapeutica. Vero è che tutte le citate forme, dopo una certa durata, molto diversa per altro nei singoli casi, passano per lo più ad uno stadio blenorroico, ma fino a tanto che esse conservano quel carattere specifico che esclude affatto la terapia della cauterizzazione, è grave il pericolo di distruzione corneale che esse costituiscono. Quanto alla prognosi possiamo in tali casi attenerci ai seguenti criterii. Se esiste anche solo la minima affezione corneale, come sarebbe una leggiera mancanza d'epitelio con cornea ancora trasparente, ovvero una piccola e circoscritta infiltrazione corneale mentre la tumefazione difterioide o difterica è ancora al suo acme, ovvero ancora se, specialmente in bimbi cachetici, anche con gradi leggieri di tumefazione della mucosa, esiste una decisa tendenza alla formazione di depositi croupali, possiamo con una certa sicurezza aspettarci una rapida distruzione della cornea e solo nei casi felici si conserva una porzione di essa. Se poi le stesse affezioni corneali compaiono ad un'epoca nella quale le forme di

(1) Nella mia clientela attuale mi si presentarono solo rarissime volte casi di difterite squisita, mentre quand'ero applicato alla clinica di V. Graefe in Berlino, tali casi erano colà all'ordine del giorno.

tumefazione fin'allora maligne cominciano già ad assumere un carattere blenorroico, possiamo fare una buona prognosi perchè da tale epoca il processo morboso è nel sicuro dominio della terapia caustica.

Ora come ci comporteremo in quei periodi di tali malattie nei quali la tumefazione più o meno difterica della congiuntiva vieta assolutamente le cauterizzazioni? Fino ad oggi non possediamo ancora contro queste forme maligne di malattia (1) una terapia completamente sicura. I requisiti principali della terapia di cui si serviva V. Graefe erano i mercuriali (frizioni negli adulti, calomelano all'interno nei bimbi) e l'applicazione continua di compresse ghiacciate. Gli esiti però incerti ed insufficienti di questa terapia fecero sorgere una quantità d'altre proposte. Nell'idea di promuovere la liquefazione dei prodotti infiammatorii rigidi infiltranti il tessuto fu adoperato il caldo umido, metodo che il Graefe del resto aveva già tentato ma che aveva nuovamente abbandonato. Non ostante molte calde raccomandazioni di questo metodo, rimane però ancora indeciso se il risultato sperato non possa venire paralizzato da ciò che l'afflusso di succhi parenchimatosi verso il focolaio della malattia, afflusso prodotto dal caldo, in guisa analoga che l'irritazione della cauterizzazione non faccia che procacciare nuovo nutrimento all'infiltrazione difterica. Che adoperando il caldo umido noi ci mettiamo in una posizione realmente più vantaggiosa di fronte a queste forme di malattia per una propria esperienza non posso asserirlo. Wolfring (*Centralblatt f. d. medic. Wissenschaften*, p. 209 211. 1872) tentò di sostituire la cura mercuriale generale di V. Graefe con una cura locale raccomandando di strofinare fortemente due volte al giorno la superficie della mucosa malata dopo d'avere arrovesciata la palpebra (il che in caso di infiltrazione difte-

(1) Hirschberg (*Nagels Bericht* 1871 p. 215) ha ragguagli su 94 occhi affetti da difterite. Di questi 34 andarono completamente perduti 6 per metà.

rica grave sarebbe impossibile) con una pomata al precipitato giallo al 3-4 0/0. I successi di questo metodo raccomandato pure da GEPNER, JOCKO e SKOKALSKI si dicono eccellenti, però, che io sappia, esso non ha finora potuto ottenere una generale conferma. Noi possiamo presentemente abbandonarci alla speranza che coll'uso dei mezzi antisettici ci sia forse schiusa anche contro tali malattie distruttrici una nuova era terapeutica. Già nell'anno 1873 (Zebender Klin. Monatsblätter p. 91) io cercava di richiamare l'attenzione dei miei colleghi oftalmologi sull'uso della terapia antisettica nelle affezioni difteriche e blenorroiche della congiuntiva. Si trattava allora d'aver felicemente troncata in modo sommamente evidente una difterite già molto avviata mediante lavature del sacco congiuntivale dell'occhio malato con una soluzione d'acido fenico all'1 0/0 e l'applicazione di un bendaggio imbevuto nella medesima soluzione: ciò in un ragazzo un occhio del quale era già stato distrutto dalla malattia. Contemporaneamente Horz (Chicago medical Journal January p. 16) faceva una comunicazione della fortunata guarigione di casi indubbiamente difterici, mediante l'uso locale d'acido fenico e iodio (Acido fenico 4,0 — Tintura di iodio 2,0 — Acqua distillata 20,0 — Alcool 4,0 — due applicazioni al giorno sulla congiuntiva palpebrale) e la letteratura oftalmologica dell'anno seguente e d'oggi conferma che gli antisettici acquistano sempre più largo terreno nella cura delle affezioni piorroiche della congiuntiva, sotto la quale denominazione vogliamo qui intendere le affezioni difteriche e blenorroiche. Dal punto di vista clinico nutriamo già da lungo tempo la convinzione che il pus prodotto da tali affezioni possiede proprietà specifiche. Il pus ordinario delle ferite portato in contatto della mucosa oculare o non vi genera alterazione alcuna o vi produce semplicemente un'irritazione catarrale leggiera che non si distingue per nulla da quella prodotta da influenze meccaniche od atmosferiche. Solo il trasporto d'un secreto piorroico genera una congiuntivite blenorroica o difterica — ora in che consiste la differenza specifica delle due specie di pus inoculate? Nell'anno 1879

(Centralbl. f. d. medic. Wissensch. No. 28) uscì alla luce una pubblicazione di NEISSER, la quale, se i fatti in essa comunicati sono fondati sul vero, sarebbe di grande importanza per la soluzione di tale quistione. L'autore vuole difatti aver trovato nel pus gonorroico e blenorroico una speciale forma di micrococco, riconosciuto come tale anche dal Professore di Botanica COHN: tale micrococco si troverebbe solamente in questa ed in nessun'altra specie di pus. Se così fosse veramente, non sarebbe solo dimostrata la specificità di quelle forme di pus, ma si sarebbe anche conquistato un punto d'appoggio per spiegare il processo della trasmissione contagiosa e precisamente nel senso che il veicolo del medesimo sia da cercarsi in quelle specie di batteri o loro prodotti. NEISSER nota di sfuggita che nel pus preso da una blenorrea che duri già da lungo tempo i micrococchi sono in numero molto minore, il che sarebbe in perfetto accordo col fatto clinicamente constatato che la contagiosità e la malignità della secrezione diminuisce decisamente colla durata del processo piorroico. A dire il vero dobbiamo accettare colle maggiori riserve i fatti quali sono esposti nel citato lavoro, poichè egli è sufficientemente noto come già spesso l'aver ammesso forme specifiche di parassiti vegetali abbia, quanto alla significazione di un processo d'infezione, messo i patologi sopra una falsa strada. Questi dubbi certamente non ci impediranno d'ammettere che agenti specifici simili a' sopracitati sono gli efficaci fattori nello sviluppo del carattere specifico delle nostre virulente forme morbose e giustificano perciò una terapia sperimentale che corrisponde a tale ipotesi. È vero che nel tentativo di applicare alla terapia delle affezioni congiuntivali piorriche i principii del trattamento di LISTER non dobbiamo dimenticare che nella manipolazione di essa i chirurghi nel loro campo si trovano di fronte a condizioni affatto diverse, con maggior sicurezza riconosciute che non siano quelle in cui ci troviamo noi nella ricerca del quesito che ci occupa. Imperocchè evidentemente noi non abbiamo a difenderci tanto dagli agenti settici sparsi nell'aria e dappertutto, ma piuttosto dobbiamo

fissarci il problema di rendere innocui quegli elementi del pus — siano essi speciali forme di microcchi o qualcosa d'altro — i quali verosimilmente sono già in origine uniti al momento della sua produzione e gli danno il suo carattere maligno specifico. Ed un tale risultato noi aspettiamo appunto dalla cura antisetica!

Spetta ancora in parte all'avvenire il decidere come si compiranno ulteriormente le nostre speranze fondate sugli antisetici e qual metodo nell'uso dei medesimi sarà raccomandato come il più adatto allo scopo. I risultati finora ottenuti non son punto scoraggianti: da ogni parte crescono i resoconti degli eccellenti risultati della cura antisetica, oggetto della quale in Oculistica non son più solamente, com'è noto, le affezioni purulente della congiuntiva, ma altresì certe forme micotiche di Keratite. Dei mezzi che abbiamo a nostra disposizione, l'acqua di cloro, la semplice soluzione satura d'acido salicilico, la miscela proposta da SATTLER di 1 parte d'acido salicilico puro, 3 parti d'acido borico e 100 parti d'acqua, dalla quale è possibile di ottenere una soluzione d'acido salicilico all'1 0/0, la soluzione di benzoato di soda al 4. 5 0/0, quella d'acido fenico all'1-2 0/0, d'acido borico al 4 0/0, la soluzione di timol 1/10 0/0 e via via, ognuno ha trovato il suo speciale partigiano, tuttavia la cosa è ancor troppo nuova per potere già fin d'ora deciderci per l'uno piuttosto che per l'altro di questi mezzi colla stessa precisione con cui nel fare uso di caustici diamo la preferenza su tutti gli altri al nitrato d'argento. Del resto la vivacità stessa del movimento manifestatosi in favore della cura antisetica delle affezioni infiammatorie della congiuntiva nel suo aspetto presente racchiude visibilmente in se alcuni dubbii. La confusione che regna presentemente fra gli autori tanto riguardo a' farmaci, quanto nel fissare le indicazioni, (Vedi ad es. Zehendoer klin. Monatsbl. Bericht über die 12 Vers. der opht. Ges. in Heidelberg 1879. p. 115 fino a 123 e 148 f. f.) deve prima di tutto esercitare un'influenza scoraggiante sui giovani colleghi, i quali non avendo ancora trovato una norma fissa per il loro agire la cercano

nei nostri scritti. Tale confusione espone inoltre al pericolo di perdere di contro a tali affezioni il fondamento terapeutico sicuro, di cui andiamo debitori ad ALBERTO DI GRAEFE. Già a stento, nel raccomandare il nuovo metodo di cura, si fa ancora la distinzione tra le forme blenorroidiche e le forme differiche, manca assolutamente una individualizzazione delle indicazioni, dappertutto non si incontrano che comunicazioni casuistiche e fedi entusiastiche, in nessun sito le tracce di un lavoro più serio che potesse pretendere di scuotere il significato delle ricerche di V. GRAEFE e distruggere ciò che queste ci offrono. In tali circostanze sento il bisogno, dopo d'aver cercato di esporre le teorie che servono di fondamento da una parte alla terapia caustica, dall'altra alla cura antisettica, di fissare le norme secondo le quali nella cura della malattia in discorso questi due principii terapeutici dovrebbero essere chiamati ad agire uniti come io credo in modo opportuno.

1. *Io reputo non solo affatto ingiusto ma in sommo grado fatale l'abbandonare la cura caustica delle forme d'inflammazioni blenorroidiche succulente, cura da regolarsi secondo i principii sovraesposti.* Non posso in modo alcuno trovarmi d'accordo col LEBER quando afferma che la nostra terapia caustica non è che una terapia antiparasitica. È ben possibile ed anco verosimile — sul che ritornerò ancora — che, nel primissimo stadio di sviluppo delle forme purulente di infiammazione e per vero dire tanto di quelle che più tardi assumeranno il tipo blenorroidico, quanto di quelle che nel loro ulteriore sviluppo assumeranno piuttosto il tipo differico, una certa influenza della terapia sia sostanzialmente in senso antisettico. Se in questo periodo iniziale della malattia s'adopera con buon esito il nitrato d'argento, la cui azione caustica ne racchiude in se stessa anche una antisettica, per tali casi mi troverei d'accordo colla teoria del LEBER. Però le ragioni che ho spiegato sopra (p. 9) ci determinano a rinunciare intorno a quel primo periodo della infiammazione all'uso del nitrato di argento, e per non rinunciare allo stesso tempo all'azione possibilmente favorevole e come tale più volte riconosciuta,

dell'antisepsi scegliere un antisettico meglio tollerato (Acido-fenico 1 1/2-2 0/0 — Acido borico 4 0/0). Se un certo numero di casi guariscono con questa cura puramente antisettica, tale risultato parla appunto solamente in favore dell'opportunità della scelta terapia ed indubbiamente ancora ci dimostra che l'applicazione dei principii caustici non era qui necessaria. Ora un'altra serie di affezioni, che cominciano con un catarro di infezione, malgrado una cura antisettica fatta colla maggior diligenza, sviluppandosi, presentano il quadro caratteristico delle forme di infiammazione più gravi: in questi casi la cura antisettica non basta. Già nel più volte citato congresso di Heidelberg ho richiamato l'attenzione sul fatto che non si riesce punto sempre ad evitare, mediante l'uso proporzionatamente energico dei mezzi antisettici, gli alti ed altissimi gradi di tumefazione blenorroica e che tanto meno è possibile di ridurli efficacemente con tali mezzi quando si incomincia la cura dopo lo sviluppo completo. In tali casi evidentemente abbiamo a che fare con ulteriori stadii dello sviluppo di una forma di infiammazione « forse » originariamente parassitaria, di fronte ai quali il principio antisettico della terapia più non basta, e contro i medesimi riesce veramente efficace la cura depletiva colle cauterizzazioni. In tal modo nelle forme schiettamente blenorragiche rimaniamo fedeli agli esposti principii di tale cura (p. 7 ff.)

2. Se si tratta di forme miste differiche blenorroiche o croupali blenorroiche, come succede non tanto di rado già nella blenorrea dei neonati, più spesso nei successivi mesi ed anni di vita, in tali casi, giusta quanto abbiamo superiormente detto, la terapia caustica è contro indicata, e dobbiamo allora rivolgerci puramente alla cura antisettica, anche quando questa non ci prometta più con sicurezza un successo completo. L'uso delle compresse d'acqua ghiacciata e le lavature del sacco congiuntivale con soluzione di acido fenico all'1 1/2-2 0/0 e d'acido borico al 4 0/0 costituiscono i fattori terapeutici essenziali. L'esecuzione pratica d'un tal metodo di cura si fa nella guisa da me indicata a p. 9-10 per i primi giorni dell'affezione blenor-

ragica. Do specialmente peso alla circostanza, che prima delle copiose pennellature od irrigazioni siano completamente allontanate le placche croupali o difteriche aderenti alla superficie della mucosa e quando vi aderiscono strettamente siano delicatamente distaccate. Nel corso delle 24 ore tale manovra vien interrotta una o due volte per due ore, durante le quali gli occhi vengono chiusi da un bendaggio fatto con cotone imbevuto delle soluzioni antisettiche. Solo in quei casi in cui lo sviluppo locale del calore non è punto cresciuto, circostanza che si nota non di rado specialmente in bambini meschini e cachettici, rinunzio all'applicazione del freddo, ed in sua vece faccio applicare compresse tiepide con deboli soluzioni d'acido borico. Col comparire dello stadio blenorragico comincia la cura caustica. Questa talvolta non è necessaria perchè non in tutti tali casi si ha lo sviluppo di tale stadio.

3. Nelle forme difteriche pure dovremo essenzialmente servirci della medesima terapia locale di cui ci serviamo nelle sopradette forme miste e, per dire il vero, colla convinzione, che la medesima ci garantisce molto meno ancora che in quest'ultime un risultato un po' sicuro, non ostante la più diligente esecuzione dell'antisepsi. L'applicazione temporanea d'un bendaggio compressivo antisettico raccomandato pei casi precedenti riesce nei casi in questione impossibile a cagione della intensa e rigida tumefazione; specialmente durante lo sviluppo della malattia preferisco decisamente le compresse ghiacciate ai cataplasmi. In tali casi è per lo più opportuno un esteso sbrigliamento della commissura esterna onde limitare in qualche misura la perniciosa influenza della mostruosa e dura tumefazione palpebrale sulla cornea. Quando non esistono controindicazioni speciali faccio fare uso dei mercuriali, sempre ancora nel senso, e secondo le norme di V. GRAEFE. Sull'efficacia della cura mercuriale locale raccomandata da WOLFRING, non ho esperienza.

4. Per ultimo eccomi a trattare di una indicazione dell'uso degli antisettici, la quale, siccome gli è specialmente in questo campo che gli antisettici potrebbero giovare,

avrebbe dovuto essere accennata in primo luogo. Voglio parlare della *decisa importanza dell'antisepsi nella profilassi*. Dall'epoca di quella prima osservazione (p. 17) che mi spinse ad apprezzare il valore dell'antisepsi nella cura delle affezioni purulente della congiuntiva, mi è ripetute volte riuscito di troncare coi mezzi antisettici catarri di infezioni già avviati, che, mentre esistevano affezioni gravi e distruttrici di un occhio, cominciavano già ad apparire nell'altro rimasto fin' allora illeso, ed i quali dovevano indubbiamente considerarsi come il primo stadio di una affezione purulenta, al quale segue immancabilmente lo sviluppo degli stadii ulteriori. Se per contrapposto a tali evidenti risultati dobbiamo convincerci, che lo stesso metodo di cura ha un risultato così incerto quando si tratti di gradi d'infiammazione più elevati, sarà giustificata l'ipotesi che *la terapia antisettica solo appunto negli stadii iniziali di tali affezioni è notevolmente utile* ed infatti in questi stadii è la sola teoricamente giusta (p. 19). Anche in questo punto appare una decisa analogia tra quanto l'esperienza ha insegnato ai chirurghi e quanto ha insegnato a noi. Dai risultati finora ottenuti siamo adunque autorizzati a *salutare la possibilità di troncare una forma purulenta di infiammazione nel periodo di efflorescenza come un frutto della terapia antisettica* ed a considerare tale risultato, qualora mai lo si ottenga coll'uso del nitrato d'argento invece che mediante uno degli antisettici usuali, non tanto come una manifestazione del principio terapeutico caustico quanto piuttosto dell'antisettico. La giustezza di tale asserto non vien punto scossa dal fatto, che non tutte le esperienze fatte in questo senso diedero risultati favorevoli. È superfluo il notare che il concetto di uno stadio iniziale non si può così esattamente fissare da potersi in ogni caso concreto prognosticare con infallibile sicurezza il risultato positivo o negativo della nostra antisepsi. L'indicazione dell'uso dei disinfettanti nel senso sopradetto esiste adunque ogni volta che, avendosi una forma di affezione contagiosa in un occhio, compaiono all'altro occhio i primi sintomi della stessa affezione. In tali casi soglio irrigare da 2 a 3 volte nel giro

delle 24 ore il sacco congiuntivale dell'occhio minacciato per 1 o 2 minuti, con una soluzione d'acido fenico all'1 1/2-2 0/10 arrovesciando ambo le palpebre nel modo più completo e soglio applicare immediatamente un bendaggio complessivo fatto con cotone imbevuto nella medesima soluzione, il qual bendaggio deve restare applicato finchè si ripeta la medesima manovra, cioè per la durata di 8-12 ore. Se si riesce a troncare in questa guisa l'infiammazione, si deve portare il bendaggio protettore per evitare nuove infezioni, finchè lo stato dell'occhio primitivamente ammalato le lascia temere: le lavature disinfettanti possono però essere lasciate da parte. Se il risultato fu negativo dovrà allora adoperarsi uno dei metodi di cura indicata nei numeri 1, 2, 3. Tale tentativo per troncare un affezione incipiente è tanto più da raccomandarsi, quanto più la forma dell'affezione già sviluppata in un occhio, l'età e la costituzione generale dell'ammalato rilevano nella malattia un carattere maligno, e quindi in una benigna blenorrea d'un neonato tale cura potrà essere meno rigorosa che non in una affezione unilaterale difterica o gonorroica di adulti.

L'esperienza di fatti simili ai sopracitati doveva necessariamente dar luogo alla speranza che gli antisettici sarebbero chiamati, ad un ufficio salutare anche sul senso di una profilassi propriamente detta, cioè in tutti i casi in cui si abbia un sufficiente motivo per supporre che ha già avuto luogo un'infezione con materie piorrifiche e che gli occhi, apparentemente ancora sani all'epoca che si presentano al nostro esame, si trovano già nel periodo di incubazione. Tali supposizioni sono molto ben fondate sia quando si tratta di quelle forme di malattia, a tutta prima unilaterali, specie se sviluppatasi da poco tempo, le quali a cagione della loro eminente contagiosità solo in via di eccezione estremamente rara rimangono limitate ad un occhio solo; sia quando possiamo decisamente provare od ammettere con grande verosimiglianza che parti della congiuntiva vennero in contatto di materie purulente. *Sporadicamente* a ciò è dato occasione nelle più svariate circostanze, dal medico ad es. nell'esercizio delle sue funzioni; in modo generale

poi specialmente durante l'atto del parto, poichè è oggidì un fatto incontestato che la blenorrea dei neonati deve esclusivamente la sua origine al contatto della congiuntiva dei bambini colla secrezione della mucosa delle vie genitali. Già nell'anno 1878 vagheggiavo il progetto di far propaganda in favore di *una cura profilattica della blenorrea dei neonati* fatta possibilmente su vasta scala mediante l'uso degli antisettici. Nell'aprile dell'anno citato, nell'interesse di tale idea presentai alla Reale Direzione di Merseburg un regolamento preciso per le levatrici compilato in forma breve e chiara: ignoro quale sia stato il suo destino. Contemporaneamente cercai di interessare al mio disegno il mio collega R. OLSHAUSEN, e quand'egli di buon grado acconsentì alla mia proposta, gli consigliai di adoperare per la profilassi antisettica in primo luogo una soluzione d'acido fenico al 20‰ e non all'10‰ come erroneamente risulta nella sua pubblicazione (*Centralblatt für Gynäkologie*). Uno sguardo alla bibliografia dell'ultimo anno mi ha però appreso che non ho punto il diritto di vantare alcuna pretesa alla priorità di tale idea, ma che già SCHIESS, in un giornale, a dir vero, poco diffuso (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte* p. 673 ff.), nell'anno 1876 ha tratto in campo la cura profilattica antisettica della blenorrea dei neonati raccomandando anzi la soluzione d'acido fenico al 1½ 0‰ e quella di timol ad 1½ 0‰. Anche CRÉDÉ ha nuovamente rivolta l'attenzione degli ostetrici su tale punto (*Arch. f. Gynäk. Bd. XVII Heft. 1*). Il suo metodo consiste nel toccare il tratto congiuntivale del neonato mediante una soluzione al 2 0‰ di nitrato d'argento, ed applicare quindi per 24 ore compresse bagnate in una soluzione d'acido salicilico al 2 0‰. I risultati finora ottenuti nelle case di maternità dirette dai citati ginecologi, le quali case formeranno naturalmente il campo di ricerca più adatta per gli esperimenti relativi alla nostra quistione, meritano un attento esame. Mentre prima dell'uso della profilassi CRÉDÉ ebbe in media il 10 0‰ di affetti, OLSHAUSEN (negli anni 1865-69) il 12 0‰, dopo l'uso della medesima al primo su 200 parti non è più occorso di vedere un sol caso di blenorrea, mentre OLSHAUSEN vide ri-

dotta la sua proporzione al 6 0/0. In nessuno di questi casi fu osservata un'affezione corneale. Quest'ultimo del resto confessa egli stesso che presso di lui la profilassi non fu sempre eseguita in modo inappuntabile. Voglio ancora ricordare qui un fatto osservato or è poco tempo dal mio assistente il Dr. BUNGE. Questi ebbe l'occasione di istituire tre ore dopo la nascita una cura profilattica in un bambino nato da una donna affetta cronicamente da *fluor albus*, della quale tre bambini anteriori avevano tutti sofferto di blenorrea grave. Ripetute lavature del tratto congiuntivale con soluzioni d'acido fenico al 2 0/0 fatte durante i tre primi giorni di vita impedirono lo sviluppo della paventata affezione. È evidente, che gli ulteriori studii pratici sulla questione messa in campo ed il fissare un metodo di cura del tutto sicuro nello stesso tempo e possibilmente semplice e di comoda applicazione, sta in gran parte in potere dei direttori degli istituti di maternità. Io stesso mi permetto di fare ancora a questo riguardo alcune proposte. Negli istituti di maternità tutti i neonati indistintamente, e non solamente quelli le cui madri soffrono di affezioni blenorragiche ai genitali e che fanno quindi presumere una uguale affezione della congiuntiva, dovettero essere sottoposti alla cura profilattica. E difatti è fuori di dubbio che tale affezione non compare punto solo nei bambini, le cui madri sono affette nel modo citato, ma molte volte anche in quelli che hanno a tal riguardo madri perfettamente sane. Pare appunto che le secrezioni della mucosa delle vie genitali durante l'atto del parto possano assumere, sebbene solo transitoriamente, qualità infettanti. Inoltre gli occhi dei bambini, anche dopo trascorsi i primi giorni (dal 2° al 5°) che per lo più sono i decisivi, devono essere diligentemente sorvegliati, poichè accade talora che la malattia scoppi quando è già trascorso il tempo tipico dell'incubazione, cioè alla fine della prima o nel corso della seconda settimana. Tali eventualità potranno a stento deciderci ad ammettere per siffatti casi un periodo d'incubazione protratto eccezionalmente a lungo, ma faranno piuttosto nascere il sospetto che in conseguenza degli intimi rapporti

fra madre e bambino abbia avuto luogo un'infezione *post partum* per trasporto della secrezione dei lochi. Per quel che riguarda ora la scelta dell'antisettico ed il modo d'usarlo non posso per ora avere alcun motivo di rinunciare all'uso della soluzione d'acido fenico al 2 0/0 la quale in ripetuti casi s'è dimostrato un eccellente mezzo abortivo antisettico.

Immediatamente dopo il parto, prima ancora che il bambino sia immerso nel bagno generale od almeno contemporaneamente, si devono energicamente pulire le palpebre e le adiacenze delle medesime con un batofolo di cotone fenicato imbevuto della soluzione citata. Dopo il bagno su tutta la superficie del tratto congiuntivale, che si deve mettere allo scoperto mediante l'arrovesciamento delle palpebre, si dovrebbe fare scorrere un'abbondante corrente della stessa soluzione contenuta in un vetro contagocce. La semplice instillazione ovvero la spalmatura nella rima palpebrale tenuta aperta, la qualcosa, se il medico non è presente, dovrebbe affidarsi alle levatrici, offrirebbero un'arra di sicurezza minore. La manovra descritta io la ripeterei nel corso dei due primi giorni di vita ogni 12 ore. Nei bambini le cui madri presentano affezioni blenorriche preferirei meglio di tutto far portare, nel periodo che corre tra le diverse lavature, un bendaggio antisettico in croce; temo però che le difficoltà che porta con sé l'applicazione d'un tale bendaggio nei neonati, possa impedire l'uso generale del nostro metodo. Quindi lo raccomando assolutamente solo nei bimbi più grandi e negli adulti, dove serve a difendere un occhio non ancora malato da forme d'affezioni maligne alle quali ha già soggiaciuto l'altro occhio. Non vorrei raccomandare ancora il metodo del resto tanto usato di fissare tali bendaggi alle parti molli che circondano l'occhio mediante il collodio.

Ancora una parola sul processo raccomandato da CREDÉ. In favore di esso pare che parlino in modo che non si può certamente sconoscere i vantaggiosi risultati da esso ottenuti, però io confesso apertamente che non applicherei una soluzione così concentrata di nitrato d'argento sopra

una congiuntiva sana, spoglia d'ogni succulenza, senza il timore di dar luogo qualche volta alla formazione diffusa di cicatrici sulla superficie della mucosa o di produrre affezioni corneali sotto l'influenza dello stadio di reazione, che deve essere in tali casi inevitabilmente intenso e protratto. Una soluzione di nitrato d'argento al 2 0/0 è in media adatta ad ottenere forti effetti caustici nelle tumefazioni blenorroidiche d'alto grado, la cui succulenza ben sviluppata ci difende, dal tralignare dell'azione caustica. Se si crede di avere ragioni speciali per decidersi, nel fare l'antisepsi profilattica, per la scelta del nitrato d'argento, una soluzione dal 1/2 al 3/4 0/0 dovrebbe produrre gli effetti desiderati.

Se dobbiamo aspettarci, che il modo di fare la nostra profilassi antisettica, profilassi diretta contro forme di malattie così diffuse e così gravi, subirà ancora molteplici modificazioni, dobbiamo però anche sperare che l'idea che le sta a base non verrà più lasciata cadere. Per l'importanza non solo umana, ma anche nazionale economica della medesima è solo da desiderarsi che i medici e le autorità si aiutino reciprocamente per renderla vieppiù proficua.



70. Schultze, prof. in Jena — Sui cambiamenti di posizione dell'utero.
71. Cohnstein, prof. in Berlino — La diagnosi ginecologica.
72. Spiegelberg, prof. in Breslavia — Considerazioni generali sugli esudati nei dintorni del canale genitale muliebre.
73. Kohrer, prof. in Giessen — Il primo alimento dei bambini.
74. Stender, prof. in Halle — Gli organismi vegetali come cause di morbi.
75. Altfeld, prof. in Lipsia — Sulla tecnica dell'esame delle gravide.
76. Gerardt, — L'infarto emorragico.
77. Friedreich, prof. in Heidelberg — Il tumore acuto di milza e i suoi rapporti colle malattie acute d'infazione.
78. Rose, prof. in Zurigo — Sulle ferite da punta dei vasi della coscia e sul loro più sicuro trattamento.
79. Dohra, prof. in Marburg — Sul parto prematuro artificiale per bacino ristretto.
80. Liohtstein, prof. in Halle — Sul trattamento operativo degli esudati pleurici.
81. Vinckel, — Sul mioma dell'utero in rapporto alla sua etiologia, sintomatologia, e trattamento di cura.
82. Lücke, — La Diagnostica Chirurgica generale dei tumori.
83. Mueller, — Del rivolgimento sul capo e del suo valore nella pratica ostetrica.
84. Riegel, — Sulla paralisi respiratoria.
85. Volkmann, — Sulla medicatura antisettica ad occlusione e sulla sua influenza nel processo di guarigione delle ferite.
86. Hegar, prof. in Friburgo — Sulla diagnosi ginecologica — Esame combinato.
87. Wunderlich, prof. in Leipzig — Sulle affezioni sifilitiche del cervello e del midollo spinale.
88. Kitzmann, prof. in Kiel — Sul governo nel parto nei bacini ristretti.
89. Kussmann, prof. in Friburgo — Sulla paralisi bulbare progressiva e suo rapporto con l'atrofia muscolare progressiva.
90. Litzman, prof. in Kiel — Intorno alla influenza che esercitano sul parto le singole forme di bacino ristretto.

CONFERENZE COMPONENTI LA 4ª SERIE.

91. Quinke, prof. in Berna — Sull'anemia perniciosa.
92. Sellinger, prof. in Monaco — Sul vaiuolo umano ed animale, sull'origine del vaiuolo vaccino e sulla vaccinazione intrauterina.
93. Kueter, prof. in Greifswald — La scrofola ed il suo trattamento locale come profilassi alla tubercolosi.
94. Bergmann, prof. in Dorpat — La diagnosi della meningite traumatica.
95. Spiegelberg, prof. in Breslavia — Sulla placenta peria.
96. Olshausen, prof. in Halle — La dilatazione cruenta del collo dell'utero.
97. Senator, prof. in Berlino — Sulla Differite (Syanche contagiosa).
98. Fritsch, prof. in Halle — Sulla febbre puerperale e suo trattamento locale.
- 99-100. E. Leiden, — Sull'ascesso polmonare.
101. Gussow, prof. in Strassburg — Sulla mestruazione e dismenorrea.
102. Litten, prof. in Berlino — Sulla tubercolosi miliare acuta.
103. Leichtenstern, prof. in Tubinga — Sulle polmoniti asettiche.
104. Kocher, prof. in Berna — Le analogie delle lussazioni della spalla e dell'anca e dei loro metodi di riduzione.
105. Langenbuch, — Sopra il denudamento dei grossi tronchi vascolari in seguito di ulcere, e del loro trattamento con filacce inzuppate di cloruro di zinco.
106. Dornblith, — Dell'avvelenamento cronico per tabacco.
107. Fischer, prof. in Breslavia — Sui pericoli dell'entrata dell'aria nelle vene durante un'operazione.
108. Kocher, prof. in Berna — Sulla profilassi dell'infiammazione fungosa delle articolazioni, con speciale riguardo alla osteomielite cronica ed al suo trattamento con l'ignipuntura.
109. Epstein, prof. in Göttinga — Intorno al cancro dello stomaco.
110. Volkmann, — Sulla febbre traumatica settica ed asettica.
111. Mothnagel, prof. in Jena — Sulla nevrite sotto il rapporto diagnostico e patologico.
- 112-113. Tiersch, prof. in Lipsia — Risultati clinici del trattamento alla Lister delle ferite e sulla sostituzione dell'acido salicilico all'acido carbolico.
114. Michelson, prof. in Prussia — Dell'erpate tonsurante e dell'area celsi.
115. Freund, prof. in Breslavia — Di un nuovo metodo di estirpazione dell'intero utero.
116. Biedert, prof. in Worms. Il Metodo pneumatico e l'apparecchio pneumatico trasportabile.
117. Hennig, — Sulla Sialite per l'estirpazione dei tumori uterini.
117. Well, prof. in Heidelberg — Presente stato della dottrina dell'eredità della sifilide.
118. Schweigger, prof. in Berlino — Sul Glaucoma.
- 119-120. Volkmann — Trattamento delle fratture complicate.

CONFERENZE COMPONENTI LA 5ª SERIE.

121. VII. Alex. Freund, prof. in Breslavia — Di un nuovo metodo di estirpazione dell'intero utero.
122. Haus Eanke, — Sui tumori ed il suo uso nel trattamento antisettico delle ferite.
123. Küster, prof. in Jena — Sulle presentazioni delle natiche e dei piedi, loro pericolo e loro trattamento.
124. Gensmer, prof. in Halle — L'idrocele e la sua guarigione mercè il taglio e consecutivo trattamento antisettico.
- 125-26-27. T. Spencer Wells, prof. in Hunter — La diagnosi ed il trattamento chirurgico dei tumori addominali.
128. O. Liebermeister — Sul calcolo di probabilità applicato alla statistica terapeutica.
129. Hitzig Eduard, prof. in Zurigo — Sullo stato attuale della questione della localizzazione nel cervello.
130. Olshausen E. — Sulla ovariotomia, i rimedi protettivi contro l'infezione settica — Sulla tecnica del trattamento delle aderenze.
131. Volkmann Riccardo — Sul cancro rettale e sulla estirpazione del retto.
132. Hecker E. — Cause e sintomi iniziali delle malattie psichiche.
133. Kahlbaum K. — I punti di vista clinico-diagnostici della psicopatologia.
134. Wolff Giulio, prof. in Berlino — Sulle operazioni che si eseguono situando il paziente col capo pensolone.
- 135-136. Carlo Rheyer, prof. in Dorpat — Il trattamento antisettico delle ferite della chirurgia militare.
137. O. von Grunewaldt, prof. in St. Petersburg — Piccoli asili o grandi istituti di maternità?
- 138-139. Riegel Francesco, prof. in Colonia — Sull'importanza dell'esame del polso.
140. E. Kussner — Delle cirrosi epatiche.
141. Alfredo Hegar — Sulla Ovariotomia — La riduzione intraperitoneale del peduncolo dei tumori ovarici. Destino ed effetto delle ligature perdute, dei pezzi di tumore strozzati, delle escare gangrenose delle masse completamente staccate e dei liquidi rimasti nella cavità addominale.
142. Gustavo Justi, prof. in Istein — Sulle neoformazioni adenoidi nello spazio naso-faringeo.
- 143 e 44. Alfredo Hegar, prof. in Freiburg — La castrazione delle donne.
145. Hermann Kraussold, prof. in Francoforte — Sulla recisione e sutura dei nervi.
147. T. Jägersten, prof. in Tubinga — La medicina scientifica e i suoi avversari (Homoeopatia; la dottrina di Mesmer e di Rademacher).
148. F. Liohtstein, prof. in Jena — Sulla emoglobinuria periodica.
149. F. Martins, prof. in Hildesheim — I principi della investigazione scientifica nella terapia.
150. Enrico Fritsch — Il cefalotrobo ed il cranioclasto di Braun.

CONFERENZE COMPONENTI LA 6ª SERIE.

151. **Hack Guglielmo**, prof. in Freiburg — Sul trattamento meccanico delle stenosi laringee.
152. **Ecksteinædter Augusto**, prof. in Colonia — Le emorragie uterine estrapuerperali ed il loro trattamento sintomatico e radicale.
153. **Wernich A.** — Sulle forme ed il corso clinico della lebbra.
154. **Rosenbach O.**, prof. in Breslavia — Il meccanismo e la diagnosi dell'insufficienza dello stomaco.
155. **Guglielmo Ebstain**, prof. in Göttingen — Sull'incapacità di chiudersi del piloro (incontinentia pylori).
156. **Emilio Apollo Meissner**, prof. in Lipsia — Sul cholera infantum.
157. **F. Busch**, prof. in Berlino — Rigenerazione e formazione flogistica dei tessuti.
158. **A. Vernich** — Sulla etiologia, estinzione e trattamento igienico della lebbra.
159. **Bruno Baginsky**, prof. in Berlino — L'esame rinoscopico ed i relativi metodi operatorii.
160. **F. Riegel**, prof. in Gießen — La diagnosi dell'aderenza del pericardio.
161. **Carlo Eitelheim**, prof. di Vienna — I vermi nastriformi dell'uomo e i fenomeni morbosi cagionati da essi.
162. **H. v. Bamberger**, prof. in Vienna — Del morbo di Bright e sue relazioni con altre malattie.
163. **Ebstain**, prof. in Praga — Dell'itterizia nei neonati.
164. **Schott** — Menorragie ed iperemie croniche del corpo dell'utero.
165. **Ernesto Ziegler** — Della tubercolosi e della tisi.
- 166-167. **Gustavo Veit** — Sull'assistenza al parto in caso di mostri doppi.
168. **Mordhorst** — Intorno alla genesi della scrofolosi o della tisi polmonare.
169. **Otto Kuestner**, docente in Jena — Sulle lesioni delle estremità del bambino alla nascita.
170. **Gustavo Veit**, prof. in Bonn — Sulla retroflessione dell'utero negli ultimi mesi della gravidanza.
- 171-173. **Riccardo Volkmann** — Sul carattere ed importanza delle flogosi fungose articolari.
173. **H. S. Schultze** — Sul modo di determinare le indicazioni pel trattamento dell'anteversione e retroversione, nonché flessione del collo dell'utero.
- 174-175. **Carlo Weigert**, prof. in Lipsia — L'affezione renale di Bright dal punto di vista anatomico patologico.
176. **Ferd. Aug. Falck**, prof. a Kiel — L'antagonismo dei veleni.
177. **Carlo Giulio Moebius** — Sulle malattie nervose ereditarie.
178. **Dorbiuth F.**, prof. in Rostock — Le scoliosi.
179. **Max Kuge**, prof. in Berlino — Le malattie acute d'infezione in rapporto etiologico colla interruzione della gravidanza.
180. **A. Vernich** — Dell'aria confinata negli ospedali.

CONFERENZE COMPONENTI LA 7ª SERIE

181. **A. Kussmaul** prof. in Strassbourg i.F. — Il turbanamento peristaltico dello stomaco con osservazioni sul suo abbassamento e sulla sua dilatazione sul rumore di scoppietto e la bile nello stomaco stesso.
182. **Albert Burkard-Marian**, Prof. in Basilea — La scarlattina nei suoi rapporti coll'organo dell'udito.
- 183-184. **A. Martin** Prof. in Berlino — Sul prolasso della vagina e dell'utero, secondo una conferenza tenuta nel Congresso medico.
185. **E. Baehman** — Sulla significazione neuropatologica della larghezza della pupilla.
186. **E. Berlin** — Sul nesso anatomico che collega le infiammazioni orbitali ed endocraniche.
187. **Leopoldo Landau** — Sui mezzi di dilatazione dell'utero.
188. **Augusto Rheinstaedter** — Sul nervosismo della donna, i suoi rapporti colla malattia degli organi generativi e il suo trattamento generale.
189. **N. Weiss** — Sul Tetanismo.
190. **E. Bergmann** — Le lesioni del cervello con sintomi generali e di Focolaio.
191. **E. Kraussold** — Sulle malattie dell'appendice vermiforme e del cieco.
192. **A. Graefe** — Sulla cura caustica ed antisettica.
193. **L. Prockownick** — Sul raschiamento dell'utero.
194. **F. Starcke** — La deformazione dei piedi per la calzatura.
195. **D'A. Jurasz** — Sulle nevrosi di sensibilità delle fauci e del laringe.

Trenta conferenze costituiscono una serie. — Ogni conferenza separatamente costa **L. 1.**

Una intera serie, **L. 20** — pagabili anche in 4 rate anticipate di **L. 5** cadauna.

Trascurando di pagare a tempo debito una o più rate, il prezzo delle Conferenze ritirate dovrà valutarsi in ragione di **L. 1** cadauna.

Avvertenze

Gli abbonati al Giornale medico **Il Morgagni** (edito in Napoli dall'editore Dott. Leonardo Valardi) ricevono in dono 10 conferenze della **Raccolta Volkmann, A LORO SCELTA.**

Gli abbonati al giornale **Il Morgagni** ed alla **Raccolta Volkmann** riceveranno in dono un importo uguale (**L. 10**) in **monografie** a loro scelta da un catalogo appositamente compilato dall'Amministrazione del giornale.