

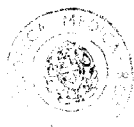


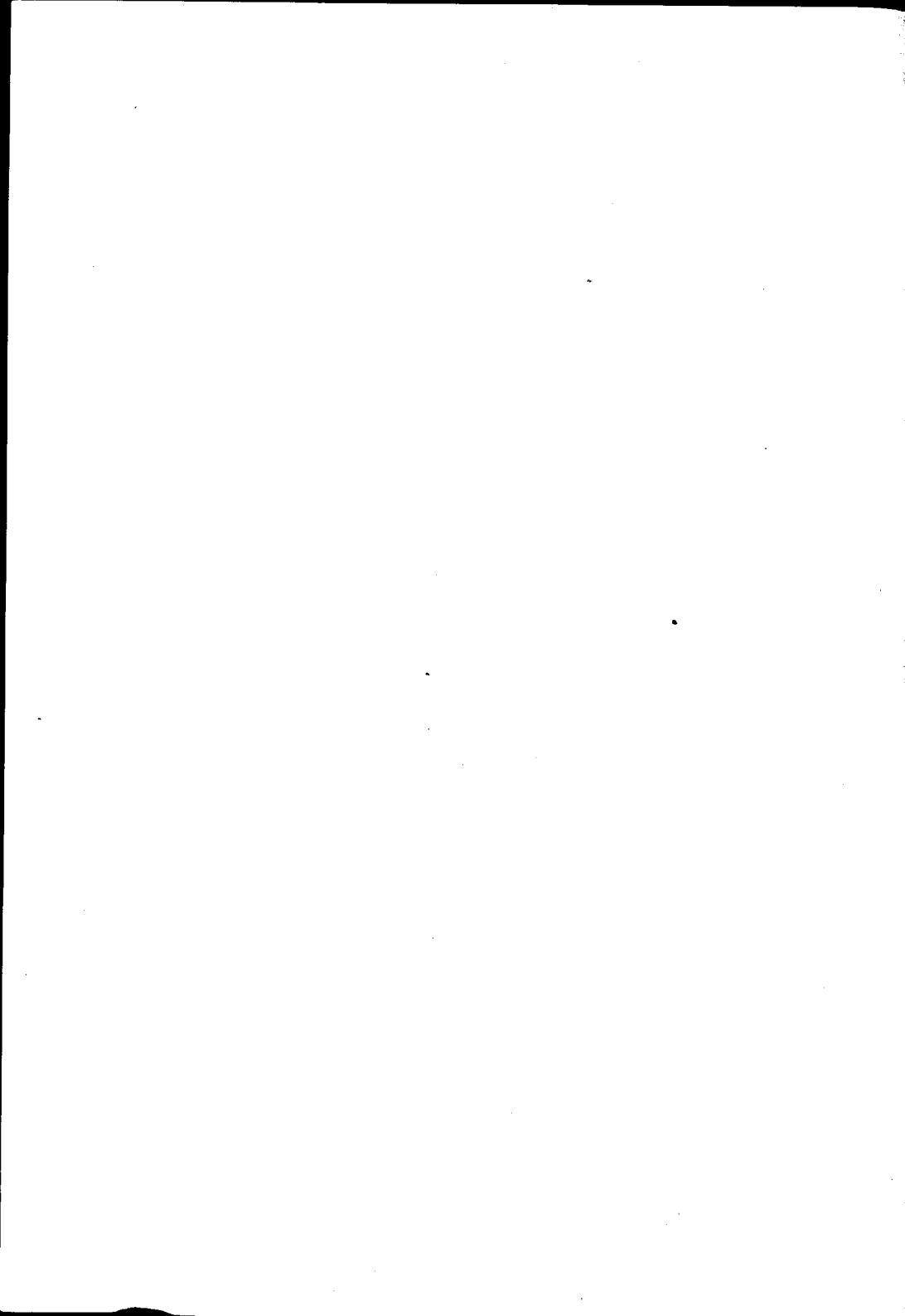
Prof. EGISTO MORETTI

Primario ocul. nell'Osp. civ. « Garibaldi » di Catania

LA CHERATOPLASTICA

(Estratto da « Le Forze Sanitarie » - Anno VIII - N. 10, del 31 maggio 1939-XVII)



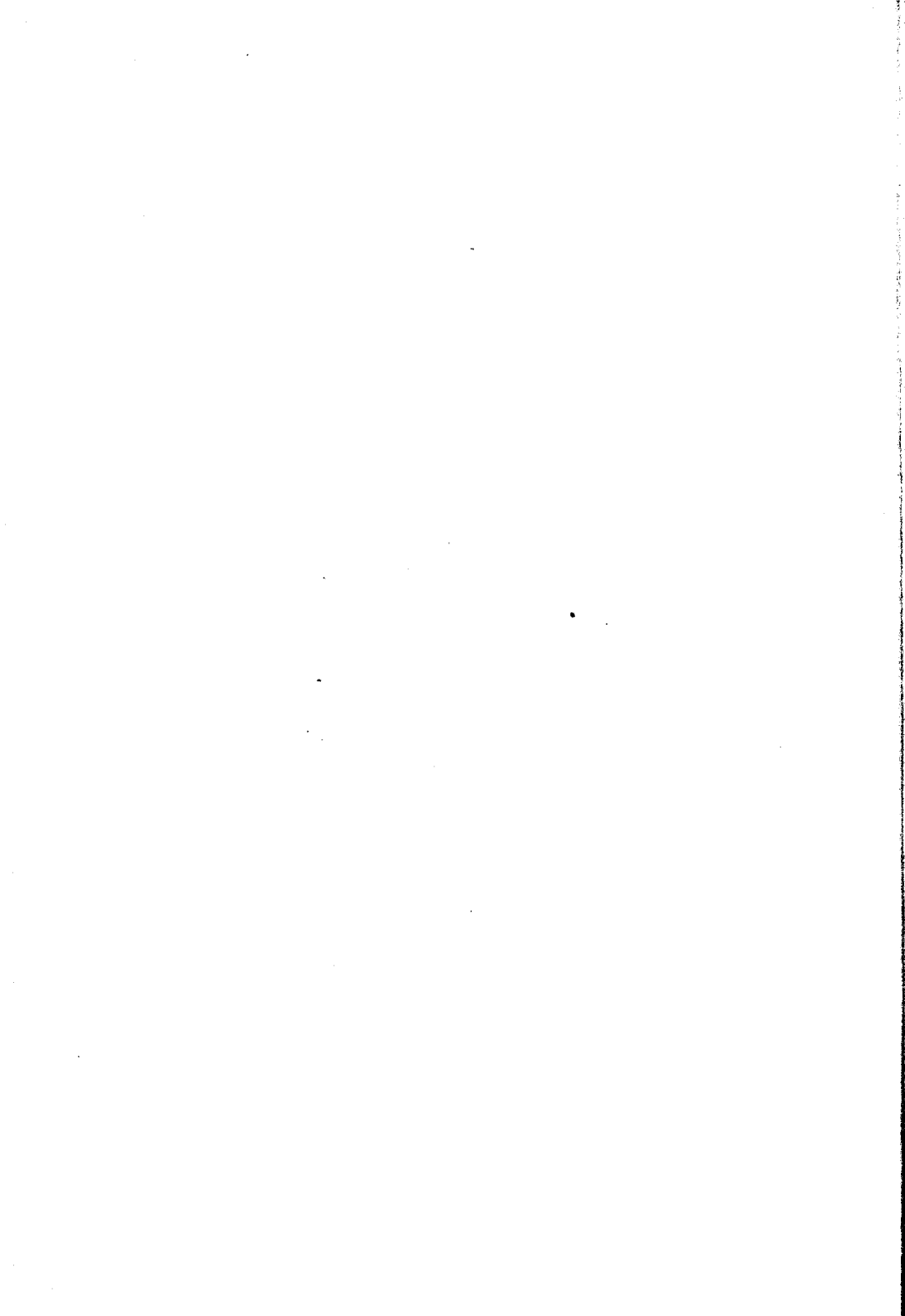


Prof. EGISTO MORETTI

Primario ocul. nell'Osp. civ. « Garibaldi » di Catania

LA CHERATOPLASTICA

(Estratto da « Le Forze Sanitarie » - Anno VIII - N. 10, del 31 maggio 1939-XVII)



Col perfezionarsi dell'anestesia e dell'asepsi la chirurgia ha fatto passi giganteschi, che hanno permesso di raggiungere mete inimmaginabili.

Chi poteva tempo fa soltanto pensare ad operare il sistema nervoso? Chi poteva credere che il cervello è attaccabile dal bisturi e che parte della materia cerebrale — in determinate zone — può essere asportata? Nessuno, queste erano chimere che al solo enunciarle avrebbero fatto classificare un individuo fra coloro che hanno bisogno di una bella camicia di forza.

Eppure oggi la chirurgia del sistema nervoso è un metodo di cura che ha solide basi scientifiche e che praticamente viene usato per estirpare tumori del sistema nervoso ed anche per curare alcune alterazioni psichiche che hanno basi in lesioni anatomiche nel cervello.

Naturalmente, di fronte a questi fatti tangibili, che sono vere e proprie affermazioni del genio umano in contrasto alle forze oscure ed avverse della natura, la fantasia del pubblico imbottita dalla volgarizzazione di questi interventi operativi strombazzata dai giornali quotidiani e settimanali, galoppa sfrenatamente, spesso, nelle vie dell'irreale.

Attualmente fra i miracoli della chirurgia è specialmente discussa in America — dove questi fatti assumono il carattere ossessionante di un vero delirio alimentato da pubblicazioni mirabolanti a serie di gruppi di giornali politici — l'innesto della cornea.

Dare vista ai ciechi - Non più le tenebre angosciose - Ritorna la gioia del sorriso sul labbro triste del cieco, ecc., ecc., questi sono i titoli che urtano come un cazzotto i lettori dei giornali americani, e sotto questi caratteri di scatola fotografie dei non più ciechi e di oculisti coll'immane microscopio sul tavolo.

In America non si è medici se non si ha la valigetta inseparabile — chi non l'ha vista al cinema — e se nelle fotografie non figura un bel microscopio ben lucidato e grosso sul tavolo.

Qualcosa di simile avveniva da noi trent'anni fa: per fare il medico era necessaria una bella barba, un bastone con pomo d'oro — regalo di un cliente affezionato e molto riconoscente — un cappello a larghe tese e, possibilmente, un bel paio di occhiali ed un viso da funerale.

Scherzi a parte, la notizia pubblicata dai giornali americani ha la sua base degna di considerazione, ma naturalmente bisogna andare molto cauti nei facili entusiasmi.

La cheratoplastica si propone di sostituire in tutto o in parte la cornea opacata densamente, in seguito a malattie od infortuni, con trapianti di cornea trasparente umana.

Tale delicato intervento si può solo praticare in occhi perfettamente sani ad eccezione di una grande macchia che ha convertito la cornea in una membrana bianca, opaca.

In questi casi di opacità totale della cornea — leucomi corneali — gli ammalati sono sottoposti ad un vero e proprio supplizio di Tantalo: intravedono la luce e qualche ombra, ma una barriera invalicabile ai raggi luminosi impedisce di raggiungere la mèta desiata della visione.

Una falange di ricercatori ha tentato, usando i mezzi più ingegnosi, di sostituire la cornea opacata con innesti di cornea trasparente.

L'arduo problema operativo è antico, tanto che appassionò moltissimo il mondo scientifico verso la fine del secolo scorso, quindi non è affatto novecento.

L'Italia è stata all'avanguardia di questi studi, che furono praticati con serietà e controllati con rigorosi metodi sperimentali da tre sommi maestri dell'oculistica italiana il GRADENICO, il CIRINCIONE e DE LIETO VOLLARO, e da una eletta schiera di studiosi come DE VINCENTIIS, SPECIALE CIRINCIONE, CALDERARO, PARDO, GRIGNOLO, STRAMPELLI e GALANTE; all'estero si sono occupati recentemente anche con particolare competenza CASTROVEJO, FILATOW e FRANCESCHETTI.

Da questi interessanti studi è ormai assodato che il trapianto si può eseguire solo nei casi in cui l'opacità non interessa tutto lo spessore della cornea, altrimenti il beneficio visivo sarebbe nullo, oltre a ciò si possono innestare solo gli strati superficiali giovando i profondi come base per un attecchimento del pezzetto di cornea trapiantato.

La tecnica operativa è molto delicata e vengono usati vari metodi: in uno, quando la macchia non occupa tutta la cornea, si preleva il pezzo da innestare dalla parte più trasparente della cornea e si trapianta nella zona centrale opacata.

Questo, però, è un processo non molto usato — tranne nei casi in cui la parte trasparente è limitata alla zona superiore della cornea posta sotto la palpebra — perchè quando l'opacità corneale è parziale è più agevole e si ottengono buoni risultati spostando con una operazione la pupilla, ciò che si ottiene praticando una iridectomia ottica in corrispondenza della parte di cornea trasparente.

Il procedimento più usato è quello di prelevare un disco o un quadratino di tessuto corneale da un altro occhio ed innestarlo nella zona corneale centrale dopo aver asportato un pezzo di membrana corneale perfettamente uguale, per forma, grandezza e spessore all'innesto preparato.

Per ottenere i dischi si usa un trapano speciale ad orologeria, che girando velocemente incide con margini nettissimi il disco. Lo spessore del tessuto corneale da innestare e da asportare è regolato mediante un anello d'arresto fisso alla lama del trapano, che misura esattamente l'approfondimento del taglio, e ciò anche per evitare la lesione delle parti più profonde

della cornea od addirittura la perforazione o lo svuotamento del bulbo oculare.

Altri operatori usano scolpire il pezzettino di cornea molto ampio in forma quadrangolare, in maniera che le superfici di contatto fra l'innesto e il porta innesto siano capaci di nutrire bene il trapianto e così favorire l'attecchimento. A tale scopo sono usati con preferenza speciali lance ed accorgimenti accurati di tecnica.

In queste operazioni, però, la massima difficoltà viene offerta dal provvedersi del materiale da innestare. E questo si capisce perchè bisogna ricercare un ammalato — privo di malattie capaci di trasmettersi con l'innesto — che abbia un occhio in condizioni tali da essere estirpato; d'altra parte la cornea di questo occhio deve essere perfettamente normale, altrimenti l'innesto non attecchisce.

Come si vede le difficoltà sono non lievi, tanto che qualche operatore ha innestato la cornea dei cadaveri — dice — con successo.

A tal proposito in America si è avuto un vero e proprio testamento. Un certo dott. Harding di Portland, nello Stato di Oregon, aveva perduto la vista e desiderava sottoporsi alla cheratoplastica, per quante ricerche avesse organizzate in tutti gli Stati Uniti non riuscì per più di sei mesi a trovare una persona disposta a sacrificargli un occhio.

Il fatto venuto a conoscenza di una affezionata e vecchia cliente del dottore la indusse a fare regolare testamento, col quale istituì il medico erede di uno dei suoi occhi.

La vecchia signora dopo poco tempo si spense serenamente ed il dottore subito operato riacquistò la vista.

Allo stato attuale l'uso della cornea dei cadaveri e le accurate tecniche operative usate segnano un reale progresso al problema della cheratoplastica, ma purtroppo dal punto di vista pratico i risultati sono limitati perchè molte volte l'innesto trasparente si necrotizza o diventa anch'esso opaco; però, nei casi fortunati i pazienti possono avere qualche vantaggio, pertanto negli ammalati in cui non è possibile altra cura la cheratoplastica può costituire una risorsa non trascurabile.



