Trattato teorico e pratico delle malattie degli occhi [a synopsis of the work of G.J. Beer and others] / Tradotto dal tedesco in francese sulla 3a ed. da F.J. Riester, accresciuto di note da L. Jallat.

Contributors

Weller, Carl Heinrich, 1794-1854.
Taddei, Pietro.
Riester, F. J.
Jallat, L.

Publication/Creation

Livorno : Vignozzi, 1833-1834.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/uztdcs9x

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

54684/B

WELLER, CARL HEINRICH

55350

TRATTATO

TEORICO E PRATICO

DELLE

MALATTIE DEGLI OCCHI

DEL D. WELLER

CHIRURGO-OCULISTA NELLA CITTA' DI DRESDA

TRADOTTO DAL TEDESCO IN FRANCESE

SULLA TERZA EDIZIONE

DA F. J. RIESTER

ACCRESCIUTO DI NOTE

DA L. JALLAT, DOT. IN MEDICINA

PRIMA VERSIONE ITALIANA

ARRICCHITA DI NUOVE ANNOTAZIONI

DI OSSERVAZIONI PRATICHE

E DI QUALCHE TAVOLA

DAL

Dott. Pietro Taddei

Medico - Chirurgo in Livorno, uno dei ventitrè fondatori della Società Medica, e membro onorario dell'Accademia Labronica di detta città, Socio corrispondente della Società Medico - Chirurgica di Bologna, della medico-Fisica Fiorentina, dell' Accademia Reale delle scienze di Parigi ec. ec.

TOMO I.

Biblioteca Luigi Luzzatti

LIVORNO

TIPOGRAFIA VIGNOZZI

1833.

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

AL CHIARISSIMO SIGNORE

Dott. Pietro Betti

GIA' PROFESSORE D' ISTITUZIONI CHIRURGICHE E DI ANATOMIA UMANA NELLO ARCISPEDALE DI S. MARIA NUOVA DI FIRENZE, CHIRURGO SOPRANNUMERARIO NEL MEDESIMO, ED IN QUELLO DEGLI INNOCENTI, CHIRURGO FISCALE, MEMBRO DEL COLLEGIO MEDICO, SOCIO DI PIU' ED ILLUSTRI ACCADEMIE SCIENTIFICO-LETTERARIE E MEDICO-CHIRURGICHE, ED ATTUALMENTE MEDICO PRIMARIO DEL DIPARTIMENTO DI SANITA' DI LIVORNO.

Colla semplice veduta di tributarvi un qualche attestato della mia leale amicizia che da tanti anni a voi mi avvicino, vennemi il pensiero di farvi offerta di questo mio tenue Lavoro, frutto dei pochi momenti serali che ho potuto togliere ad altre mie occupazioni.

Coll'intenzione di giovare in qualche modo ai progressi della scienza, per quelli più particolarmente ai quali non sono famigliari le lingue straniere, ho volgato nell' idioma italiano quest' opera del Dott. Weller, la quale tradotta già in altri colti dialetti d'Europa, venne dall' universale voto giudicata per eccellente. E questo mio lavoro perchè a null'altro mirando che alla comune utilità, a Voi, amatore del pubblico bene, con pieno animo offerisco e presento.

A Voi, che sì addentro penetraste in queste dottrine non parrà lavoro perduto codesto mio, perchè nudo affatto di gloria, e di null'altro meritevole, che della lode di paziente diligenza; chè certamente all' utile osservate, anzi che all' appariscenza di simili imprendimenti, e mi comenderete pel desiderio che mi mosse a questa fatica se nol credeste per il soggetto della medesima. Seguendo il quale desiderio, e non veramente per brama alcuna di comparire come autore, ho aggiunto all'opera qualche tavola, corredata delle opportune osservazioni, ed alcune annotazioni che andai qua e là frapponendo ad altre da me pur tradotte.

Chiudero' adunque con augurare a me stesso, che le mie fatiche possano ottenere la Vostra approvazione; e che esse sieno tanto utili alla Chirurgia italiana, quant' io ho desiderato, e desidero che sieno.

Livorno li 24 Luglio 1833.

Vostro Obbl.mo Servo ed Amico

D. Pietro Caddei.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b29309074

PREFAZIONE
DELLA TERZA EDIZIONE

Il favorevole accoglimento che conseguì la seconda edizione di quest'opera, m' ha imposto un nuovo obbligo di cui io m' incarico con piacere, a malgrado che pochi sieno i momenti ch' io possa disporre. I miei sforzi sono stati raddoppiati acciocchè la mia opera sia il meno possibile incompleta; quantunque io stesso conosca la sua imperfezione, non temo però essere accusato d'immodestia riguardando questa terza edizione come assolutamente perfezionata, *ed* accresciuta *sotto alcuni rapporti.*

L' ottalmologia ha fatti dei nuovi progressi che deve soprattutto alle particolari cure dei maestri dell' arte; ma s' è permesso il dirlo, lo zelo per le nuove scoperte particolarmente per ciò che concerne la parte operatoria della medicina oculistica, si è molto rallentato ai nostri giorni; egli è però soddisfacente di vedere succedere a quella specie di furore dal quale ognuno lasciavasi trascinare un tempo, una tendenza più riflessiva a riunire ad avvicinare ed a classare i materiali dei quali l'arte s' è arricchita, onde farli servire utilmente alla pratica.

Le modificazioni, e le aggiunte considerabili che sono state apportate a quest' edizione, nella quale io ho fatto ogni possibile per evitare le ripetizioni, e soprattutto per non ommettere le cose utili, troveranno il loro perdono in ciò che ho detto, se si consideri che questo libro, che era stato prima d'ora quasi che esclusivamente destinato agli allievi, ed ai giovani medici, può adesso essere utile pur anco al pratico illuminato e guidarlo nel solo retto sentiero, in quello cioè dell'esperienza.

Molti capitoli sono stati aggiunti, tali sono, quello che tratta dell' enfisema *delle palpebre, la intiera sezione che abbraccia la preparazione, e l'impiego dei topici, la bibliografia ottalmologica ec.; molte altre cose sono state quasi che rifuse, e considerabilmente aumentate; io citerò solamente quelle che trattano della* fistola del sacco lagrimale, delle infiammazioni dell'iride, dell'ottalmia d'Egitto, *delle* ottalmie psoriche ec.: *Ho pur cercato di vieppiù approfondire la natura di un gran numero di malattie delle più rimarcabili, quali sono l'*idropisia dell'occhio, *il* panno, *il* fungo midollare della retina ec.

Posso finalmente aggiungere ch' io ho fatti tutti questi cangiamenti avendo abbandonato ogni idea sistematica o preconcepita, non obbedendo se non se alla mia propria convinzione, fondata sull' esperienza, e senza giammai perdere di vista lo scopo pratico nell' insieme del mio lavoro.

Weller.

AVVERTIMENTO
DEL TRADUTTORE.

L'ottalmologia è ora coltivata in Alemagna con un successo rimarcabile, che deve attribuirsi senza dubbio alla cura assolutamente particolare che ognuno vi annette per incoraggiare lo studio, e la pratica di questa branca dell' arte di guarire. Esistono effettivamente nella maggior parte delle università di Alemagna delle cattedre speciali pel suo insegnamento. Il medico che vuole dedicarsi all' esercizio della medicina oculistica deve aver preso il grado d'ottalmologista, e non è permesso se non se ai dottori in medicina o in chirurgìa d' aspirare a questo titolo.

Gli eccellenti scritti pubblicati da qualche anno su l'ottalmologìa da *Benedict*, da *Graefe*, da *Himly*, da *Langenbeck* , da *Schmid*, ec : e sopra ogni altro quelli del celebre professore *Beer* , devono esser considerati come frutto della riunione di queste circostanze favorevoli per lo studio delle malattie degli occhi. Ma qualcuna di queste opere non abbraccia tutte le affezioni alle quali è soggetto l' organo della vista; altre sono sovrabbondanti di teorie più o meno speciose , che le rendono troppo voluminose. Si desiderava un trattato d' ottalmologìa nel quale si fosse limitato a esporre la parte pratica di quest' arte , comprendendo in essa tutto ciò che era stato pubblicato fino a questo giorno sulle malattie degli occhi. Un tal lavoro è stato intrapreso con molto successo

dal dottor *Weller*, di Dresda, alunno di *Beer*. Noi abbiamo pensato che essendo stato favorevolmente accolto in Alemagna, ove si son fatte tre edizioni successive in pochi anni, egli non sarebbe meno utile fra noi, ove da qualche tempo la maggior parte dei pratici non conoscono quasi che il trattato delle malattie degli occhi del professore *Scarpa*, rapito non ha molto all' utile della scienza, ed al bene dell' umanità. Effettivamente quest'ultima opera, quantunque degna dell'alta reputazione, e del talento rimarcabile del suo autore, presenta ciò non pertanto delle lacune, che sono relative a ciò che il celebre professore di Pavia, avendo una predilezione speciale per certi processi operatori, ha ommesso di parlare di quelli che egli rigettava. D'altronde, dopo l' epoca già remota della sua pubblicazione, la medicina oculistica si è arricchita di gran numero di scoperte, che non trovansi esposte, in generale, che nelle opere d'ottalmologìa recentemente pubblicate in Alemagna, ed in Inghilterra, e che non sono fra le mani che di pochi pratici.

Del resto, poco importa che noi esponiamo la nostra opinione sul giusto valore del *Trattato teorico-pratico delle malattie degli occhi* del dottor *Weller*; egli è alla classe de' medici istruiti a cui è destinato ed è a questi che si spetta il giudicarlo, giacchè possiamo noi esserci facilmente ingannati, allorchè credemmo cosa utile intraprenderne la traduzione.

BIBLIOGRAFIA

OTTALMOLOGICA (1).

I.

OPERE CHE TRATTANO DELLE MALATTIE DELL'OCCHIO IN GENERALE.

Grapheus Benvenutus. Ars probata de oculorum affectibus. Venet., **1497**; in-fol.

Grassus Benvenutus. De oculis, eorumque ægritudinibus et curis. Venet., **1500**; in-4.°

Bonaciolus Ludovicus. De naturâ oculorum. Argentor., **1529**; in-8.°

(1) Le opere sono state enumerate in questa lista per ordine cronologico, onde facilitarne le ricerche. Indipendentemente da' libri i cui titoli sono qui indicati, e che abbracciano quasi che tutta la letteratura ottalmologica, si possono pure consultare con vantaggio per la medicina oculistica, le opere seguenti: *Ephemerides naturae curiosorum-acta havniensia.* - *Gli opuscoli di Manchart,* che sono stati pubblicati sotto il titolo : *Dissert. med.sel.Tubing.oculi humani affectus medico-chirurg.considerados sist.; Tubing.:* 1783 1785.-*Halleri opuscula pathologica.* - *Joh. Mohrenheimer's Wienerische Beitraege*; o memorie di Vienna, per *J. Mohrenheimer.* -- *Memorie dell' Accademia reale di chirurgia.* - *Repertorium chir. und med. Abhandlung aus den wichtigsten. engl. Schriften* etc. o Repertorio di Memorie medico-chirurgiche, estratte dalle migliori opere inglesi. — *Giornale dei Dotti.* — *Haller: Disp. chir. sel.*; Lausan., 1755. *Giornale di Medicina.* — *Mursinna's medico-chir. Beobachtungen.* Berl., 1782, o Osservazioni medico - chirurgiche di Mursinna. — *Schmucker's chir. Wahrnehmungen* Frankeuthl, 1785; o Osservazioni chir. di

Jacques Guillemeau. Trattato delle malattie dell' occhio, che sono in numero di cento tredici, alle quali va soggetto. **Parigi 1585.**

Joh. Valentini Scheid. Visus vitiatus ejusque demonstratio mathematico-medica. Argentor., **1677.**

Georg Bartisch. Augendienst nunmehro zum anderen mal an den Tag gelegt. Nürnberg, **1686**; ossia la cura degli occhi. Seconda edizione.

Joh. Phil. Eyselii et *Theodori Martii.* Tractatus de re medicâ, exhibens visionis statum naturalem et præternaturalem. Erford, **1696.**

G. E. Stahl et *Ern. Lange.* Diss. medica de oculorum affectibus in genere. Halæ, **1702.**

Peter Kennedy's Ophthalmographia, or a treatise of the eye. London, **1713**; ossia Trattato dell'occhio, di *PietroKennedy.*

Antoine Maître-Jan. Trattato delle malattie dell' occhio, e dei rimedi adattati per la loro guarigione; arricchito di molte esperienze fisiche. Parigi, **1722.** Tradotto in Tedesco. Norimberga **1825.**

De Saint-Yves Nuovo Trattato delle malattie degli occhi, dei rimedi che loro convengono, e le osservazioni etc.; con nuove scoperte relative la struttura dell'occhio, etc.: **Parigi. 1722.** Amsterdam, **1736.**

Schmucker. — *Richter' s chir. Bibliotheh, so wie dessen med. und chir. Bemerkuugen.* Gœttingen, 1793;ossia Bib.chir. di Richter, e sue Osservazioni medico-chirurgiche — *Hufeland' s* o Giornale di medicina pratica d' Hufeland. — Molte opere d'Arneman. *Memorie dell' Accademia delle scienze.— Dizionario delle scienze mediche. — Neue Sammlung der auserlesenen und neuesten Abhadlungen für Wundarzte,* etc.; o nuova raccolta di memorie scelte per uso dei Chirurghi, etc. — *Opere postume di Dessault. — Horn' s Archio für die mediz. Erfahr.*, o archivi di esperienze mediche.—*The London medical Journal*, , o Giornale di medicina di Londra; ed altri giornali di medicina inglese. — Finalmente i trattati di chirurgia, fra i quali si distinguono quelli di Richter, e particolarmente di B. Bell. *Zang' s Darstellung blutiger heilk. Operationen*; o esposizione delle operazioni chirurgiche sanguinolenti.— *Boyer Trattato delle malattie chirurgiche.— Samuel Cooper, Manuale di chirurgia.* etc., etc.

John Taylor. An account of the mechanism of the eye. Norwich, **1727**; ossia Esposizione dell'occhio; di Giovanni Taylor,

G. Pellier de Quengsy figlio. Ricerche di memorie ed osservazioni, tanto relative le malattie che attaccano l'occhio e le parti che lo circondano, quanto dei rimedi per guarirle, etc. Monpellier **1780**.

A supplement to *Kennedy*'s ophthalmographia, or treatise of the eye. London, **1739**; ossia supplemento all'Ottalmologia, o Trattato dell'occhio; di Kennedy.

De Saint-Yves. A new treatise of the diseases of the eyes. London, **1741**. Traduzione inglese del nuovo Trattato etc.; di Sant-Yves.

Syllabus cursûs anatomiæ, infirmitatum, atque operationum globi ocularis et partium contiguarum. *D. Josepho Cervy*, dicatus à *D. Joanne Taylor*. Londini, **1743**.

Gio. Taylor. Il Meccanismo od il nuovo Trattato, dell'Anatomia del globo dell'occhio, coll'uso delle sue differenti parti, e di quelle che gli sono contigue. Paris, **1748**.

Hermanni Boerhaave. Prælectiones publicæ de morbis oculorum. Gotting., **1746**. Ed. secunda, quintà parte auctior et emendata, **1750**.

Johann Taylor's Mechanismus, oder neue Abhandlung von der künstlichen Zuzammensetzung des menschilichen Auges und dem besondern Nutzen desselben, so wohl für sich als in Absicht der anliegenden Theile, nebst seiner Art, dessen Krankheiten zu heilen. Frankfurt, am Main, **1750**. Traduzione tedesca delle precitate opere di Taylor.

Ernst Anton Nicolai. Handbuch von den Fehlern des Gesichts. Bern, **1754**; ossia Manuale dei vizj dell'organo della vista.

Hermann Boerhaaven's Abhandlung von den Augenkrankheiten. A. D. Lat. von Clauder. Nürnberg, **1759**; in-8°; ossia Trattato delle malattie degli occhi. Tradotto dal latino in Tedesco, da Clauder.

Louis Florent Deshais Gendron. Lettera al Sig.... su molte malattie degli occhi prodotte dall'uso del rosso e del bianco. Parigi, **1760**.

Demonceau. Trattato delle malattie degli occhi e degli orecchi. Parigi, **1766.**

Hans Sloane. An account of a most efficacious medicine for soreness, weakness and several other distempers of the eye, London; ossia esposizione di un metodo più vantaggioso per la guarigione dell'Ottalmia, della debolezza dell'occhio, e di molte altre affezioni alle quali va soggetto. Tradotto in francese da Cantwel. Parigi, **1766.**

John Henry Mauclerc. Nomenclatura critica morborum ocularium, or a critical index to the distempers of the eye. London, **1768.**

Guérin. Trattato delle malattie degli occhi. Lione, **1769.** Tradotto in Tedesco. Francforte, Leipsick, **1773,** in-8.°

Luigi Florent Deshais Gendron. Trattato delle malattie degli occhi, dei mezzi e delle operazioni atte alla loro guarigione. Parigi **1770.**

Gio. Janin. Memorie ed osservazioni anatomiche, fisiologiche e fisiche relative all'occhio ed alle malattie che lo affettano. Lione e Parigi, **1772.** Tradotte in tedesco. Berlino, **1788;** in-8°.

Joseph Warner. A description of the human eye and its adjacent parts, together with their principal diseases and the methods proposed for relieving them. London, **1773;** ossia Descrizione dell' occhio dell' uomo e delle sue adiacenze, ugualmente che delle sue principali malattie, e dei mezzi proprj per la loro guarigione.

William Rowley. A treatise of the diseases of the eyes. London, **1773-1790;** ossia Trattato delle malattie degli occhi. Tradotto in tedesco. Breslavia ed Hirscheberg, **1792,** in-8°.

Joh. Plenck. Doctrina de morbis oculorum. Viennæ, **1777.** Tradotto in tedesco Vienna **1788;** in-8°.

Michele Troja. Lezioni intorno alle malattie degli occhi. Napoli, **1780;**

Chandler. A treatise on the diseases of the eye and their remedies, to which is prefixed the anatomy of the eye, etc. London, **1780;** ossia Trattato delle malattie degli occhi, e dei mezzi di guarirle, preceduto dall' Anatomia dell'occhio, etc.

George Chandler's Abhandlung über die Krankheiten des Auges. Aus dem Engl. Leipzig, **1782**; in-8° ; Traduzione tedesca dell'opera di Chandler.

Gleize. Nuove osservazioni pratiche sulle malattie degli occhi , e loro trattamento. Parigi, **1786.**

A. G. Richter's Anfangsgründe der Wundarzneikunde 5ter Band. Goettingen, **1790**; ossia Elementi di Chirurgia ; 5° . vol.

E. G. Th. Kortum. Medicinisch-chirurgisches Handbuch der Augenkrankheiten. Lemgo, **1791-1793**, 2 Bände , in-8° ; ossia Manuale medico-chirurgico delle malattie degli occhi.

Joseph Beer. Lehre der Augenkrankheiten. Wien, **1792** , 2 Bd in-8° ; ossia dottrina delle malattie degli occhi.

Ch. Fr. Bd. Ettmüller. Abhandlungen über die Krankheiten der Augen. Leipzig, **1799**; in-8° ; ossia memorie sulle malattie degli occhi.

Ant. Scarpa. Saggio di osservazioni ed esperienze sulle principali malattie degli occhi; edizione quinta. Pavia, **1816**; Esiste una traduzione francese di *Léveillé* la quale fu tradotta in tedesco da Martens nel **1803.** L' opera di Scarpa fu di nuovo tradotta in francese con delle aggiunte, nel **1821** in parte per cura di *Belanger* e *Bousquet*, ed in parte da *Fournier-Pescay* e *Bégin.*

Himly. Ophthalmologische Beobachtungen und Untersuchungen. 1tes Stück. Bremen, **1801**; ossia osservazioni e ricerche ottalmologiche.

Himly und *Adam Schmidt.* Ophthalmologische Bibliothek. 1 Bd. St. 1. 2. Jena, **1805.** 2 Bd. St. 1. 2. 3. ibid. 3. Bd. St. 1. 2. 3. ibid., **1805**, ossia Bibliotec. ottalmologica.

De Wenzel. Manuale dell'oculista ; ossia Dizionario ottalmologico. Parigi **1808.**

James Wardrop. Essays on the morbid anatomy of the human eye. Edinburgh, **1808**; London, **1818**; ossia Saggio di Anatomia patologica dell' occhio umano.

Ph. F. von Walther. Abhandlungen aus dem Gebiete der practischen Medicin , besonders der Chi-

rurgie und Augenheilkunde. Landshut, **1810**; ossia memorie di medicina pratica, relative particolarmente alla Chirurgia ed all' ottalmologia.

Traugott Wilhelm Benedict. De morbis oculi humani inflammatoriis; lib. XXIII. Lips., **1811**. Edizione tedesca accresciuta, **1814**.

T. W. Benedict. Beiträge für practische Medicin und Ophthalmiatrik. **1** Bd., Leipzig, **1812**; ovvero Memorie per servire alla medicina pratica ed all'ottalmiotrica.

Giuseppe Beer. Die ehre von den Augenkrankheiten. Wien. **1**ter Bd. **1813**; **2**ter Bd. **1817**, in-8°; ossia la Dottrina delle malattie degli occhi.

John. Cunningham Saunders. A treatise on some practical points relating to the diseases of the eye. London, **1816**; ossia considerazioni su qualche punto pratico delle malattie degli occhi.

Himly. Bibliothek für Ophthalmologie, Kenntniss und Behandlung der Sinne überhaupt. **1**ten Bd. **1**es, **2**es, St.; Hannover, **1816**; ossia Biblioteca per l'ottalmologia, la cognizione e la cura degli organi dei sensi in generale.

J. Nep. Rust. Magazin für die gesammte Heilkunde. Berlin; ossia Magazzino del tutt' insieme dell' arte di guarire; opera periodica che comparve dopo il **1816**.

Langenbeck's neue Bibliothek für Chirurgie und Ophthalmologie. Hannover; ossia nuova Biblioteca di chir. e d' ottalmologia; opera periodica che incominciò dopo il **1818**.

Demours. Trattato delle malattie degli occhi, t. **1**, **2**, **2**; t. **4**, contenente le tavole. Parigi **1818**.

G. Quadri. Annotazioni pratiche sulle principali malattie degli occhi. Libro primo. Napoli, **1818**, in-4°;

G. Baratta. Osservazioni pratiche sulle principali malattie degli occhi; **2** vol. Milano, **1818**. Trad. in tedesco, da Güntz. Leipzig, **1823**.

Carl Heinrich Weller. Die Krankheiten des menschlichen Auges. Berlin, **1819**; **2**te Auflage, Berlin, **1822**; ossia le malattie dell'occhio umano.

Himly. Einleitung zur Augenheilkunde. Goettingen, **1820**; ossia introduzione alla medicina oculistica.

John Vetch. A pratical treatise on the diseases of the eye; ossia Trattato pratico delle malattie dell' occhio. Londra **1820.**

F. Delarue. Corso completo delle malattie degli occhi. Parigi, **1820.**

C. Graefe und *Ph. F. von Walther.* Journal für Chirurgie und Augenheilkunde; ossia Giornale di Chirurgia e d' ottalmologia. Berlino. Vede la luce dopo il **1820.**

A. P. Demours. Compendio teorico-pratico sulle malattie degli occhi. Parigi **1821.**

G. L. Helling. Practisches Handbuch der Augenkrankheiten; ossia manuale pratico delle malattie degli occhi, Berlino **1821.**

B. Travers. A synopsis of the diseases of the eye, and their treatment; ossia Istoria compendiata delle malattie dell' occhio e della loro cura. Londra, **1821.**

W. Guillié. Biblioteca ottalmologica; ossia Raccolta di osservazioni sulle malattie degli occhi; con note ed aggiunte dei sigg. Dupuytren, Alibert, Pariset, etc. Parigi, **1820, 1822**; in **8.°** Ne sono stati pubblicati di già parecchi fascicoli.

C. H. Weller. Diaetetik für gesunde und schwache Augen; ossia Dietetica per gli occhi sani e deboli. Berlino, **1821.**

C. H. Weller. A manual of the diseases of the human eye, for surgeons commencing practice. Translated from the German by G. C. Monteath; ossia Trattato delle malattie dell' occhio dell' uomo. Manuale all' uso de' giovani praticanti; tradotto dal Tedesco: **2.** vol. in **8.°** Londra, **1821.**

T. W. G. Benedict. Handbuch der practischen Augenheilkunde; ossia manuale della medicina oculistica pratica. Bd. **1.** Leipzig, **1822**; Bd. **2. 1823**; Bd. **3,** und **1824**; Bd. **5, 1825.**

L. F. Gondret. Osservazioni sulle malattie degli occhi; Parigi, **1823.**

R. Guthrie. Lectures on the operative surgery of the eye; ossia Lezioni sulla medicina operatoria dell'occhio. Londra **1823.** in **8.°**

George Frick. A treatise on the diseases of the eye, including the practice of the most eminent modern surgeons, and particularly those of the prof. Beer; ossia Trattato delle malattie dell'occhio, ove trovasi esposta la pratica de'più celebri chirurghi dei nostri giorni, e particolarmente quella del Professor *Beer*. Baltimor, **1823**. in **8.°**

J. T. Fabini. Doctrina de morbis oculorum in usum auditorum. Pesthini, **1823**; in-8° .

L. J. Beck. Handbuch der Augenheilkunde, zum Gebrauch bei Vorlesungen; ossia manuale della medicina oculistica. Heidelberg, **1823**. in **8.°**

Carolus Henricus Weller. Icones ophthalmologicæ, seu selectæ circa morbos humani oculi. Fasciculus I. Lipsiæ et Parisiis, **1825**.

II.

MONOGRAFIA SULLE MALATTIE DEGLI OCCHI.

C. Peter. Arlanus (Rom.) De suffusione, quam cataractam appellant. Mediolani, **1532**.

Joh. Sebast. Moller. Dissert. de suffusione: Traj. ad Viadr.; **1601**; in-4.°; **1603**; in-4° .

Joh. Kepler. (1) Paralipomena ad Vitellionem. Francof., **1604**; in-4° .

Thomas Fienus. De præcipuis artis chirurgicæ controversiis. Lib. **11**, de cataracta. Francof., **1649**; in-4°; **1669**; in-4° . London, **1733**; in-4° . Tradotto in Tedesco a Norimberga, **1679**; in **8.°**

Joh. Horne. Dissert. de ægilope. Leidae. B. **1659**; in-4.°

Guerner Rolfink. Dissert. de cataracta, Jen., **1664**; in-4.°

[1] A malgrado che quest'opera, ugualmente che altre da me qui citate non trattino direttamente delle malattie dell'occhio, ho nonostante creduto non dovere omettere gli scritti principali, che hanno per oggetto la fisiologia e l'anatomia dell'organo della vista, quantunque non interessino che sotto il rapporto istorico. Kepler fu il primo che spiegò la formazione delle imagini sulla retina.

Thomas Bartholinus. De oculorum suffusione epistola. Hafniæ, **1664.**

F. Henric. Meibom. Diss. de suffusione. Helmstad., **1670**; in-**4.°**

J. Arnold. Friderici. Dissert. de suffusione. Jenæ, **1670**; in-**4.°**

Joh. Dan. Major. Diss. de amaurosi et gutta serena. Eiloniæ, **1673**; in-**4.°**

Bernard Albin. Diss. de ægilope. Francof. ad Viadrum, **1673**; in-**4.°**

Mathias Harder. Diss. de cataracta. Basil., **1675**; in-**4.°**

Hieronymus Niemand. Diss. de suffusione. Argentorat., **1676**; in-**4.°**

Joh. Valent. Scheid. Diss. de visu vitiato. Argentorat., **1677**; in-**4.°**

Dom. Battieri. Diss. de mydriasi. Basil., **1679.**

Paul Sperling. Æger suffusione laborans. Ienæ, **1684**; in-**4.°**

Everard Papelier. Æger suffusione laborans. Argentorati, **1684**; in-**4.°**

E. R. Camerarius. Pleuritis et abscessus pectoris cum succedente colica et gutta serena. Tubing., **1690**; in-**4.°**

Bernard Albinus. Diss. de cataracta. Francof. ad V. **1695**; in-**4.°**, con una tavola.

Georg Wolfang Wedel. Diss. de ægilope. Jenæ, **1695**; in-**4.°**

G. E. Hamberger. De opticis oculorum vitiis. Jenæ, **1696**; in-**4.°**

Günther Christoph Schellhammer. Diss. de suffus. Jenæ, **1697.**

Berger. De morbis oculorum. Vitteb., **1698**; in**4°**.

Georg Ernest Stahl. De fistula lacrymali. Halæ, **1702.**

J. E. Schaper. Diss. de lippitudine crystallifera. Rostoch. **1704**; in-**4°**

Vater. De trachomate. Vitteb., **1704**; in-**4°**.

Georg Wolfgang Wedel. Diss. de cataracta. Jenæ, **1706**; in-**4.°**

Pietro Brisseau. Nuove osservazioni sulla cateratta. Tournay, **1706.** Idem seguito di osservazioni sul-

la cateratta. Tournay, **1708**, in **12.°** Tradotto in Tedesco, da G. Gaspero Sommer **1743**, in **8.°**

Christ. Joh. Lang. Diss. de cataracta. Paris; **1706.**

Cristoph. Vater. Diss. de visus læsionibus, in specie de myosi et mydriasi. Viteb., **1706**; in-**4.°**

Godofr. Bidloo. De oculo purulento. In decade prima exercitationum anatomico-chirurgicarum. Lugd. Batavor., **1708**; in-**4.°**

Godofr. Bidloo. De encanthide. In decade secunda exercitationum anatomico-chirurgicarum. Leid. **1708**;

Ludov. Frider. Jacobi. De cataractæ nova pathologia. Erford. **1708**; in-**4.°**

Alex. le François et *J. Nic. de la Hire.* Potest stare visio absque lente crystallina? Paris. **1708**; in-**4°**.

Brisseau. Trattato della Cateratta e del Glaucoma. Parigi, **1709.**

Wolff. Diss. de amaurosi imperfectâ. Traject. ad Rhenum, **1709.**

L. Heister. Diss. de cataracta in lente crystallina, III. Altdorf, **1711, 12, 13**; in-**4.°** Tutte e tre riunite sotto il titolo: Trattato sulla cateratta, del glaucome e dell'amaurosi. Altdorf, **1713**; in **4.°**

Alb. Ludw. Chappujau. De cataracta. Lugd. Bat., **1711.**

Anel. Osservazione singolare sulla fistola lagrimale. Turino, **1713.** in **4.°**

Id. Trattato del nuovo metodo di guarire le fistole lagrimali. Turino **1714**; in **4°**.

Id. Dissertazione sulla nuova scoperta dell'idropisia del condotto lagrimale. Parigi, **1713**; in **12.°**;

Alex. Chr. Gakenholz. Dissert. de visione per cataractam impedita. Helmstad., **1713**; in-**4°**.

J. Ern. Schaper. Dissert. de hydrophthalmia. Rostoch., **1713**; in-**4°**.

Abr. Vater. De duobus visus vitiis, altero dimidiato, altero duplicato. Viteb., **1713.**

L. Heister. De amaurosi salivatione curatà. Altdorf, **1713**; in-**8°**.

J. Bapt. Bianchi. De ductibus lacrymalibus novis. Taurin., **1715**; in**4°**.

Christoph Vater. Diss. de suffusione oculorum. Viteb. **1715**; in-4°.

Jacobi Hovii. Tractatus de circulari humorum motu in oculis. Lugd. Bat., **1716**; in-8°.

Heister. Apologia et uberior illustratio systematis sui de cat., glauc. et amaur. contra Woolhous. Altdorf, **1717**.

Clariss. Woolhousii. Diss. ophthalm. de cataracta et glaucomate, contra systema sic dictum novum, D. Brissai, Antonii, Heisteri et aliorum; E gall. in latinam linguam translata a Ch. le Cerf. Francof. ad M., **1719**.

Franz Wiedemann. Bericht vom Stein, auch Brüche zu schneiden und Staar zu stechen. Augsburg, **1719**, in-8.°; ossia sulla pietra, della maniera di operare le ernie, e la cateratta.

Heister. Vindiciæ sent. suæ de catar., etc., adversus ultimas adversiones atque objectiones. Altdorf., **1719**.

Sincerus Fidelis. Kurze Kritiken über des parisischen Oculisten Woolhous, von dem jungen *D. le Cerf* herausgegebene Lügen und Schandschiften, etc. Frankfurt und Leipzig, **1719**; ossia Critica alle menzogne pubblicate dal giovane D. le Cerf.

J. Mich. Lichtmann. Beschreibung des Staares. Nürnb., **1720**; in-4.°; ossia Descrizione della Cateratta.

J. Valentin Scheid. Diss. de quibusdam visus vitiis. Argentorat., **1720**; in-4°.

Andr. Fischer. Tumor oculi sinistri scirrhosus feliciter exstirpatus. Erford., **1720**; in-4°.

Hampe. De scarificatione oculorum Hippocratica. Duisb., **1721**; in-4°.

Anton. Celestin. Cocchi. Epistola ad Morgagnium de lente crystallina oculi humani, vera suffusionis sede. Romæ, **1721**; in-4°.

Anton. Ferrein. Quæstio medica, quinam sint præcipui, quomodo explicentur et curentur lentis crystallinæ morbi, Monspelii, **1722**; in-4°.

Laur. Roberg. Dissert. de cataracta. Upsal., **1722**; in-4°.

Laur. Heister. De trichiasi oculorum. Helmstad., **1722**; in-4°.

Cortum. De trichiasi. Francof., **1724.**

Jac. Gering. Praxis vitia partium oculi cognoscendi et curand. Misen. **1725**; in-4°.

Mauchart. Dissert. de ophthalmoxysi Hippocratica et Woolhousiana. Tubing., **1726**; in-4°.

Jac. Dœbel von Dœbeln. De cataractæ natura et cura. Londin. Scanor., **1727**; in-4°.

Cornutus Wigelius Diss. de cataracta. Upsal., **1727**; in-4.°

Zach. Platner. De scarificatione oculorum. Lipsi., **1727**; in-4.°

Joh. Daniel. Coschwitz. Dissert. de hypopyo. Halæ, **1728**; in4.°

Ant. Lemoine. Dissert. an deprimendæ cataractæ expectanda sit maturatio? Par., **1728.**

Prætorius. De scarificatione oculorum. Lips., **1729.**

Bened. Duddel's Treatise of the diseases of the horny coat of the eye, with supplements, ossia Trattato delle malattie della cornea, con dei supplementi. Londra **1729.**

Fr. Hoffman. Diss. de cataracta. L. B., **1729**; in-4.°

Maur. Henric. Henrici. Dissertat. de cataracta. L. B., **1729**; in-4.°

Francesco Petit. Lettera nella quale dimostra che il cristallino è dietro l' uvea, e adduce delle nuove prove che riguardano l' operazione della cateratta. Parigi., **1729** in 4°; e lettera contenente delle riflessioni sulle scoperte fatte relative agli occhi. Parigi, **1732**, in 4.° In Halleri disput. chir. sel., t. V., p. **601.**

Anton. Tizes. Dissertat. de cataracta. Monsp., **1731.**

Mich. Alberti. De visus obscuratione a partu. Halæ, **1732**; in-4.°

J. Hermann. Franken. Over het stryken van verschiedene cataracten. Amst., **1733.**

Aegid. Orato. Keck. De ectropio. Tubing., **1733**, et in diss. sel. Tubingensibus, t. III. Tubing.; Cotta, **1785**; in-8.°

G. Luigi Petit. Sulla fistola lagrimale, nelle memorie dell' accademia delle scienze; anno **1734**, p. **135**, ed anno **1740**, p. **155.**

A. Fischer et *Breyer*. Dissert. de ophthalmia venerea et peculiari in illa operatione. Erford., **1734**; in-4°.

John Taylor. New treatise on the diseases of the crystalline humour of the eye, or of the cataract and glaucoma; ossia Nuovo trattato delle malattie del cristallino o della cateratta e del glaucome. Londra, **1736**; in 8°.

Fr. Hoffmann. Dissertat. de variis visionis vitiis. Halæ, **1736**; in-4°.

P. Ant. Lepy et *Des Fréremont*. Non ergo fistulæ lacrymali cauterium actuale. Paris, **1738**; in-4°.

Ant. Florlin. Non ergo fistulæ lacrymali cauterium actuale. Paris, **1738**; in-4°.

Kaestner. De motu ligamenti ciliaris in oculo. Lips. **1738**, in-4°.

Conr. de Reverhorst. Diss. de ægilope seu fistula lacrym. Leidæ, **1738**; in-4°.

Hermann Paul Juch. Diss. de suffusione. Erford., **1738**; in-4°.

Franc. van de Wynpersse. Diss. de amaurosi. Lugd. Bat., **1738**.

John Taylor. De vera causa strabismi. Lisbon., **1739**; in-8°.

Guil. Fr. Habermann. Diss. sistens historiam cataractæ in puella septem annorum observatæ. Jenæ, **1740**; in-4°.

Zacharias Platner. De vulneribus superciliis illatis, cur cœcitatem inferant, ad locum Hippocratis. Lips., **1741**; in-4°. In opusculis, t. II, p. **166**. Lips., **1749**; in-4°.

Zacharias Platner. De noxis ex suppuratione cohibita in nonnullis oculorum morbis. Lip., **1742**; in-4°.

G. de la Faye. Ergo vera cataractæ sedes in lente. Paris, **1742**, in-4°.

Elias Col de Villars. Erga vera cataractæ sedes in lente. Paris, **1742**; in-4°.

C. Gl. Hebenstreit. De oculo lacrymante. Lips., **1743**.

Jos. de la Sone et Arcelin. Dissertatio: stare ne potest visio absque crystallina? Paris, **1743**.

G. Daviel. Su un nuovo metodo di guarire la cateratta coll' estrazione. Nelle memorie dell'Accademia di chirurgia, t. 2° : p. 337.

Christ. Jac. Trew. De cataractâ in commercio litterario. Noric., 1745, p. 36.

Godofr. Hœrle. De staphylomate fungoso. *Giessenœ* 1746; in 4°.

Berger. Diss. de maculis, punctulis, scintillis, aliisque corpusculis visui observantibus. Francof., 1747; in-4°.

J. Jac. Roscius. Disput, de cataracta vera lactea crystallina. Regiomont. 1748; in-4.°

Sam. Th. Quellmalz. Progr. depositionis cataractæ effectus exponens. Lips., 1748; in-4.°

Justus Godofr. Güntz. Diss. de staphylomate. Lips., 1748; in-4.°

*B.D.Mauchart.*Diss. de staphylomate. Tubing., 1748; in-4.°

B. G. Oehme. Diss. de amaurosi. Lips., 1748; in-4°.

Janus Reghellini. Lettera chirurgica sopra l' offesa della vista consistente nel raddoppiamento degli oggetti.

Sylvester O' Hallorum. A new treatise on glaucoma or cataract ; ossia Nuovo trattato del glaucoma e della cateratta. Dublino 1750. in 8.°

Pallucci. Istoria dell' operazione della Cateratta. Parigi, 1750.

A. G. Buchner. Dissert. de inflammatione oculorum â rachitide cum tuberculis in palpebrarum tunica interiori. Hal., 1751; in-4°.

Raimondo di Vermale. Lettera sull' estrazione del cristallino. Parigi, 1751.

H. F. Delius. Dissert. de phantasmatibus ante oculos volitantibus, affectu oculorum singulari. Erlang., 1751; in-4°.

Georg. Fr. Siegwart. Dissert. chir. de extractione cataractæ. Tubing., 1752; in-4°.

Fr. Busse. Quæstio med. chir., an in deprimenda cataracta ipsius capsula interne et postice in primis secanda sit. Paris., 1752; in-4°.

J. Gf. Zinn. De ligamentis ciliaribus. Gott., 1753; in-4°.

Andr. El. Buchner. Disp. de cataracta omni tempore deponendâ. Hal., **1755**; in-4°.

Triller. De scarificatione et ustione oculorum ab Hippocrate descripta. Viteb.; **1754**.

J. Gf. Zinn. Diss. anat. oculi hum. icon. illustr. Got., **1755**, cum suppl. notisque H. A. Wrisbergii, **1780**.

Bassuel et *Le Maire.* Diss. de hypopyo. Paris, **1757**; in-4°.

C. J. Theroude de Walun et *J. Descemet.* Non ergo sola lens cataractæ crystallinæ sedes. Par., **1758**.

P. Pott. Observations on that disorder of the corner of the eye, commonly called fistula lacrymalis; ossia Osservazioni su quella malattia dell'angolo dell'occhio, comunemente chiamata fistola lagrimale. Londra, **1758**.

Lauder. Diss. de cataracta. Edimb., **1758**.

Sabatier et *Pet. Dion. Matin.* De cataractæ extrahendæ variis modis. Par., **1759**; in-4°.

Jacob Ludwig Schürer. Quæstio, num in curatione suffusionis lentis crystallinæ depressioni sit præferenda. Argent., **1760**; in-4°.

A. J. Palucci. Methodi curandæ fistulæ lacrymalis. Vindob., **1762**.

J. B. Morgagni. Epistola de obstructione ductuum lacrymalium. in opuscul. miscellan. Venet., **1763**; in-fol., p. I.

C. F. Kaltschmidt. De puero XII annorum ancyloblepharo laborante curato. Jenæ, **1764**; in-4°.

Janin. Sopra una fistola lagrimale, prodotta da un colpo di fuoco. Parigi, **1765**.

Jean Colombier. Dissert. nova de suffusione seu cataracta. Paris, **1765**.

Paul Gabriel Lepeaux. Num impeditis lacrymarum viis parari debeat lacrymis artificiale iter in cavum, quod juxta majorem oculi canthum inter superficiem internam palpebræ et oculi globum deprehenditur. Paris, **1766**; in-4°; **1770**; in-4°.

Andry et *De la Poterie.* Incisione corneæ in hypopyo præstat embroche. Paris. **1766**.

Jean Astruc. et *Élias de la Poterie.* Ergo incisio-

ni cornæ in curatione cataractæ præferenda embroche. Paris, **1776**; in 4°.

Jean Colombier. Ergo in multiplici cataractæ genere multiplex . . . . . Paris, **1768**, in-4°.

Franç. Guil. Levacher, et *P. Victor Coutouly*. De cataractæ nova ratione extrahendæ. Paris, **1768**; in-4°.

Carsten Rönnow. Om en ben och otenatis starr, etc.; ossia V' ha egli la Cateratta ossea e pietrosa, ec. Stoccolm, **1761**, in 3.o : Lettera di uno studente di Medicina, nella quale si esamina e si confutano i dubbj che un anonimo ha diffusi nel pubblico sull'osservazione presentata all' accademia Reale dal Sig. Ronnow riguardante una cateratta ossea o pietrosa. Stoccolm, **1769**. Dubbj che la cateratta ec. Ibid:, **1768**. Risposta allo studente ec : Ibid:, **1769**. Osservazioni sulla critica di un'anonimo, ec. Ibid: **1770**.

J. F. Haeseler. Betrachtungen über das menschliche Auge; ossia Considerazioni sull' occhio dell' uomo. Amburgo, **1773**.

J. D. Metzger. Curationum chirurgicarum, quæ ad fistulam Lacrymalem hucusque fuerunt adhibitæ, historia critica. Monasterii, **1772**; in-8°.

Johann Bischoff. Practische Abhandl. der Dioptrik, etc. Mit 9 Kupfert Stuttgart, **1722**. Neue Aufl. Stuttgart, **1800**; ossia Trattato pratico di diottrica.

Aug. Gott. Richter. Abhandlung von der Ausziehung des grauen Staares; ossia Trattato dell' estrazione della Cateratta. Gottinga, **1773**.

Peter Rathlauw. Over de cataracta; ossia sulla cateratta. Amsterdam, **1773**.

Joh. Caspar Gellmann. Der graue Staar und dessen Herausnehmung, nebst einigen Beobachtungen; ossia la Cateratta e sua estrazione, con qualche osservazione. Magdeburgo, **1774**.

Carolus Szén. Dissert. de cataracta ab effluviis aquæ fortis nata. Jenæ, **1774**.

R. Klincke. Dissert, de diplopia. Gotting. **1774**.

J. Fraç. Achilles Lalouette. Erga faustum omen in amaurosi periodus. Paris., **1774**.

George Bostwik. Treatise upon the extraction of the crystalline lens; ossia Trattato sull' estrazione del Cristallino. Edimburgo, **1775.**

Gisb. de Witt. Vergleichung der verschiedenen Methoden den Staar anszuziehen. Giessen, **1775.** Neue Ausgabe, **1778**, in-**8.°**; ossia Confronto fra i differenti metodi di estrarre la cateratta.

George Chandler. A treatise of the cataract, etc., with copper-plates. London, **1775**; ossia Trattato della Cateratta, ec. con tavole.

W. Rowley. An essay on the ophthalmia, or inflammation of the eye and the diseases of the transparent cornea; ossia dell' occhio, e delle malattie della cornea trasparente. Londra **1776.**

Ch. E. Wünsch. Visus phænomena quædam explicata. Lips., **1776.**

J. Marat. On the nature of a singular disease of the eye; ossia sulla natura di una malattia particolare dell' occhio. Londra **1776.**

J. Frid. Licht. De præcipuis viarum lacrymalium morbis. Argentor., **1776.**

Jac. Chist. Vogel. De fistula lacrymali eamque sanandi methodis tractatus. Ed. tertia. Griphisw., **1776**; in-**4.°**

Percival Pott. Chirurgische Krankheiten; ossia Manuale di Chirurgia; traduzione dall'inglese. Berlino e Luneburgo **1776.** in **8.°** L' originale inglese comparve a Londra nel **1775.**

Thomas Mejean, Diss. de cataracta. Monsp., **1776**; in-**4°**.

M. Lange. De ophthalmia. Tyrn., **1777.**

Christ. Polycarp. Leporin. Dissertat. de hypopyo. Gotting., **1778.**

Percival Pott. Abhandl, von der Thraenenfistel und Mastdarmfistel; ossia Trattato delle fistole lagrimale e stercorale; traduzione dal latino. Dresda, **1779**; in **8.°**

J. Witte. De fistula lacrymali. Erford., **1779.**

Wenzel. Diss. De extractione cataractæ. Paris., **1779.** Il medesimo Trattato della Cateratta, con osservazioni. Parigi, **1786**; in **8.°** tradotto dal francese in tedesco, con una tavola. Norimberga, **1788**; in **8.°**

Cusson. Osservazioni sulla cateratta. Montpellier, **1779.**

Bretcher. Diss. de suffusione. Halæ, **1779.** Milano in **12.°**

Lorenzo Nannoni. Dissertazione sulla cateratta.

Daniel Nootnagel. Diss. de amaurosi. Erlang., **1779;** in-**4°** .

James Ware. Remarks on the ophthalmy ; ossia osservazioni sull'ottalmia. Londra, **1780.**

H. W. M. Olbers. De oculi mutat. internis. Gotting., **1780.**

J. Georg. Schulze. Diss. de fistulam lacrymalem sanandi methodis. Argent., **1780;** in-**4°** .

Giov. Bartolazzi. Sopra una cieca nata, etc., in cui trattasi di cateratta connata. Verona, **1781.**

Trnka de Krzowitz. Historia amauroseos. Tom. II. Vindob. ; **1781;** in-**8.°** Tradotto in tedesco da G. F. Mogolla. Breslavia , **1790.**

Trnka de Krzowitz. Historia ophthalmiæ, etc. Vindob., **1783.**

Fr. Siegerist. Beschreibung und Erklärung des Staarnadelmessers und Gegenhalters zur Auszieh. des grauen Staares ; ossia Descrizione e spiegazione del ago-coltello ec: per l' estrazione della Cateratta. Grats, **1783,** in **8.°**

Christ. Gotthold Teller. De Methodis suffusionem oculorum curandi a Casamatta et Simone cultis diss. Lips. , **1783.**

A. Butter. A new methode of extracting the cataract, etc.; ossia nuovo metodo per eseguire l' estrazione della Cateratta, ec. Londra **1783.**

Ch. Fr. Ludwig. De suffusionis per acum curatione. Lips., **1783;** in-**8°** .

Marchand. Memoria su un nuovo mezzo di prevenire la cecità , che ha per causa la cateratta. Nismes , **1784.**

Demours figlio. Memoria sulla cateratta. Parigi, **1784.**

Jonathan Walthen. A dissertation on the theory and cure of the cataract ; ossia Disertazione sulla teoria, e la cura della cateratta. Londra, **1785** ; in **8.°**

C. W. Hildebrand. De accuratiore cataractæ deponendæ methodo. Francof. , **1785;** in-**4°** .

Ant. Carl von Willburg. Betrachtung über die bisherigen gewöhnlichen Operationen des Staares; ossia Considerazioni sulle operazioni della Cateratta, comunemente usate fino a questo giorno. Norimberga, **1785.**

J. H. Harder. Diss. de ectropio, entropio et trichiasi. Jenæ, **1785.**

G. J. Badendyk. Dissert. de ancyloblepharo. Jenæ, **1785.**

Theod. Singeisen. De ophthalmia ex vitio ventriculi. Erlang., **1786.**

Blizard. A new method of treating the fistula lacrymalis; ossia Nuovo metodo per curare la fistola lagrimale. Londra **1786.**

J. Ant. Wilsen. Diss. sistens annotationes quasdam circa ophthalmiam epidemicam a. **1785** observatam. Stuttgard., **1787**; in-4°.

Barussaldi. Dissert. de fistula lacrymale; Dissertazione sulla fistola lagrimale. Venezia **1787.**

E. A. L. Brunner. Diss. inaug. med. chir. de cataracta. **1787.**

Reil. Diss. sist. quædam de systematis oculorum glandulosi inflammatione. Hal., **1788**; in-8°.

J. S. S. Schacht. Diss. de epiphora et lippitudine. Halæ, **1789**; in-8°.

Hennings. Comment. de ptosi. Gryphisw., **1789.**

C. A. Otto. Diss. in qua visus vitia contemplantur. Butzow., **1789.**

J. Fr. Corvinus. Diss. de amaurosi. Tubing., **1789**; in-4°.

Trampel. Ueber die eiterartige Augenentzündung. In dessen Beobachtungen und Erfahrungen; ossia sull' ottalmia purulenta, con osservazioni ed esperienze. Lemgo **1790.**

J. God. Gætz. De Ophthalmia infantum recens-natorum. Jenæ, **1791.**

G. J. Beer. Practische Beobachtungen über verschiedene, vorzüglich aber über jene Augenkrankheiten, welche aus allgemeinen Krankheiten des Körpers entspringen; ossia Osservazioni pratiche sopra alcune malattie degli occhi, ma particolarmente di

quelle che dipendono da affezioni generali del corpo, ec. Vienna, **1791**.

Georg. Rud. Fœlsch. Diss. de cornee maculis. Halæ, **1791**.

G. J. Beer. Pract. Beobachtungen über den grauen Staar und die Krankheiten der Hornhaut; ossia Osservazioni pratiche sulla Cateratta e le malattie della cornea. Vienna **1791**.

Joh. Heinr. Jung. Methode den grauen Staar auszuziehen; etc.; ossia Metodo per estrarre la cateratta. Marburgo **1791**. Mit. **4**. Kupfert.; in-**8**.°

J. C. Loder. Observationis hypopyi et inde enatæ synizeseos pupillæ pars I. Jenæ, **1792**.

Jonathan Th. Wathen. A new and easy method of curing the fistula lacrymalis. The second edition, with considerable improvements; ossia Metodo nuovo e facile di guarire la fistola lagrimale; seconda edizione considerabilmente aumentata. Londra; **1792**.

Gerrit. Jan Van Wy. Nieuwe manier van Staarsnyding; ossia Nuovo modo di operare la Cateratta. Arnen, **1792**.

J. G. A. Wardenburg. Dissert. inauguralis de methodo cataractæ extrahendæ nova. Gotting., **1792** in-**4**°.

N. Avellan. Præs. Ad. Murray, diss. inaug. de trichiasi. Upsal., **1792**.

J. S. Fest. Winke aus der Geschichte eines Augenkranken, etc.; ossia Istruzione estratta dall' istoria di un' individuo affetto di male d' occhi. Leipzig, **1793**.

Wilh. Frid. Dreyssig. Diss. de ophthalmia recensnatorum. Erford., **1793**; in-**8**°.

C. G. G. Richter. Diss. de amaurosi. Gotting., **1793**.

J. Crampton. Dissert. de amaurosi. Edinb., **1793**.

J. Ch. Reil. De lentis crystallinae structura fibrosa. Hal., **1794**.

Hederborg. Praes. Car. Fr. Liliewaleh, de ophthalmia. Lundæ, **1794**.

J. H. Pfeifer. Dissert. de hypopyo absque operatione sanando. Erlangæ, **1794**.

J. F. Merzdorff. Diss. de fistula et blennorrhœa viarum lacrymalium. Halæ., **1794**; in-8° .

J. C. Conradi. Bemrkungen über einige Gegenstände der Ausziehung des grauen Staares ; ossia Osservazioni su qualche punto che tratta dell' estrazione della cateratta . Leipzig , **1795**.

G. G. Santarelli. Ricerche per facilitare il cateterismo e la estrazione della cateratta. Vienna, **1795**.

James Ware. An inquiry into the causes which have most commonly prevented success in the operation of extraction of the cataract ; ossia Ricerche sulle cause che si oppongono più comunemente al successo dell' operazione della cateratta per estrazione. Londra, **1795**. Tradotto in tedesco da Leune. Leipzig, **1799**.

J. Henr. Chr. Vogler. Diss. de maculis ante oculos volitantibus. Helmstad., **1795**; in-4° .

J. N. Thomann. Geschichte einer metastat. Augenentzündung ; ossia Istoria di un' ottalmia metastatica. Wurzb , **1796**.

J. V. H. Kœhler. Versuch einer neuen Heilart der Trichiasis ; ossia saggio di un nuovo modo di guarire il trichiasi. Leipzig , **1796**.

Rud. Abrah. Schiferli. Theoretisch-practische Abhandl über den grauen Staar , ossia Trattato teorico-pratico sulla cateratta. Leipzig , **1797** ; in **8.°**

J. Barth. Etwas über die Ausziehung des grauen Staares, für den geübten Operateur; ossia qualche cenno sull'estrazione della cateratta , per l' operatore esercitato. Vienna , **1797** ; in **8.°**

G. F. Beer' s. Methode, den grauen Staar sammt der Capsel auszuziehen ; ossia metodo di estrarre la cateratta colla capsula cristallina. Vienna , **1799**.

G. J. Beer. Bibliotheca ophthalmica, etc. Vindob. , **1799**.

J. K. Sybel. Diss. de quibusdam materiæ et formæ oculi aberrationibus a statu normali. Halæ, **1799**.

G. J Beer. Pflege gesunder und geschwächter Augen, Cura degli occhi sani e deboli. Vienna, **1800**.

George Adams. Anweisung zur Erhaltung des Gesichts und zur Kenntniss der Natur des Sehens; os-

sia Istruzione per la conservazione della vista e la cognizione della natura della medesima. Tradotta dall' inglese in Tedesco, con note di Fr. Kries. Dodicesima edizione. Gotha, **1800.**

G. J. Beer. Auswahl aus dem Tagebuche eines practischen Augennarztes; Estratto scelto del giornale di un medico, sulle malattie degli occhi. Vienna, **1800.**

Edw. More Noble. A treatise on ophthalmy, ossia Trattato dell'ottalmia. Birmingham, **1800.** Tradotto in Tedesco, con note di K. G. Kühn. Leipzig, **1802.**

A. Schmidt. Ueber Iritis und Nachstaar; ossia sull' Iridite e la Cateratta consecutiva. Vienna **1801**; in-4°.

S. T. Sœmmering. Abbildungen des menschlichen Auges; o Figura dell' occhio dell' uomo. Frankford am Main **1801**; in fol. Mit. **16** Kupf. Queste tavole sono copiate nell' opera di Demours.

James Earle. An account of a new method of operation for the removal of the opacity in the eye, called cataract; ossia Descrizione di un nuovo metodo per l'operazione della cateratta. Londra, **1801.** Con due tavole. Dans *Langebeck's* Bibliothek. Bd. I. St. I. S. **496.**

G. le Febure. Von den Augenentzündungen und den daraus entstehenden Augenkrankheiten; ossia delle ottalmie e delle malattie degli occhi che ne resultano. Frankfort **1802.**

J. A. Hassenmüller. Diss. novum ad curationem trichiaseos remedium sistens. Dorpat. **1802.**

J. Ad. Schmidt. Ueber die Krankheiten des Thränenorgans; ossia sulle malattie dell'organo lagrimale. Vienna, **1803**, in 8.°

Lacournière. Considerazioni sull'operazione della Cateratta. Strasburgo, **1803.**

J. A. Titmann. Von den topischen Arzneimitteln gegen Augenkrankheiten; ossia dei topici per le malattie degli occhi. Dresda, **1804.**

Arthur Edmonston. A treatise on the varieties and consequences of ophthalmia; o Trattato sulle diverse specie d' ottalmie, e loro esiti. Edimburgo, **1806.**

G. J. Beer's. Ansicht der staphylomatœsen Metamorphosen des Auges und der künstlichen Pupillenbildung ; ossia sugli Stafilomi dell' occhio , e la formazione di una pupilla artificiale. Vienna **1806.**

J. Spindler. Ueber Entzündungen des Auges, o sull' infiammazione dell'occhio. Wurtzemburgo, **1807.**

C. A. Weinhold. Anleitung, den verdunkelten Krystallkörper im Auge des Menschen jederzeit bestimmt mit seiner Kapsel umzulegen; ossia Istruzione per abbassare radicalmente il cristallino e la sua capsula. Mosen , **1809.**

Wardrop. Observations on fongus hæmatodes ; ossia osservazioni sul fungo ematode. Edimburgo , **1809.**

Jac. Ware. chir. Beobachtungen über die Augen ; ossia Osservazioni sugli occhi ; tradotte dall' inglese in tedesco da J. G. Runde. Gottiga , **1809.**

T. Benedicit. Diss. de morbis humoris vitrei in oculo humano. Lips., **1809**; in-4o .

F. T. Flemming. Diss. inaug. de dacrycystitide. Vitebergæ, **1810.**

W. Bratsch. Diss. inaug. de panno oculi. Landishuti, **1810.**

J. F. Schrœter. Das menschliche Auge in einer vergrösserten Darstellung a. e. ausgemalt. Tafel nach Sœmmering ; ossia l' Occhio dell' uomo ingrandito secondo Soemmering. Weimar, **1810.**

Guil. Henr. Buchhorn. De Keratonyxide, nova cataractæ aliisque oculorum morbis medendi methodo chirurgica. Magdeb., **1810.**

J. Ch. Rosenmiller. Partium extern. oculi humani , imprimus lacrymal. descriptio. anat. Lipsiæ, **1810.**

T. Benedict. De pupillæ artificialis conformatione. Lips., **1810.**

C. H. Wachter. Diss. de pupilla artificiali. Grœningæ, **1810.**

G. G. Veit. Commentatio medica exhibens oculi humani anatomiam et pathologiam ejusdemque in statu morboso exstirpationem. Norimbergæ, **1810.**

Buchorn. Die Keratonyxis, eine neuere gefahrlosere Methode, den grauen Staar zu operiren, nebst ei-

nigen erläuternden Operationsgeschichten ; ossia, la Keratoniside, nuovo metodo meno pericoloso per operare la cateratta, con qualche osservazione relativa all' operazione medesima. Magdeburgo, **1811**.

J. Rainer. Diss. de carcinomate oculi. Landish., **1811**.

Gibson. Practical observations on the formation of an artificial pupil ; o Operazioni pratiche sul modo di stabilire una pupilla artificiale. Londra, **1811**.

Fr. R. K Tissot. Diss. sistens varias auctorum opiniones de staphylomate. Erlang., **1811**.

E. J. M. Langenbeck' s Prüfung der Keratonyxis ; o Esame della Keratoniside. Gottinga **1811**.

J. Scheuring. Parallele der Vortheile und Nachteile der vorzüglichsen Operationsmethoden des grauen Staares : o Paralello fra i vantaggi e gli inconvenienti dei principali metodi di operare la cateratta. Bamberg, **1811**.

Paolo Assalini. Ricerche sulle pupille artifiziali; Milano, **1811**. Tradotto in tedesco, con annotazioni da F. a. Poenitz. Dresda, **1813**.

D. H. Kieser. Ueber die Natur, Ursachen, Kennzeichen und Heilung des schwarzen Staars ; ossia sulla natura, le cause i segni e la cura dell' amaurosi. Gœttingen, **1811**.

J. C. Winkler. Anleitung zur Erhaltung des Gesichts nach optischen Grundsætzen ; ossia Istruzione per la conservazione della vista dietro i principj d'ottica. Leipzig, **1812**.

J. P. Maunoir. Memorie sull' organizzazione dell' iride, e sull' operazione della pupilla artificiale. Parigi, **1812**.

F. Jaeger. De keratonyxidis usu. Viennæ, **1812**.

William Adams. Pratical observations on ectropium or eversion of the eye-lids, with the description of a new operation for the cure of that disease ; on the modes of forming an artificial pupil and on cataract ; ossia Osservazioni pratiche sull' etropio od il rovesciamento delle palpebre; descrizione di una nuova operazione per guarire questa malattia,

e dei processi per eseguire la pupilla artificiale, e l' operazione della cateratta. Londra, **1812.**

G. J. Beer. Das Auge, oder Versuch das edelste Geschenk der Schöpfung vor dem höchst verderblichen Einflüsse unseres Zeitalters zu sichern; ossia l' occhio, o saggio per preservare dalle influenze cattive, questo dono prezioso della creazione. Vienna, **1813**

J. B. Wenzl. Ueber den Zustand der Augenheilkunde in Frankreich, nebst kritischen Bemerkungen über denselben in Deutschland; ossia sullo stato della medicina oculistica in Francia, con riflessioni critiche sul suo stato in Germania. Norimberga, **1813.**

James Ware. Remarks on the ophthalmy, psorophthalmy and purulent eyes of new born children; ossia Riflessioni sull' ottalmia, sulla psorottalmia, e sull' ottalmia purulenta dei neonati. Londra, **1814.**

T. W. G. Benedict. Monographie des grauen Staares; o Monografia della cateratta, Breslavia, **1814.**

Fr. Reisinger. Diss. de exercitationibus chirotechnicis et de constructione atque usu phantasmatis in ophthalmologia. Gotting., **1814.**

L. Schmid. Præs. I. H. F. Autenrieth, diss. de pupilla artif. in sclerotica aperienda et de gravi morbillorum epidemia Gomaringensi. Tubing., **1814.**

Helling. Beobachtungen über die im Feldzuge **1813-14** bei den preussischen Soldaten gleichsam epidemisch gewordene Augenkrankheiten; ossia osservazioni sull' ottalmia che ha regnato in qualche modo epidemicamente nell' armata di Prussia, durante la campagna del **1813-14.** Berlino, **1815.**

C. A. Weinhold. Ueber eine heftige der ægyptischen Ophthalmie ähnliche epidemische Augenkrankheit; o sopra una violenta malattia epidemica degli occhi, che ha dell' analogia coll' ottalmia d' Egitto. Dresda, **1815.**

An. Rosas. Diss. quæ, rejecta fistulæ lacrymalis idea veram fistulæ lacrymalis notionem et sanandi methodum, excepta occlusi ductus nasalis operatione proponit. Viennæ, **1815.**

F. E. Niesar. De rheumatismi in oculum humanum effectu. Vratisl. , **1815.**

F. J. Hohlfeld. Diss. de pupillæ artificialis conformatione. Berol. , **1815.**

Ph. Heineken. Ophthalmobiotik , oder Regeln und Anweisung zur Erhaltung der Augen; ossia Ottalmobiottica , o regole ed istruzioni per la conservazione degli occhi. Leipzig , **1815.**

Th. Baltz. Die Augenentzündung unter den Truppen in den Kriegsjahren **1813-15**, oder die Ophthalmia catarrhalis bellica ; ossia l' ottalmia fra le Truppe durante le campagne del **1813. 15** , o l' ottalmia catarrale militare. Berlino , **1816.**

Ph. Ant. Bayer. Ueber Trichiasis und Entropium , nebst Beschreibung einer verbesserten Angenliedzange ; o sul Trichiasi e l' Etropio colla descrizione di una pinzetta da palpebre perfezionata. Norimberga **1816.**

J. C. Bock. Diss. de choroideæ morbis. Berol. , **1816.**

Alban. Versuch einer Anleitung zur richtigen Gesundheitespflege der Augen für den Nichtarzt ; ossia saggio d' igiene oculistica all' uso del popolo. Boston **1816.**

F. Vasani. Storia dell' ottalmia contagiosa d' Egitto e sulla sua propagazione in Italia ; Tradotta in tedesco da Wolf. Wrankfurt a M., **1820**; in-**8.°**

J. H. Reveillé-Parise. Igiene oculistica etc. Parigi, **1816.**

John Vetch. Observations relative to the treatment by sir William Adams of the ophthalmic cases of the army ; ossia Osservazioni relative alla cura usata dal sig : Adams , contro l' ottalmia delle armate. Londra , **1816.** Tradotte in tedesco da Michaelis. Berlino , **1817.**

W. Mensert. Verhandeling over de Keratonyxis ; o Trattato sulla Keratoniside , Amsterd : **1816.**

J. G. Betz. Diss. inaug. de amovenda cataracta per Keratonyxidem. Jenæ, **1816.**

Reisinger. Darstellung eines neuen Verfahrens , die Mastradmfistel zu unterbinden , und einer neuen

Methode, künstliche Pupillen zu bilden ; o Nuovo processo per legare le fistole del retto , con un nuovo metodo per formare delle pupille artificiali. Ausburgo , **1816.**

F. T. Fabini. Diss. inaug. de amaurosi. Viennæ , **1816.**

William Adams. A letter to the directors of Greenwich hospital , etc. , for the extermination of the Egyptian ophthalmia ; o Lettera ai direttori dell' ospedale di Groenwich, etc. sui mezzi da usarsi per debellare l' ottalmia d' Egitto. Londra , **1817.**

Jüngken. Nunquàm lux clara ophthalmiæ neonatorum causa est occasionalis. Berol. , **1817.**

Hirschfelder. Diss. inaug. de iridis inflammatione diversa. Berolini, **1817.**

H. Friedlœnder. De medicina oculorum apud Celsum commentarius. Hal. **1817.**

F. Beer. Diss. inaug. de inflammatione lentis crystallinæ. Landishuti, **1817.**

K. F. Græfe. Repertorium augenärztlicher Heilformeln ; o Repertorio di formule usitate contro le malattie degli occhi. Berlino, **1817.**

William Adams. A practical inquiry into the causes of the frequent failure of the operation of depression , and of the extraction of the cataract as usually performed; o Ricerche pratiche sulle cause della non riuscita dell' operazione della cateratta , col metodo della depressione e dell' astrazione , come si costuma ordinariamente. Londra , **1817.**

J. C. Jüngken. Diss. inaug. de pupillæ atificialis per coreoncion Græfianum conformatione. Berolini, **1817.**

Loebenstein - Loebel. Graundiss der Semiologie des Auges ; ossia Elementi di semiologia dell' occhio , Vienna , **1817.**

Jos. Syller. Diss. de hæmphthalmo. Landish. , **1817.**

J. Ch. Jüngken. Das Coreoncion, ein Beitrag zur Künstlichen Pupillenbildung ; ossia il coreoncion o istrumento per la formazione della pupilla artificiale. Berlino , **1817.**

J. B. Seveneik. Diss. inaug. de amaurosi. Berolini **1817.**

C. Behr. Diss. inaug. de spasmo iridis. Halæ **1817.**

Xav. Hatzler. De ophthalmitide in genere. Monachii, **1818.**

Detm. W. Sœmmerring. Comment.inaug.de oculorum hominis animaliumque sectione horizontali. Gotting., **1818.**

Hazard Mirault. Trattato pratico dell' occhio artificiale. Parigi, **1818.**

F. W. Wallroth. Syntagma de medicina oculorum veterum, specimen med. philolog. Halæ. **1818.**

F. Fabini. Diss. inaug. de hypopyo. Tubing., **1818.**

M. J. Chelius. Ueber die durchsichtige Hornhaut des Auges, ihre Function un ihre krankhaften Veränderungen; o sulla cornea trasparente dell' occhio, sulle sue funzioni e le sue malattie. Korliruche **1818.**

Guillé. Nuove ricerche sulla cateratta e la gotta serena, **2.°** edizione. Parigi, **1818.**

Ch. F. H. Busse. Pathologia oculi generalis. P. **1.** Berol., **1818**; in-8°.

Jos. à Gendre. Diss. inaug. sistens diversarum cataractæ operdandæ methodorum inter se comparationem. Landishuti, **1818.**

G. Wagner. Commentatio de Coremorphosi, sist. brevem methodorum ad pupillæ artificialis conformationem hucusque adhibitarum adumbrationem novique ad Iridodialysin instrumenti descriptionem. Gotting., **1818.**

J. Emden. Diss. de raphiankistro, novo instrumento ad novam coremorphoseos methodum perficiendam. Gotting., **1818.**

Schlagintweit. Ueber den gegenwärtigen Zustand der künstlichen Pupillenbildung in Deutschland; o sullo stato attuale della formazione della pupilla artificiale in Germania. Mürchen, **1818.**

G. C. Luce. Diss. de ectropio sarcomatoso per ferramentum candens sanando. Berolini, **1818.**

J. H. Schnorr. De cognoscenda curandaque amaurosi. Halæ, **1818.**

Schindler. Commentatio ophthalmologica de iritide

chronica ex keratonyxide suborta. Vratislaviæ, **1819.**

Godofr. Tuchmann. Diss. inaug. sistens ophthalmiam recentioribus temporibus frequentissime in exercitibus observatam. Gottingæ, **1819.**

Rotermundt. Diss. inaug. de ophthalmia scrophulosa. Ratisbonæ, **1819.**

F. Miller. Anat. und physiologische Darstellung des menschlichen Auges; o Esposizione anatomica e fisiologica dell' occhio dell' uomo. Vienna **1819.** in **8.**o

Ph. von Walther. Merkwürdige Heilung eines Eiterauges, nebst Bemerkungen über die Operation des Hypopyons, **2.**te Aufl. ; o Guarigione singolare di un ipopio, con osservazioni sull' operazione relativa a quest' affezione. Landshut, **1819.**

J. Purkinje. Beiträge zur Kenntniss des Sehens in subjectiver Hinsicht ; o Memorie per servire alla cognizione della vista. Praga, **1819.**

Zimmer. Diss. inaug. de hypopyo. Landishuti, **1819.**

B. Kirchmayr. Diss. inaug. de cataracta ejusque per extractionem curandæ methodo. Landish. , **1819.**

C. L. Bieske. Animadversiones de cataractæ genesi et cura. Erlangæ, **1819.**

A. G. Römer. Diss. inaug. de ophthalmiis. Rostochii, **1820.**

Bätcke. Diss. inaug. de quibusdam oculi inflammationibus. Berolini, **1820.**

Joh. Nep. Rust. Die ægyptische Augenentzündung unter der königl. Preussischen Besatzung in Mainz ; ossia l'ottalmia d'Egitto fra le truppe prussiane della guarnigione di Magonza. Berlino, **1820.**

F. Böhme. Diss. inaug. de ophthalmia syphilitica. Berolini, **1820.**

G. J. Guthrie's. Treatise on the operation for the formation of an artificial pupil ; o Trattato dell' operazione della pupilla artificiale. Londra.

G. J. Guthrie's. Treatise on cataract and inflammation of the iris; Trattato della cateratta e dell'infiammazione dell' iride. Londra.

Hoffbauer. Diss. inaug. de cornea ejusque morbis. Berolini, **1820**.

Heilbronn. Diss. inaug. de variis cataractæ curandæ methodis. Berolini, **1820**.

E. T. Schulze. Diss. inaug. de pupillæ artificialis conformatione. Berolini, **1820**.

J. C. Lindner. De variis pupillæ artificialis conformatione. Vratislavia **1820**.

Andr. Daiminger. Diss. inaug. de amaurosi. Wirceburgi, **1820**.

C. B. Lorenz. Diss. inaug. de nystagmo. Berolini, **1820**.

Metsch. Diss. inaug. de blepharophthalmia blennorrhoica recens natorum. Berolini, **1821**.

Theveng. Diss. inaug. de blepharophthalmia infantum recens-natorum. Berolini, **1821**.

J. B. Müller. Erfahrungssätze über die contagiöse und ægyptische Augenentzündung; ossia Fatti di esperienza sull' ottalmia d' Egitto. **1821**. Mainz, **1821**.

Philippi. Diss. inaug. de ophthalmia scrophulosa. Berol. , **1821**.

E. O. Dann. Diss. inaug. de ophthalmia arthritica et rheumatica. Halæ, **1821**.

C. F. Kœmper. Diss. inaug. de iritide syphilitica Gottingæ, **1821**.

C. A. Werres. Erstes Schutzmittel und Specificum gegen die kontagiöse Augenentzündung am Niederrhein ; eine Streitschrift ; o Primo preservativo e specifico contro l'ottalmia contagiosa nel Basso-Reno Coelln , **1821**.

C. W. Diener. Diss. inaug. de operationis fistulæ lacrymalis ratione. Landishuti, **1821**.

Phil. Chiwell de la Garde. A treatise on cataract , intendet to determine the operationsre quired on the different forms of that disease ; o Trattato della cateratta ove si espongono le operazioni che richiedono le diverse forme di questa malattia. Londra **1821**.

Bartolommeo Panizza. Annotazioni anatomico-chirurgiche sul fungo midollare dell' occhio, e sulla depressione della cateratta ; con tre tavole. Pavia, **1821**.

C. H. Weller. Ueber künstliche Pupillen, und eine besondere Methode diese zu verfertigen; ossia sulla Pupilla artificiale, e sopra un Metodo particolare di eseguirle. Berlino, **1821.**

F. A. Ammon. Opthalmoparacentese o historia. Gotting., **1821.**

Aktenstücke über die kontagiöse Augenentzündung. Auf Veranlassung der Geislichen-Unterrichtst und Medicinal-Angelegenheiten herausgegeben; Documento officiale sull' ottalmia contagiosa, Berlino **1822**; in 8.°

Giuseppe Georgi. Memoria sopra un nuovo instrumento per operare la cateratta, e per formare la pupilla artificiale. Imola, **1822.**

F. A. Klose. Diss. med. de nonnullis visus vitiis. Gotting., **1822.**

J. F. Riemman Staphylomatis nosologiæ specimen. Berolin, **1822.**

M. G. Martini. Diss. pathologico-chir. de fili serici usu in quibusdam viarum lacrymalium morbis. Lipsiæ, **1822.**

J. L. Friederich. Diss. inaug. de staphylomate.

E. F. Graefe. Die epidemische kontagiöse Augenblennorrhoe Ægypten's in den europæischen Befreiungsheeren; o ottalmoblenorrea contagiosa ed epidemica d'Egitto, nelle armate alleate. Berlino **1823.** in fol.

J. H. Leuw. Ueber die herrschende kontagiöse ægyptische Augenkrankheit; ossia sull'ottalmia contagiosa d'Egitto, che regna attualmente, Essen, **1823.**

M. Vansevendow. Spec. sistens. ætiologiam prophylaxinque ophthalmitidis in belgarum exercitu jam dudum grassatæ. Lovanicæ, **1823.**

J. B. Müller. Die neuesten Resultate über das Vorkommen und die Behandlung einer ansteckenden Augenliederkrankheit unter den Bewohnern des Niederrheins, o ultimi resultati sull' esistenza e cura di una malattia contagiosa delle palpebre che regna fra gli abitanti del Basso-Reno. Leipzig. **1823.**

J. H. M. Poppe. Die ganze Lehre vom Sehen,

etc. Mit. 9 Steintafeln; o Teoria universale della vista. Tubingen, **1823**.

H. A. J. Ströser. Diss. de iritide syphilitica. Lipsiæ **1823**.

Natale Catanoso. Osservazioni cliniche sopra l' estrazione del cristallino ; Messina, **1823**; in-8.°

Lusardi. Memoria sulla cateratta congenita. Montpellier, **1823**; in-4° .

C. H. E. Hoertelt Diss. de extractionis cataractarum præstantia methodique strenue antiphlogisticæ ipsa peracta usu. Vratislav., **1823**; in-4.°

A. Fr. Schmidt. Diss. de trichiasi et entropio. Berol. , **1823** ; in 8° .

G. L. F. Hegeler. Diss. de staphylomate. Lipsiæ, **1823**.

Th. R. Baltz. Ueber die Entstehung der Augenentzündung, welche seit mehreren Jahren unter den Soldaten geherrscht hat. Eine gekrônte Preisschrift; o sull' origine dell' ottalmia che ha regnato da parecchi anni fra le truppe; opera-coronata, Berlino, **1824** in 8.°

Lodovico Paoli. Osservazioni sull' oftalmia , che hanno offerto i militari di Livorno . Livorno , **1824**; in-8.°

James Hewson. Observations on the history and treatment of the ophthalmy accompanying the secundary form of lues venerea ; o osservazioni sull' istoria e cura dell' ottalmia che accompagna i sintomi secondari della malattia venerea. Dublino , **1814** , in 8.°

John. Stevenson. A treatise on cataract and the cure of that disease in its early stages ; o trattato della cateratta e dei mezzi di sanare questa malattia allorchè incomincia a formarsi. Londra , **1814** , in 8.°

John Bowen. Practical observations on the case of every species of cataract by hyalenyxis or vitreous operation, ossia osservazioni pratiche sulla cura di tutte le specie di cateratta col *hyalenyxis*. Londra, **1624**, in 8.°

C. J. Karl. Anleitung kranke Augen zu untersu-

chen , nebst Berücksichtigung ihrer consensuelles Verhältnisse, o istruzioni sulla maniera di esaminare gli occhi malati , avendo riguardo ai loro rapporti simpatici. Vienna , **1824.**

Taddei D. Pietro. Esposizione del metodo nuovamente richiamato alla pratica dal Barone Dupuytren, onde curare i tumori e le fistole lagrimali, con varie aggiunte, osservazioni pratiche , riflessioni , e con due tavole. Livorno, **1824.**

William Kitchiner. Die Oekonomie der Augen; oder Vorschriften zur Erhaltung und Verbesserung des Gesichts, nebst Bemerkungen über das Tragen der Brillen und den Gebrauch der Opernguker, so wie astronomischer und terrestrischer Telescope; ossia l' economia degli occhi, o precetti per la conservazione ed il perfezionamento della vista , con riflessioni sull' uso degli occhiali , occhialetti, e dei cannocchiali. Traduzione dall'inglese. Weimar, **1825.**

Aggiunte fatte dal Traduttore.

Malagodi Luigi. Memoria sul metodo di Dupuytren per la cura de' tumori e fistole lagrimali. Bologna. **1825.**

Igiene degli occhi, ovvero consigli per preservare la vista, aggiuntevi alcune considerazioni sulla cagione della miopia. Milano **1825.**

Galleraux. Avviso al popolo sulla cateratta , etc. Parigi, **1826**, in-8.°

Teilleux. Osservazioni di una pupilla artificiale. Parigi, **1826**, in-8.°

De Gregory. Della cateratta dei ciechinati , e della diversità delle loro specie. Roma, **1826.**

Brera. Annotazioni cliniche sull'ottalmia contagiosa dei soldati.Padova, **1826.**

Panizza. Appendice alle annotazioni sul fungo midollare dell' occhio. Pavia, **1826.**

Pacini Prof. Luigi. Lettere sulla lacerazione della cristalloide anteriore, intorno ad un' aneurisma dell'arteria toracica, e sopra una doppia pupilla, dirette al celebre Scarpa. Lucca, **1826.**

Lacroix figlio. Riflessioni sull'ottalmia d'Egitto o asiatica, susseguite dall' istoria particolare di un' affezione di questo genere, tanto rimarcabile per la sua antichità, che per le sue complicazioni e funeste conseguenze, tali che l' opacità delle cornee, che ne fu il resultato. Parigi **1827.** Presso Didot.

Serres. M. H. Della cauterizzazione della cornea, come mezzo atto a correggere in modo sicuro e sollecito le aberazioni della vista con dilatazione delle pupille. Uzes, **1827.** in-8.°

Luigi Pietro di Friburgo in Svizzera. Disertazione sulla Keratonitide Parigi **1827.** in-8.°

Parfait Landrau. G. F. oculista. Memoria sopra un nuovo processo da introdursi per l'operazione della cateratta per estrazione, per mezzo del quale i malati sono garantiti dalle cateratte membranose secondarie. Parigi **1828,** in 8.°

Gondret Luigi Francesco. Memoria sulla cura della cateratta. 5.ª edizione Parigi **1828,** in-8.°

Stratford. Manuale di anatomia, fisiologia e malattie dell' occhio e sue dependenze, Londra. **1828.**

Marola. Disertazione teorico-pratica sulla cateratta. Edizione 2.ª in-8.° Genova **1828.**

Tumore e fistola lagrimale. Archivi generali di med.ª Aprile **1829.**

Intorno al metodo di *Foubert* modificato dal Barone *Dupuytren* nella fistola lagrimale. Clinique, **19** Agosto **1829.**

Ernia del sacco lagrimale. Giornale gen. di med.ª Luglio **1829,**

De Nasca G. Intorno all' uso del laudano liquido concentrato del cav: Quadri, per curare parecchie malattie degli occhi. Napoli **1829.**

Rigacci Massimiliano. Procidenza dell'occhio sinistro Firenze **1830.** Presso Fantosini.

Bauer. F. F. Disertazione sul fungo midollare dell' occhio. Tesi sostenuta alla facoltà di medicina di Parigi, **1830.** in 4° : con figure.

Soemering Guglielmo. Sui cangiamenti organici dell' occhio dopo le operazioni delle cateratte Traduzione del Prof: Fr: Fantini. Milano **1830.**

Wisarthe Osservazioni sulle ottalmie dei neonati. Gazette medicale. T. **1**. N. **5**.

Centofanti Vincenzo. Considerazioni Teorico-pratiche sui tumori midollare ed ematode. Firenze presso Galletti, **1830**.

Dietsenbaach. Nuovo processo per l' operazione dell' ectropio. Hest, **1830**.

Fabini Teofilo. Dottrina delle malattie degli occhi. Traduzione di G. Guerra. Treviso **1830**. in 8°

Himly. Principj generali sulla eplorazione sintomatologica degli occhi. Gottinga **1830**.

Quadri G. Annotazioni praticate sulle malattie degli occhi. Vol: **4**.

Lusardi. Dell' ottalmia contagiosa. Parigi **1831**, in 8°. Saggio fisiologico sull' iride, sulla retina, e sui nervi dell' occhio, in 8°.

Bertinati Francesco al D. Luigi Malagodi. Riflessioni sopra alcuni casi di cateratta. Bullettino delle scienze mediche di Bologna. Vol. **6** p: **141**. **1832**.

Graefe e Walther. Giornale di Chirurgia e d' ottalmologia con tavole. Berlino, **1832**, in 8°.

Lattier de Laroche. Memorie sulla cateratta, e guarigione di questa malattia senza operazione chirurgica in 8°: di **14**. fogl. presso Delaunais.

Mayer. Esperienze ed osservazioni intorno alla riproduzione del cristallino, in seguito all' operazione della cateratta. Archiv. General. di Medic. Giornale complementar. Gennajo, **1833**.

INTRODUZIONE

Prima di descrivere le diverse malattie alle quali l' occhio può andar soggetto, io voglio esporre brevemente le differenze che esistono fra l' ottalmia semplice e l' ottalmia specifica.

Si osserva nella superficie dell' organo della vista, e nel suo interno, degli stati infiammatori che differiscono fra di loro in un modo essenziale, ma che si presentano sotto delle apparenze sì variate e sì numerose, che non è sempre facile di distinguerle. Da queste circostanze nascono delle difficoltà nell' applicazione dei mezzi terapeutici che reclama ciascuno di essi in particolare. Una classificazione ben fatta di questi diversi stati infiammatori sarebbe di una grande utilità, se, nel corso della pratica, essa potesse impedire ogni sorta d'errore, ed ogni confusione.

È precisamente con quest' intenzione ch' io vado a descrivere l'*infiammazione semplice* (*a*) dell'occhio, per esporre in seguito comparativamente, l'*infiammazione specifica* di quest' organo; poichè cotesti due stati, per essere trattati in un modo razionale, non devono esser confusi dal pratico.

(*a*) Traduzione litterale : *infiammazione pura.*

Intendo per *infiammazione semplice*, quella che non riconosce giammai per causa una malattia speciale, quella che percorre i suoi due primi periodi senza provare alcuna deviazione nel suo corso primitivo, senza offrire alcun fenomeno particolare, e che per conseguenza ci dà l' idea di un' infiammazione variabile, solamente nel suo grado, avendo però riguardo alle circostanze accessorie che indicherò.

Si conoscono i fenomeni generali che caratterizzano l' infiammazione al suo incominciamento; ciò non pertanto una flemmasia semplice si può manifestare sotto tipi differenti, e presentare conseguentemente diverse modificazioni patologiche. Così, i sintomi variano secondo la struttura e le funzioni particolari dell' organo colpito da infiammazione; secondo la costituzione del soggetto affetto, secondo la sua età, e sesso; secondo le cause remote, ec: ec: Si osservano in quasi tutti i casi delle differenze che tengono alle proprietà dei tessuti degli organi malati; proprietà delle quali noi ci occuperemo con maggiore estensione parlando delle infiammazioni specifiche, le quali, per la massima parte, meritano un'attenzione speciale sotto il rapporto del trattamento che loro conviene.

Così, per esempio, i sintomi che qualificano l' infiammazione semplice delle glandole di meibomio (follicoli ciliari) differiscono da quelli che accompagnano le flemmasie della cornea, dell'iride, della retina ec. ec: La prima in fatti, se è poco intensa, oppur anco se è violenta durante il secondo periodo, si manifesta per un accrescimento anormale del prodotto della secrezione follicolare; mentre che l' infiammazione della cornea, allorchè esiste anco in grado moderato, porta un' alterazione di colore di questa membrana, che prende in tale circostanza l' aspetto biancastro; l' iride, la di cui tinta naturale è bruna, diviene rossastra allorchè essa è la sede della flemmasia, ec.

In generale, il trattamento che conviene a tutte queste infiammazioni semplici è sempre il medesimo. Nulladimeno esse possono essere separatamente l' og-

getto di particolari considerazioni, basate sulla struttura e le funzioni di ciascuno degli organi.

L' età e la costituzione del malato esigono una particolare attenzione per il diagnostico, quanto pel trattamento curativo. In fatti, esistono delle ottalmie semplici, che attaccano gl' individui deboli o avanzati in età, ottalmie nelle quali la flogosi, lungi dall' esser molto marcata, è al contrario sì poco pronunziata, che il primo periodo percorre rapidissimamente e qualche volta ancora passa senza essere conosciuto dal medico *infiammazione astenica* (*a*). Si possono allora vedere sopraggiungere dei sintomi appartenenti al secondo periodo, quantunque non sia esistito alcun segno molto evidente d' infiammazione, sintomi che non sono che il resultato d' un rilasciamento straordinario delle parti malate (*b*). Benchè si osservi spesso

(*a*) Sembrami oggi affatto inopportuno di qui far parola del vocabolo *astenia* riprodotto dal nostro autore sotto l' aspetto o nel senso d'*infiammazione astenica*. Parlando particolarmente coi medici italiani a ciascun de' quali non sono ignoti i chiari pensamenti in proposito sì del Professor *Ambri* che del chiarissimo clinico Parmense, il Professor *Tommasini*, ai quali tanto deve la scienza medica per avere messa in chiara luce l'erroneità del Riformatore *Scozzese*, il quale ammise l' *infiammazione astenica* nel senso di affezione prodotta da difetto di eccitamento, mi credo dispensato dall'inutilmente diffondermi su tale argomento. Con non meno arguti, profondi e persuadenti argomenti furono pur confutate e dilucidate le obiezioni promosse su tal proposito dal Professore *Scavini* di Turino, non che da altri molti valenti medici. Veg. a tale uopo la 28. nota annessa al trattato sulla febbre gialla del suddetto Professor *Tommasini* e l' aureo trattato pure del medesimo sull' infiammazione. Tom. 1. Pisa pei tipi dei Fratelli Nistri 1820. (N. del T.)

(*b*) Allorquando queste *infiammazioni con rilasciamento* occupano le glandule di Meibomio, e le altre parti delle palpebre, e che queste si trovano incollate insieme la mattina; quando la trascuratezza ed il sudiciume hanno lasciato accumularsi durante il giorno, il prodotto della secrezione di queste glandule, che si condensa e finisce per indurirsi verso la commettitura interna; finalmente quando manca costantemente il dolore, il prurito, il rossore, e che non vi sono escoriazioni, circostanze che si osservano assai comunemente nelle persone avanzate in età, io mi servo con molto vantaggio delle fomentazioni, più volte ripetute nella giornata, fatte collo *spirito di corno di cervo*, in

nella stessa infiammazione astenica il primo periodo, durante il quale la flogosi è più o meno evidente, non si deve ordinariamente combattere questa per mezzo degli antiflogistici, perchè la sua durata essendo molto breve, il secondo periodo che li succede si prolunga qualche volta al punto ch' essa diviene per l' occhio uno stato abituale, e può ancora portare la distruzione dell' organo stesso. Per la medesima ragione il secondo periodo richiede le più grandi cure siasi per il trattamento locale, che per il regime.

Nulladimeno le infiammazioni semplici non fanno sempre lo stesso corso nei soggetti vecchi o deboli. La flemmasia può, a malgrado esista astenia generale, rivestire un carattere d'acutezza e d'intensità rimarcabile che è relativo specialmente alla causa remota, ed all' esaltazione momentanea nella quale trovasi l' organo della vista in particolare. Allorchè nel corso di un' ottalmia non esiste più la vera flogosi, e che si vede al contrario sopraggiungere il periodo detto astenico, le applicazioni locali di vino oppiato sono utilissime, e sono commendate da tutti gli oculisti i più rinomati; è pure a questo periodo che s' impiegano con successo i topici tiepidi. Quando l' infiammazione si rallenta si ricorre a dei mezzi più stimolanti, e più attivi (*a*).

principio allungato con ugual porzione di acqua oppiata, ed in seguito solo. La proporzione dell'*acqua oppiata* si fa distillando dell' acqua in un quarto circa del suo peso di oppio puro; oppure si può fare preparando l'estratto d'oppio ordinario, ed evaporando quindi la dissoluzione acquosa d'oppio a bagno maria, in una piccola storta, alla quale si adatta un recipiente tutto lutato. L' acqua ottenuta con questo processo esala un odore fortissimo d' oppio, particolarmente dopo qualche giorno. Per conservarla, bisogna tenerla in una cantina, e chiusa in una boccia a bocca smerigliata, poichè senza queste precauzioni essa perde in breve l' odore d' oppio.

(*a*) Le emesse espressioni del nostro autore concernenti l'impiego di alcuni rimedj *stimolanti* ed *attivi*, come sarebbe il *vino oppiato* etc: da usarsi nel periodo d' infiammazione *astenica*, ed allorchè questa si rallenta, mi giova supporre sieno secondo lui relative ed applicabili alle conseguenze dell' infiammazione, in quello stato cioè di rilasciamento dei vasi della congiuntiva o delle adiacenze, quasi resi varicosi, piuttosto

Si deve distinguere l'infiammazione semplice dall'infiammazione idiopatica; in fatti questa è semplice, a dire il vero, nella pluralità dei casi, non si può asserire però che dessa lo sia costantemente. Così un'irritazione qualunque esercitata sull'occhio per una *causa lontana* potrà rivestire nel medesimo tempo la forma speciale di un'affezione di già esistente nel soggetto malato. Che della sabbia, per esempio, penetri fra le palpebre ed il globo dell'occhio di un fanciullo scrofoloso, l'infiammazione idiopatica nella sua origine, si cangerà in infiammazione scrofolosa. Nei casi ancora nei quali non esiste che la sola disposizione alle scrofole, succederà qualche volta che l'ottalmia rivestirà il carattere che è proprio a questa malattia. Le ottalmie semplici possono essere il resultato di un'altra affezione; allora si considerano come altrettanti stati morbosi simpatici. Così pure si vedono sopravvenire delle ottalmie semplici intensissime, succedendo alla soppressione di uno scolo sanguigno abituale. Esse si formano rapidissimamente, sono accompagnate dalla febbre fino dal loro principio, e fanno ordinariamente un corso rapido ed acutissimo. Si osserva ugualmente nel corso delle febbri infiammatorie svilupparsi dei fenomeni che si presentano come nel caso precedente, con dei caratteri di acutezza pronunziatissimi. Si devono allora combattere con i medesimi mezzi generali che si usano per la febbre infiammatoria.

Tutte le parti dell'occhio possono essere affette da infiammazione semplice. Questa si manifesta allora sotto le diverse forme che noi descriveremo in seguito. Tali varietà sono comunissime, e le differenti denominazioni di *sclerotitis, keratitis,* ec. ec. indicano allora che la flogosi occupa la *sclerotica*, la *cornea*, ec. Parlando delle forme speciali che attacca

che nella vera infiammazione sempre in istato di qualche attività, poichè operando diversamente sarebbe in diretta contradizione coll'odierne cognizioni non solo ma gli stessi mezzi terapeutici oltrechè esser irrazionali, renderebbonsi infallantemente nocivi alla natura della malattia in discorso. (N. del T.)

l' infiammazione, noi ci studieremo di determinare in un modo preciso i casi nei quali queste denominazioni possono essere impiegate.

Allorchè un' infiammazione semplice giunge allo stadio di suppurazione, è di già diminuita d'intensità, ma è necessario ch' essa conservi sufficiente energia per terminare in un modo conveniente il nuovo prodotto che caratterizza questo periodo, per riprodurre cioè le parti distrutte. Ciò non pertanto, protraendo di troppo il trattamento antiflogistico, durante il primo periodo, o solamente, continuandolo troppo lungo tempo (il che equivale) si è diminuita l' infiammazione al punto di rendere impossibile la produzione di una suppurazione di buona qualità; oppuranco, se l' infiammazione s' è sviluppata su di un soggetto debolissimo, e con de' caratteri d'astenia, si stabilisce una suppurazione saniosa; l' organo in tal modo affetto resta in parte sottoposto al dominio delle leggi chimiche, sotto il quale termina col soccombere, e passa allo stato di cangrena.

Un' *ottalmia semplice* riconosce costantemente una causa della medesima natura che si riferisce allo stato particolare dell'azione vitale; causa speciale che spesso ha di già modificata la costituzione generale dell' economia, e che determina in ogni specie d'infiammazione dei fenomeni che non convengono che ad essa soltanto, e che la distinguono ordinariamente da ogni altra.

Le infiammazioni speciali differendo per loro natura (*a*) dall' infiammazione semplice, esigono per conseguenza un trattamento basato non solamente sul grado della flogosi, su ciò che offre di particolare l' organo affetto, sulla costituzione forte o debole del soggetto, ma ancora su la loro *causa speciale*.

(*a*) Si può forse, nello stato attuale della scienza, sostenere che tutte le infiammazioni che si sono chiamate fin qui *speciali* differiscono di loro natura dall' infiammazione semplice? Bisogna considerare, nella pluralità di questi casi, le diverse modificazioni che subisce l' infiammazione come resultante dalla differenza delle costituzioni individuali, o delle circostanze in mezzo delle quali vivono i malati. (N. del T.)

Nell' ottalmia specifica, lo stato infiammatorio semplice è in qualche modo sempre combinato con l' affezione specifica; egli è da quest' insieme, che risulta la natura della flogosi. Quando vi è predominio di flogosi, e che l' occhio è la sede di uno stato d' esaltamento irregolare della forza vitale di gia viziata; quando per conseguenza si osserva un' ottalmia nel suo primo periodo, l' infiammazione è costantemente contrassegnata da dei sintomi più intensi di quel che nel caso opposto, ed allora la flogosi predominante non dovrà essere combattuta cogli antiflogistici, perchè questo primo periodo terminerà sollecitamente per se stesso (*a*). Se esiste nel tempo medesimo astenia generale più o meno pronunziata, come ha luogo nell'ottalmia scorbutica, artrica o scrofolosa; se il corso del primo periodo è talmente rapido da non essere nemmeno rimarcato dal medico, il trattamento antiflogistico porterebbe per conseguenza immediata, l' aumento della malattia generale, e renderebbe assai più lunga e più ribelle la reazione infiammatoria locale che si esercita sull' occhio.

La massima parte delle ottalmie speciali hanno anco questo di particolare, che già mostrano una predilezione marcata per tale o tale altra parte, per tale o tale altra membrana dell' occhio, ec., sulle quali esse fissano la loro sede. L' infiammazione semplice ugualmente che l' infiammazione speciale prenderà il nome d' *iridite* ec., secondochè interesserà l' iride, o tutt' altra parte dell'occhio.

Ecco quanto noi avevamo a dire relativamente all' ottalmìa semplice e speciale in generale; i dettagli sulle differenti specie di questi due ordini d' infiammazioni saranno esposti al loro luogo.

L' occhio è un organo che ha delle relazioni intime con tutta l' economia; le sue malattie non de-

(*a*) Ciononostante si arriva frequentissimamente a fare scomparire completamente delle ottalmie per mezzo delle emissioni di sangue locali, alle quali si fa succedere l' applicazione del freddo allorchè il sistema capillare è stato disingorgato, e quando si osserva un principio di diminuzione di rossore della congiuntiva. (N. del T.)

vono perciò essere mai considerate come estranee al resto dell' organismo, poichè la massima parte delle malattie degli occhi traggono la loro scorgente da malattie generali. Accade ancora frequentemente che un osservatore disattento e superficiale non vede se non se un' affezione locale, laddove il medico esperimentato non troverà nell' ottalmia che un sintomo d' una malattia generale (*a*). Egli è dunque necessario per guarire radicalmente la più parte delle malattie degli occhi di ricercare sempre scrupolosamente la vera sorgente del male. Il medico-oculista deve osservare attentamente, e rendersi conto di tutto quanto egli vede; giacchè non sono nè i topici, nè i pretesi specifici, nè i colliri, ec., che gli basteranno per trattare e guarire le malattie dell' organo della vista.

Per ciò che ha rapporto alle regole di prudenza e di precauzione, l' oculista deve aver riguardo ai precetti generali, che devono guidare ogni medico. Così, si guarderà di prognosticare in un modo troppo assoluto, e senza alcuna restrizione; egli rifletterà bene prima di pronunziare il suo *parere* su ciò che egli potrà e dovrà promettere. In fatti l' esercizio della parte la più delicata della medicina, esige dal lato di quello che vi si vuol dedicare con vantaggio, molta sagacità, penetrazione profonda, ed una grande certezza nel prognostico.

Allorquando si tratterà di praticare delle operazioni, il medico dovrà soprattutto esaminare se la facoltà di vedere esiste ancora nell' organo, e se il resultato dell'operazione non potrebbe apportarne la totale distruzione. Se l'occhio era stato precedentemente affetto da infiammazione, si assicurerà della scomparsa completa della medesima; esaminerà finalmente se vi è qualche cosa a guadagnare facendo l' operazione, e quali possono essere i vantaggi che se ne ponno ritrarre. Egli non dovrà mai ommettere di tener conto della suscettibilità individuale del soggetto, e di quella

(*a*) Di una *Diatesi* o disposizione particolare all'individuo. (N. D. T.)

dell' organo della vista (*a*); precauzione che si trascura disgraziatamente troppo spesso, ed è ciò che contribuisce alla mancanza di successo delle operazioni.

Il medico-oculista, che non è addetto ad alcuno stabilimento pubblico o privato nel quale possa fare curare diligentemente i malati ch' egli ha operati, o che egli medica di gravi malattie d' occhi, ha sovente a lottare con molti maggiori ostacoli presso le persone che si vogliono far curare nel loro domicilio; ostacoli che non s' incontrano in alcuno stabilimento clinico. Si riesce assai facilmente a far decidere i malati a delle operazioni, tali che quelle della cateratta, della pupilla artificiale, ec., rappresentandole loro come poco gravi sotto il rapporto dell' esecuzione; ma una volta l' operazione fatta, si deve raccomandare alle persone operate, ed a quelle che le avvicinano, la più grand' esattezza nell' eseguire le prescrizioni, facendo osservare che la più piccola negligenza, nella loro esecuzione, toglie al medico ogni responsabilità, e che allora è forza rinunziare alla speranza di buon successo. I giovani medici si lasciano spesso spaventare dall' idea di praticare delle operazioni. Questo si concepisce, in fatti, se si considera la de-

(*a*) Vi sono dei soggetti gli occhi de' quali sono sommamente sensibili alla minima lesione meccanica, benchè questa suscettibilità non sia indicata nei medesimi dalla pelle delicata, o da altri segni analoghi di un prognostico spiacevole e tale da far temere lo sviluppo d'infiammazioni che ordinariamente distruggono sollecitamente l' organo della vista. Ve ne sono altri al contrario, che sopportano delle lesioni assai forti tali che quelle dell' iride, senza mostrare d' esserne gravemente affetti, di modo che l' iridite che ne resulta non presenta più alcuno dei sintomi disgustosi che si osservano nell' iridite semplice. Io ho veduto un esempio di tutto quanto l' iride poteva sopportare impunemente, in un giovine i di cui occhi erano turchini. La pupilla si era obliterata in seguito d'iridite sifilitica: un sedicente oculista aveva in mancanza d' altri strumenti, introdotto nell' occhio di questo malato, fino a diciotto volte, ed in pochissimo tempo, un ago da cateratta lanciato; egli aveva incisa l' iride per fare una pupilla artificiale, a cui non riuscì in fine di eseguire che molto imperfettamente, dopo il diciottesimo tentativo.

licatezza , e la mobilità dell' organo sopra il quale devono essere praticate ; i malati stessi consentono raramente a sottomettersi ad un' operazione , se essa non offre loro un cambio favorevole nel resultato. È soprattutto allora che il giovine medico deve prepararsi contro gli accidenti; perchè può accadere ch'essa non sia coronata di un felice successo. L' occhio può suppurare , o diventare deforme; in allora la reputazione dell' operatore è gravemente compromessa , se esso non ha avuto riguardo alla costituzione del soggetto, alla cattiva influenza ch' essa può esercitare su l' esito dell' operazione e soprattutto se desso non avesse saputo mettere delle restrizioni nelle sue promesse di successo.

TRATTATO

TEORICO E PRATICO

DELLE

MALATTIE DEGLI OCCHI

Dell' Ottalmia semplice in generale.

Si osservano ordinariamente due periodi (1) nel corso dell' ottalmia. Ciononostante, succede qualche volta che l' infiammazione cessi nel primo, non lasciando dietro di se altra traccia che un' esaltazione morbosa di sensibilità nell' organo della vista. L' ottalmia, come ogni altra infiammazione, è caratterizzata dal rossore, dal calore, dalla tumefazione, e dal dolore; ma si vede predominare or l' uno, or l' altro dei sintomi; in certi casi ancora, uno o più di essi possono mancare. Queste particolarità resultano ordinariamente dalla sede dell' ottalmia che può produrre delle modificazioni variatissime.

(1) Noi comprendiamo in questi due periodi ciò che *Richter* ed altri scrittori chiamano ottalmia *acuta e cronica*, ciò che è nominata ottalmia *attiva e passiva* da altri, e ciò che *Scarpa* (*trattato delle principali operazioni degli occhi*, edizione quinta 1816. Vol. 2. p. 180.) designa, coi medici arabi, sotto il nome d' ottalmia *calda e fredda*.

Sintomi del primo periodo. Indipendentemente dai segni generali dell' infiammazione, dei quali noi abbiamo tenuto proposito, si osserva una tendenza continua a chiudere l'occhio, ed una incessante lagrimazione; ma quest'ultimo sintoma scomparisce affatto nelle infiammazioni intense o nel più alto grado della flogosi, e non resta in suo luogo che una aridità incomoda con somma difficoltà ad eseguire i moti del globo dell' occhio. Si osserva in oltre la *fotofobia*, o avversione più o meno grande per la luce, sintoma che cessa ad un tratto allorquando l' affezione diviene considerabilissima, perchè in questo caso sopravviene qualche volta la paralisi. Quando l'infiammazione acquista molta intensità, non si limita localmente; tutto l' organismo prende parte alla malattia, e si osservano i sintomi della febbre inflammatoria.

Sintomi del secondo periodo (1). L' infiammazione giunta una volta al suo più alto grado, sopravviene in seguito uno stato di *rilasciamento*, spesso dopo quattro, cinque o sei giorni, quando di già l'intensità dell' ottalmia non è più tanto considerabile. Il dolore ed il calore degli occhi divengono meno vivi; la rossezza arteriosa che si vedeva durante il primo periodo, subisce delle modificazioni; il colore, rosso in principio, si avvicina in seguito di più ad un blù variato, od al rosso bruno. Alla stessa epoca accade qualche volta che il sangue si stravasa in diversi punti; il malato incomincia ad aprire l'occhio con

(1) Questi periodi non possono esser distinti in tutti gli stadi infiammatori dell' occhio con altrettanta facilità e precisione come si indica nei libri. Egli è per conseguenza assolutamente necessario d'aver riguardo nella cura non solo allo stato dell'occhio, ma pur anco a quello di tutta l' economia. Il genere di vita, l'età, la costituzione più o meno vigorosa, le congestioni sanguigne abituali verso tale o tal altr' organo ec., devono esser prese in considerazione. Finalmente sotto questo rapporto vi sono tante cose che non ponno essere indicate, poichè si rende indispensabile che il pratico, per riuscire nel suo intento, sia dotato di uno spirito aggiustato, di ciò che si chiama tatto o discernimento in medicina, e che non è se non se il prodotto del genio e dell' esperienza.

maggior facilità, tollera più facilmente la luce, e la lagrimazione è meno abbondante di prima. Le secrezioni ed escrezioni, che durante il primo periodo erano soppresse, si ristabiliscono; i loro prodotti sono forniti in maggior quantità che nello stato sano, e sono alterati nella loro composizione; qualche volta le parti circonvicine dell'occhio diventano edematose. Quando il primo periodo è stato fortissimo, e che si è trascurato di combattere l'infiammazione, o quando la causa determinante ha agito cagionando una perdita di sostanza, la suppurazione si stabilisce facilmente; è questo il mezzo di cui si serve la natura per riprodurre le parti distrutte (1). Ma questa riparazione non può aver luogo se non quando il pus è fornito delle qualità necessarie. Se è fetido, tenue, verdastro o brunastro, quale si osserva alle volte nei soggetti cachettici, deboli ed avanzati in età, si contrassegna colla denominazione di *Sanie*. Questa, ben lungi di poter rigenerare le parti dell'occhio che l'infiammazione ha distrutte, accresce al contrario la perdita di sostanze. Assai spesso si aggiunge allora

(1) Non è già al pus che è dovuta la formazione delle cicatrici, come lo potrebbe far credere l' espressione dell' autore, ma anzi ad un' esalazione che ha luogo alla superficie delle piaghe, ad una linfa coagulabile, analoga a quella che costituisce le pseudo-membrane. Il prodotto di quest' esalazione non presenta a primo aspetto alcuna traccia d' organizzazione; la sua superficie sembra in seguito ricuoprirsi di bottoni cellulosi e vascolari che si designano sotto la denominazione di bottoni carnosi che separano il pus. Questa membrana di bottoni carnosi contraendosi a poco a poco, tende ad avvicinare al centro della piaga i tegumenti circonvicini; in fine allorchè la resistenza di questi diventa troppo considerabile, dessa si ricuopre di un' epidermide che avanza gradatamente fino al centro, ed in questo modo termina il travaglio della cicatrizzazione. Così allorquando il pus presenta le qualità mediante le quali si riconosce il *pus lodevole* o di buona natura indica solamente che la flogosi esiste nel grado necessario, acciocchè il lavoro della cicatrizzazione si effettui. Le diverse alterazioni che può offrire il pus non indicano adunque che questo fluido è improprio alla *rigenerazione* delle parti, ma solamente che l' infiammazione non esiste nel grado conveniente. (N. del T.)

la vera febbre suppuratoria, la quale non accompagna sempre ogni suppurazione dell' occhio. Queste malattie sono prodotte da delle cause variate. Le più frequenti sono: l'ammosfera impura, il *trichiasis*, l' introduzione di corpi estranei, la luce troppo viva, il rapido passaggio dal gran giorno all'oscurità. L' esposizione spesso ripetuta, e lungo tempo prolungata degli occhi alla luce riflessa su degli oggetti di una bianchezza rilucente, è una delle cause più comuni dell' ottalmia. Può pure essere la conseguenza di un' applicazione soverchiamente prolungata nel fissare gli occhi sù di un oggetto; essa può pure ugualmente risultare da lesioni prodotte da istrumenti taglienti o contundenti, dall' uso inutile o intempestivo degli occhiali, dalla cattiva applicazione di molti medicamenti, ordinariamente usitati contro le malattie degli occhi e soprattutto degli unguenti rancidi. Si sono anco vedute delle ottalmie semplici attaccare delle persone che si erano lungo tempo trattenute a riguardare degli oggetti col *microscopio*. Le fregagioni usate troppo vicino agli occhi colla pomata stibiata, hanno qualche volta prodotto il medesimo resultato.

Si devono mettere fra le cause che esercitano una cattiva influenza sull' occhio in un modo mediato, le congestioni verso la testa, e particolarmente verso gli occhi; congestioni che sono provocate dalle compressioni esercitate nell'addome, dalla tosse, dalle grida, dall' uso di portare le cravatte troppo strette, dalle affezioni morali etc. Non si devono trascurare come cause le soppressioni degli scoli sanguigni, tali che quelle delle emorroidi, i catameni, le emorragie nasali, etc. L' infiammazione prodotta dalla dentizione nei bambini, e la carie dei denti, possono pure apportare l'ottalmia semplice.

Il *Prognostico* del primo e secondo periodo è generalmente variabilissimo: dipende dall' intensità dell'infiammazione, dalla differenza della sua sede ugualmente che della sua causa, dalla maggiore o minore sollecitudine che si impiega ad opporvi i soccorsi dell'arte. Le infiam-

mazioni esterne che sono semplici e leggiere si risolvono frequentemente, senza lasciare alcuna traccia. Le ottalmie delle palpebre fanno, per lo più, un corso assai più lento di quelle che attaccano il globo dell' occhio. Le infiammazioni delle parti interne di quest' organo sono susseguite, assai più sovente delle esterne superficiali, dalla perdita completa o parziale della vista. Queste, al contrario, non presentano sì spesso cotesto resultato che in un modo mediato, e per delle alterazioni nella tessitura, tali che per dei *leucomi*, per degli *stafilomi*, etc. etc.

Le infiammazioni che investono il globo dell'occhio in totalità sono presso che sempre susseguite dalla suppurazione, e qualche volta dalla cangrena ancora. Del resto, il secondo periodo può facilmente rivestire di nuovo i caratteri del primo, sotto l' influenza della stessa causa, oppuranco di altra occasionale.

Cura del primo periodo. Si devono allontanare tutte le cause determinanti. È necessario perciò estrarre o levare i corpi estranei introdotti nell'occhio. Se della polvere fine,per esempio,si fosse frapposta fra le palpebre ed il globo dell' occhio, se ne otterrà facilmente la uscita impedendo per qualche tempo l' ingresso delle lacrime nel sacco lagrimale, per mezzo della compressione esercitata col dito sopra la commettitura interna delle palpebre. Con questo mezzo, i corpi estranei sono portati verso la commettitura esterna, dove riesce facile di levarli col dito. Quando non riuscisse coll' esposto mezzo, bisogna cercare il corpo estraneo fra il globo dell'occhio e le palpebre, e studiarsi di estrarlo con una sonda circondata di morvidissime fila bagnate alla loro estremità, oppure col canto od angolo di una pezzuola arrotolata su se stessa (1), o finalmente anco

(1) *Osservazioni chirurgiche sull' occhio, di Ware*; tradotte in tedesco dal dottore *Runde*, con note del professore *Himly*. vol. 1, p. 21.

meglio con un piccolo pennello. Quando si presume che esista fra l' occhio e le palpebre più corpi estranei, è utile di farvi delle lavande con acqua, o di nettare la loro superficie con injezioni fatte col medesimo fluido, ma con precauzione. Se il corpo estraneo si è attaccato alla congiuntiva palpebrale od oculare, è facile farlo uscire per mezzo di una piccola spatola.

Ma quando sono corpi duri ed appuntati, che hanno penetrato sotto la parte interna delle palpebre, e nella cornea, etc., bisogna sollevarli con un ago in forma di lancetta (Tav.V. fig. 10), o colla punta di una lancetta, o meglio ancora con una piccola pinzetta fine (Tav. V, fig. 5). Allorchè i corpi estranei hanno interessata la congiuntiva, e che ne sono coperti in parte da non potere essere levati colle piccole pinzette, è meglio sollevare delicatamente questa membrana col nominato istrumento, e fare la ressezione intorno al corpo estraneo. In tal modo non si fa solamente l' estrazione del corpo estraneo, ma la piaga istessa della congiuntiva lacerata è nel medesimo tempo convertita in piaga semplice e regolare. Accade talvolta, quantunque di rado, che dei corpi estranei che hanno penetrata la cornea, restino inviluppati in questa membrana, dopo che la natura ha formato intorno ad essi una specie di sacco o di ciste (1).

Spesse volte, nel mentre che si fanno dei tentativi per allontanare dall' occhio la causa dell'irritazione, sopraggiunge lo spasmo violento del muscolo orbicolare delle palpebre, soprattutto quando la causa di quest' irritazione è nel tempo stesso meccanica e chimica. In questo caso, bisogna situare il malato in una camera ove la luce non possa penetrare, e lasciarvelo in un assoluto riposo. Si applicano in seguito dei cataplasmi di temperatura mode-

(1) *James Wardrop, Essays on the morbid anatomy of the human eye, p.* 68 *Ph. Fr. Walther* ha trovato di questi corpi estranei saccati nella commettitura esterna. Vedete le sue *memorie di medicina pratica*, 1810, vol. 1, p. 403 (*abhandlungen aus dem Gebiete der pract. Medicin*).

rata fatti con midolla di pane sopraffine cotta nell' acqua, o nel latte, e preparata col laudano liquido del Sydenham. Ma quando il serramento spasmodico delle palpebre ha persistito per lungo tempo, e con vigore prima dell' arrivo del medico è necessario aggiungere ai cataplasmi una quantità di foglie di giusquiamo, e avere riguardo che non raffreddi sull' occhio, poichè allora lo spasmo, in luogo di cessare, si prolungherebbe, e talvolta aumenterebbe di forza. Si è pur consigliato per questo serramento spasmodico l' uso della tintura di *datura stramonium*, alla dose di una dramma in tre once d' acqua distillata, facendone delle applicazioni fredde. Questo mezzo non conviene se non quando il serramento spasmodico è prodotto da irritazione piuttosto nervosa che infiammatoria. Se si devono estrarre delle ceneri calde, delle particelle di smalto, di calcina forte, e di nitrato d'argento polverizzato, etc: si adopra un pennello unto con burro fresco non salato, o meglio ancora imbevuto d' olio fine purissimo. Bisogna evitare scrupolosamente d'impiegare l' acqua per l' estrazione di queste sostanze, e specialmente delle tre ultime, poichè la calce venendo allora a spegnersi, e il nitrato d' argento ad espandersi viemaggiormente, potrebbe resultarne assai più di danno. Le piattole (pediculus pubis) che s' introducono talvolta nella congiuntiva del globo dell' occhio si levano benissimo dai luoghi che occupano, in ugual modo adoprando dell'unguento mercuriale, mescolato con un poco d' olio di lavanda. Con questo mezzo i nominati insetti restano ammazzati nello spazio di poche ore, e si levano poi facilmente con un pennello immerso nel grasso disciolto.

Le piaghe dell' occhio e dei suoi inviluppi devono essere curate secondo le regole indicate per le malattie di ciascun' organo in particolare. Allontanate, quante è possibile, tutte le esposte cause esterne, l' infiammazione maggiore o minore dell'occhio esige un trattamento antiflogistico più o meno energico. Così, quando l'infiammazione è intensissima

quando si associa alla febbre inflammatoria , le sottrazioni di sangue generali, che si devono replicare quanto abbisogna , sono moltissimo indicate ; e siccome trattasi in questo caso della conservazione del più nobile degli organi sensori , è utile di fare un salasso assai copioso dall' *arteria temporale*, o dalla *vena giugulare*. Quando l' infiammazione è meno intensa, che non vi è febbre, oppuranco quando essa non è che un seguito dell' irritazione prodotta dalla causa esterna , e che essa cessa subito dopo l' allontanamento di cotesta , l'applicazione delle sanguisughe può allora bastare. Si mettono, al numero di tre, cinque , dieci, e più ancora alle tempie o meglio al disotto della commettitura interna delle palpebre , e tutt' intorno all' occhio; soltanto è necessario guardarsi di applicarle troppo vicino alle palpebre, poichè, spesso compariscono delle enchimosi considerabili di queste parti, che potrebbero accrescere lo stato inflammatorio, aggiungendo nuova irritazione. Si usano ancora con vantaggio sulla vena angolare, dei salassi di otto a dodici once, che apportano sovente un pronto sollievo, nelle ottalmie stesse le più violenti

Quando la *congiuntiva delle palpebre* e della *sclerotica* si trova affetta di preferenza , e presenta un tumore di forma tubercolosa , si usano con grandissimo profitto delle scarificazioni su questa membrana. Noi ritorneremo sopra questa circostanza con maggior dettaglio , parlando in particolare dell'infiammazione di ciascuna di queste parti della congiuntiva.

Se l' ottalmia sopravviene in seguito di congestioni prodotte dalla soppressione dei mestrui (1), delle emorroidi e dell' epistassi; in tal caso la sottrazione di sangue si pratica con maggior vantaggio nel luogo ove si suppone esistere la causa della malattia;

(1) Le ottalmie che provengono da queste cause si stabiliscono qualche volta periodicamente. In esempio *Reil*, *Walter* , etc , hanno vedute delle donne affette da ottalmia in ogni ricorrenza di mestruazione. Vedete *memorabilia clinica med. pract. vol.* I. *fascicul.* 1. *p.* 53 *Walther*, *l. c. p.* 395.

così si applicano le sanguisughe ai pudendi, all' ano, o alle pinne del naso.

L' ottalmia sopraggiunge talvolta ai bambini durante la dentizione allorchè è laboriosa ; in questo caso, bisogna dividere la gengiva con un'incisione cruciale, immediatamente al di sopra del dente che mostra esser vicino a forarla; ciononostante questo mezzo non corrisponde costantemente. Si sono pur anco raccomandate le applicazioni di sanguisughe sulle gengive medesime.

Indipendentemente dalle sottrazioni generali e locali bisogna prescrivere il regime antiflogistico, l'uso delle misture pure antiflogistiche col nitrato di potassa, i bagni tiepidi ai piedi, i clisteri, il riposo dell'occhio, situando il malato in appartamento senza luce e facendogli portare una visiera verde.

Le applicazioni di acqua fredda sull' occhio col mezzo delle compresse di panni lini fini , ripiegati a più doppi , diminuiscono il calore , e facilitano la guarigione.

L' ottalmia semplice è qualche volta accompagnata dall' *edema* della palpebra superiore , accidente che impedisce che l' occhio sia esaminato. Si può, in questo caso, fare con precauzione qualche piccola incisione e moschettatura nella pelle esterna delle palpebre, e vicino al loro bordo; ne scola allora un liquido sanguinolento la di cui evacuazione diminuisce il tumore , e facilita l' impiego di altri mezzi utili (1). Le ottalmie semplici leggierissime non richiedono spesso alcuna sottrazione sanguigna ; perchè subito che n' è dileguata la *causa remota*, si può fare applicare dell' acqua fredda , delle compresse d' *ossicrato* , o dei colliri mucillagginosi non eccitanti (2) i quali portano la guarigione in pochi giorni. Essendo l'infiammazione in parte vinta coi mezzi dei quali abbiamo parlato ,

(1) James Ware, l c p. 37.

(2) Per esempio, quello di cui *Reil* dà qui sotto la formula.

℞. Mucillaggine di psillio . . . . } ana ʒ j.
detta di cotogno . . . . }
Acqua di Rose. . . . . ʒ ij.

la massima parte dei medici-oculisti consigliano l' applicazione sopra l'occhio di cataplasmi emollienti, composti di midolla di pane e di latte , bolliti con un poco di zaffrano , oppure di tassobarbasso con zaffrano , dei papaveri, etc. Ciò nonpertanto bisogna osservare, che in alcuni soggetti la sensibilità è sì squisita che gli occhi affetti d'infiammazione non possono tollerare il minimo contatto di corpo alcuno; in questo caso ai cataplasmi si ponno sostituire con vantaggio dei vapori pure emollienti e calmanti di moderato calore. Del resto, i nominati cataplasmi ed i suffumigi possono essere rinnovati più volte nel corso di una giornata , circa ogni due o tre ore.

Gl' impiastri applicati sull'occhio sono utilissimi, quando particolarmente il loro uso sia stato preceduto da una sufficiente sottrazione sanguigna ; si ottiene pure molto vantaggio dai vessicanti messi in luogo più lontano; ma quando la infiammazione dell'occhio è sempre considerabile, e sussiste ancora molta irritazione nell' organo , i vessicanti non devono essere messi troppo vicini , come per esempio alle tempie; poichè allora non agirebbero come derivativi o contro-stimolanti, aumenterebbero anzi lo stato d'irritazione dell'occhio. Il vessicante dovrà per conseguenza esser situato a seconda del maggiore o minore esaltamento di sensibilità dell'occhio, alle volte più lontano, cioè al braccio od alla nuca , altre volte più vicino, come dietro le orecchie etc.

Cura del secondo periodo. Cessato che è il primo periodo, sopraggiunta la debolezza locale dei vasi dell' occhio (1), l'uso dei cataplasmi emollienti deve sospendersi , ed è necessario far ricorso ai mezzi che indicheremo. Uno dei principali in questa circostanza, è la *tintura tebaica* (2). S' impiega localmente la-

(1) Cioè quando l' ottalmia è divenuta cronica. (N. del T.)

(2) *Ware e Scarpa* preconizzano quella che si compone secondo la *Farmacopea* di Londra dell' anno 1746. e la di cui formula è così concepita.

℞. Oppio purificato		℥ j.
Cannella	ana	℥ ß.
Garofani		
Vino bianco di Spagna		lb ß.

sciandone cadere una gocciola fra le palpebre una o due volte nel corso di un giorno. Essa accresce subito il dolore, e la lagrimazione degli occhi, in modo che l' ingorgo dei vasi si fa visibile; ma poco dopo ne consegue un miglioramento notabile.

Questo medicamento è nocivo ed aumenta l' infiammazione allorchè le ottalmie sono fortissime, e che il suo uso non sia stato preceduto da sottrazioni sanguigne.

Gli *astringenti* non devono esser messi in pratica se non se dopo gli antiflogistici, e quando è sopraggiunta la debolezza locale dei vasi sanguigni dell' occhio. Si amministrano sotto forma di collirj o di pomate.

Quando in questo periodo l'infiammazione diventa cronica, si ottiene sovente molto successo dall' uso della decozione di scorza di salcio, con o senza l'aggiunta di qualche gocciola di laudano liquido del Sidenham.

Le infiammazioni giunte a tal grado cedono spesso sotto l'uso del collirio composto di acqua distillata, oppure di acqua di rose e di acetato di piombo, aggiuntovi qualche gocciola di acquavite canforata; si può anco servire allora dell'*acqua ottalmica di Conradi* (1). S'impiegano ancora spessissimo delle dissoluzioni di solfato di zinco, d' allumina etc.

Fate macerare a freddo per una settimana e filtrate in seguito per foglio. Acciocchè questa preparazione non vada soggetta ad alterarsi, vi si può aggiungere una ventesima o ventiquattresima parte d' alcool. Siccome non è per niun conto indifferente d' usare tale o tal' altra tintura d' oppio contro le ottalmie, e che i celebri oculisti che noi abbiamo citati hanno tutti riconosciuta l' utilità di questa composizione (*), sarebbe molto a desiderarsi che si trovasse in tutte le farmacie.

(*) Ware è molti altri hanno esperimentata la tintura d'oppio semplice nociva, o inutile in molti casi ove la tintura tebaica si mostrava efficace, e Scarpa (l. c. p. 200) dice, parlando del laudano liquido: » si ingannano assai quelli i quali in simili casi sostituiscono il laudano liquido all' anzidetta tintura.

(1) ℞ Percloruro di mercurio . . . . . gr. j
Laudan. liquid. del Syd . . . . . ℥ iij.
Acqua di rose . . . . . onc. vi.
Disciogliete e mescolate.

Gli *astringenti* sotto forma di pomata si adoprano soprattutto quando la flogosi è divenuta cronichissima. Noi parleremo di tutti questi medicamenti con maggior estensione allorchè ci occuperemo delle forme speciali dell'infiammazione. Durante l' uso di questi medicamenti , si cercherà di adattare l' occhio a poco a poco alle sue impressioni abituali, dalle quali si era difeso. Per esempio si esporrà all' azione dell'aria asciutta e calda ; e se l' infiammazione avrà avuto per resultato la suppurazione , gli si concederà tanta luce quanta ne potrà sopportare senza inconvenienti , dirigendo la vista quanto è possibile verso degli oggetti, e de' luoghi piacevoli etc.

Tutte queste precauzioni contribuiranno potentemente a migliorare la suppurazione.

Allorquando la superficie che somministra la suppurazione cresce d'estensione o quando il pus è sanioso e di cattiva natura , è necessarissimo che l'arte intervenga al soccorso della *forza nutritiva*, onde stabilire al più presto la suppurazione di buona qualità, e diminuire l'estensione della superficie impiagata. Si ottiene cotesto resultato coll' applicazione immediata e locale de'medicamenti tonici adattati alla debolezza dell' occhio , e soprattutto facendo ricorso alle sostanze volatili , di cui se ne fa insensibilmente cessare l'uso al momento che la suppurazione è migliorata. S' impiegano per esempio delle compresse calde e asciutte , ugualmente che dei sacchetti d'erbe aromatiche secche, con o senza canfora, secondo le circostanze. Si usano pure con vantaggio dei cataplasmi composti di midolla di pane e d'erbe aromatiche, o di polpa di mele, ma è importantissimo di non lasciarli raffreddare sull'occhio.

Se il globo dell'occhio è la sede di piccole ulceri si adopra vantaggiosamente l' istillazione e le lavande colla dissoluzione tiepida di pietra divina (1) con un

(1) Questa preparazione consiste nel miscuglio di solfato di rame cristallizzato, di nitrato di potassa e di solfato acido d' allumina, di ciascheduno onc.VIII.Si fa liquefare il composto nella stessa acqua di cristallizzazione dei nominati sali e vi si aggiunge una mezz' oncia di canfora raschiata Si cola in seguito la massa che ne resulta sopra una lastra calda,ov'essa si solidifica. (N. del T.)

poco di *laudano liquido del Sydenham*. Quando la suppurazione saniosa minaccia di attaccare nel tempo stesso le parti circonvicine è utile aggiungere alla pietra divina un poco di zucchero di saturno (*acetato di piombo*). Se, malgrado questa precauzione, la suppurazione si estende, bisogna, secondo l'imminenza del pericolo, toccare le parti in suppurazione una o due volte ogni giorno con del *laudano liquido del Sydenham*. Nei casi i più urgenti, si può aggiungere al *laudano* un poco di *balsamo di vita dell'Offmanno*, delle piccole dosi d'etere solforico, o di *balsamo del Perù*; ma non bisogna continuare di troppo l'uso di tali mezzi, imperocchè si formerebbero facilmente delle fungosità, per la distruzione delle quali si richiederebbe l'applicazione del nitrato d'argento, o dell'allume calcinato. Tutti gli altri cangiamenti comparsi nel primo periodo non devono mai essere trattati coi caustici finchè la suppurazione continua; soltanto gli ascessi troppo profondi, purchè non si abbia la probabilità di vederli aprire spontaneamente, possono, durante questo periodo, essere aperti colla lancetta, nella parte la più declive.

Allorchè la febbre sopravviene nello stadio della suppurazione, bisogna prescrivere il regime nutriente, l'uso degli stimolanti diffusivi, per esempio, del *calamo aromatico*, della *canfora*, dell'*etere acetico* o *solforico*. Si amministra la *china*, e si procura di stabilire la revulsione di questa tendenza morbosa dell'occhio affetto, per mezzo dei rubefacenti applicati non molto lungi dall'organo ammalato.

BLEFAROTTALMITE.

Malattie degli inviluppi esterni dell' occhio.

Infiammazione semplice delle palpebre, Blépharophthalmitis.

Divisione. Si distinguono le infiammazioni delle palpebre in quelle che interessano la loro totalità, ed in quelle che attaccano solamente qualcuna delle parti che entrano nella loro composizione. Quando tutte le parti che concorrono a formare le palpebre sono ammalate nel tempo istesso, l'infiammazione chiamasi col nome generico *Blefarottalmite.* Allorquando sono interessate le parti superficiali delle palpebre, si chiama *Blefarottalmite erisipelatosa.* Se dessa non attacca che superficialmente le parti situate al disopra del sacco lagrimale, si nomina *Anchilope erisipelatoso*; ma quando le glandule della palpebra sono più particolarmente ammalate si denomina allora *Blefarottalmite glandulosa*; ed è con ragione che è stata messa in quest'ordine l' *ottalmia dei neonati* (*ophthalmia neonatorum*). Finalmente se si tratta di piccolo tumore infiammatorio circoscritto ad una parte isolata della palpebra, cotesta flemmasia si chiama *Orzajolo, Grano d'Orzo, Hordeolum, Furunculus inflammatorius.*

Dell' infiammazione semplice delle palpebre in generale.

Blepharophthalmite, Blepharophthalmitis, Blepharitis (*da* ΒΛΣΦΑΡΟΝ, *palpebra, con la terminazione* ΙΤΙΣ, *usata per esprimere la parola infiammazione* (1)).

Dal bordo della palpebra si innalza una tumefazione rosso-vermiglia, tesa, dolorosissima, brucente,

(1) È inesatto di dare questa desinenza a dei nomi latini e di formarne delle parole tali, come *conjunctivitis, duodenitis* etc. Bisogna sempre evitare di formare così delle parole ibridi.

estremamente sensibile sotto il più leggiero contatto; dessa si diffonde a poco a poco su tutta la palpebra, ma è circoscritta lungo il bordo della cavità orbitale. Lo sviluppo della flemmasìa in discorso è accompagnato da sensazione di pressione, di pesantezza, e di rosicamento della palpebra; il malato pruova difficoltà ad aprirla, ostacolo che resulta dalla diffusione dell'infiammazione, sia al muscolo orbicolare (naso-palpebrale ch.), sia all' allevatore della palpebra superiore (orbito-palpebrale ch.). L' occhio diviene la sede di pulsazioni sensibili non solamente al malato, ma percettibili pur anco dal medico. La congiuntiva, e la pituitaria si inaridiscono, e la palpebra non può più muoversi senza cagionare al malato della sensazione dolorosa, analoga a quella che vi produrrebbe la presenza di corpi estranei appuntati. L'infermo si figura di inalare della polvere, ed in certi casi, quest' allucinazione diviene sì forte che lo obbliga allo starnuto più volte di seguito, e sempre con aumento considerabile di dolore che si propaga fino nell'occhio ed al capo;è in oltre accompagnata dalla comparsa di scintille nel globo dell'occhio (*fotopsia*). ec.

Agli esposti sintomi si associa spesso la febbre infiammatoria; è allora la malattia al suo più alto grado; la tumefazione aumenta grado grado, prende la forma conica, diventa in seguito più molle, e meno dolorosa; il suo colore di rosso che era, arriva ad essere brunastro o azzurrognolo;le pulsazioni non si fanno sentire se non che profondamente. Le secrezioni ed escrezioni, che erano sospese in principio, riassumono la loro energia, e sono accompagnate da sensazione di freddo e di pesezza in tutta la regione oculare. Finalmente la sommità della tumefazione acquista un colore rossastro-pallido o giallastro, si ammollisce, e vi si scorge distintamente la fluttuazione prodotta dalla presenza del pus.

Se al contrario l' infiammazione attacca soggetti cachettici, e se è affatto trascurata o malcurata nel suo principio, dessa passa facilmente allo stato di cancrena. Si vede allora sulla pelle della palpebra, che è di colore rosso cupo, una macchia li-

vida, plumbea, molle ed ancora elastica al tatto. La macchia s' ingrandisce qualche volta rapidissimamente, e lascia scolare, quando vi si fanno delle incisioni, della sierosità fetida, più o meno tenue e mescolata a del sangue. Se la cancrena non è limitata alla superficie, il fondo delle incisioni, diviene ulceroso e di color rosso bruno o turchiniccio. Se la cancrena continua a fare dei progressi, o si limita, secondo che la flogosi è stata intensa, e che il soggetto è debole o vigoroso, i confini dell'escara cominciano a suppurare, e quando essa è finalmente distaccata si stabilisce una suppurazione di buona natura; ma se la cancrena non si arresta può invadere tutta la palpebra e cagionare delle perdite di sostanza più o meno considerabili, da cui resultano l'*Ectropio*, la *Lagottalmia* etc.

Il Professor *Beer* non ha veduto fino ad ora questa flemmasia generale delle palpebre causate che da delle lesioni risultanti da violenti contusioni di questi organi.

Quando l' infiammazione è trattata fino nel suo nascere convenientemente, si può emettere un prognostico vantaggioso; infatti, l' infiammazione scomparisce prima che la suppurazione siasi riformata, e la palpebra riprende sollecitamente il libero esercizio delle sue funzioni. Ma se la flemmasia è mal curata, allorquando sopravviene la febbre, si vede facilmente formare la suppurazione o la cancrena. Una volta che dessa è stabilita il malato può chiamarsi fortunato se il guasto si limita alla parte esterna della palpebra, ed anco, in questo caso ne resulta sempre l' *ectropio*, o l' *occhio di lepre*, (Lagottalmia). Stabilendosi la suppurazione di buona natura, e che il pus non soggiorni che poco nei vuoti, si ottiene il più delle volte, particolarmente nella palpebra superiore, una buona cicatrizzazione, che non nuoce punto all' uso di questo organo. Se per altro per mancanza di cura, la suppurazione diviene saniosa, allora rimane spesso, in seguito della perdita di sostanza l' obliterazione, il ristringimento, o la distruzione totale del sacco lagrimale, e conseguentemente ne viene l' *Epifora*. Può ancora resultarne la caduta della palpebra superiore, l'*Entropio* (introversione del suo bordo), o l'*Ectropio* (rovesciamento in fuori della palpebra medesima.

Cura. Si applicano delle compresse di acqua fredda o d' ossicrato finchè l' infiammazione è locale; ma quando di già esiste la febbre inflammatoria, si devono mettere in uso dei mezzi antiflogistici generali e locali, proporzionati al grado dell' infiammazione, ed alla costituzione del malato. Allorquando si vede che la suppurazione non può più essere evitata, si deve favorirla, e seguire i precetti indicati al capitolo dell' infiammazione semplice in generale. Se si sviluppa un ascesso nella palpebra superiore, si apre ordinariamente da se stesso e senza che la forma della palpebra ne resti in seguito alterata. Se l'ascesso ha la sua sede alle commettiture o nella spessezza della palpebra inferiore, si deve, tosto che comparisce, aprirlo col mezzo della lancetta, seguitando la direzione delle fibre del muscolo orbicolare (nasopalpebrale, ch.). Per altro se esistono di già delle fistole alle palpebre, bisogna, secondo i precetti della chirurgia, fare subito delle contro-aperture, immediatamente dilatarle, secondo l' urgenza, sia col bistorì, sia indroducendovi dei pezzi di spugna preparata. Finalmente la guarigione dev'essere terminata colle iniezioni e colla compressione esercitata quanto è possibile sulle piaghe.

Allorchè le palpebre sono attaccate da cancrena, si prescrive il regime corroborante, composto d'alimenti di facile digestione; si raccomanda l' uso dei tonici diffusivi, uniti ai topici permanenti tali che il *calamo aromatico*, il vino depurato dal tempo, la china, etc.

Si possono applicare all' esterno delle compresse imbevute di decotto di scorza di salice, o di quercia mescolate con dei liquori alcoolici, oppure la preparazione seguente di *Lefebure.*

℞: Scorza di China.	℥	j.
Sale ammoniaco purificato. . .	ʒ	ij.
Fatte bollire in acqua comune.	℥	viij.
Aggiungete al liquore filtrato:		
Canfora.	ϑ	ij.
Alcool rettificato.	℥	j.
Mescolate.		

Si può in seguito medicare la piaga con balsamo d'Arceo; si tengono le palpebre costantemente chiuse,

e conseguentemente tese col mezzo di cerotti agglutinativi, acciocchè la cicatrice nel formarsi non apporti degli scorciamenti, i quali, allorchè sono considerabili, cagionerebbero necessariamente l'*Ectropio*. Dietro la suppurazione ne viene la perdita di sostanza che è surrogata dai bottoni carnosi, che, se sono troppo abbondanti, possono essere medicati con unguento composto di una dramma di laudano liquido del Sydenham, e di tre dramme di unguento basilico, ad oggetto di ottenere la cicatrice regolare quanto è possibile (1).

BLEFAROTTALMITE ERISIPELATOSA.

Infiammazione Erisipelatosa semplice delle palpebre.

Blepharophthalmitis erysipelatosa, Ædema calidum palpebrarum.

Le due palpebre divengono la sede di tumefazione pallida, rosso-giallastra, lucida, trasparente, che si estende con rapidità, e senza limiti fissi, invadendo, in alto, fino al sopracciglio, e in basso talvolta giunge più oltre della metà del viso; il rossore scomparisce momentaneamente sotto la pressione del dito. Poco a poco questa tumefazione si rammollisce,

(1) Da lungo tempo i chirurgi hanno abbandonato l'uso di quest' immensità di unguenti, le di cui formule, più o meno complicate, figurarono altre volte nelle farmacopee. Essi si trovano meglio oggigiorno di *medicare a secco* nella pluralità dei casi; solamente quando temono l' adesione troppo forte delle fila con i bordi della piaga, ed in seguito la lacerazione della cicatrice, in ogni nuova medicatura, ricuoprono il piumaccino di leggerissimo estratto di cerato, oppure si servono della medesima pomata per spalmare delle striscie di tela fine, di cui circondano i bordi della piaga. Allorquando credono di aver bisogno di modificare lo stato della medesima per mezzo di qualche topico, si limitano ordinariamente ad usare delle leggiere decozioni adattate all'effetto che desiderano ottenere, e delle quali si servono pure per lavare la piaga in ogni medicatura. (N.del T.)

e diventa edematosa verso i bordi delle palpebre. Il dolore non è molto intenso, non è pulsativo, ma è piuttosto brucente, tensivo, e toccandolo diventa lancinante. Il calore non offre presso che niente di straordinario. Le secrezioni ed escrezioni dell' occhio, ugualmente che la secrezione del muco delle narici, sono considerabilmente accresciute.

Quest' affezione non è accompagnata da accidenti generali, che in seguito di cattivo trattamento, ed allora dessa può facilmente terminare in cancrena.

Tali sono i segni che si osservano vigente il primo periodo. Il secondo incomincia dopo l' aumento del rossore e della tumefazione, e dopo la diminuzione del calore, e del dolore, quando cioè si stabilisce il trasudamento di linfa viscosa, che si secca sollecitamente al contatto dell' aria, e forma una crosta; oppure quando si manifestano nelle parti ammalate, delle vescichette, le quali rompendosi, lasciano colare della linfa concrescibile.

Di tutte le parti del corpo le palpebre sono quelle ove si sviluppa più spesso una flogosi erisipelatosa, sotto l' influenza di cause sufficienti a determinare quest' affezione. Le più comuni fra le cause sono la brusca o rapida impressione di una corrente d' aria fredda, o la soppressione istantanea del sudore.

Si vede puranco sopravvenire in seguito di punture procurate dalle api, dalle vespe, e da altri insetti, etc.

Nei soggetti sani e robusti, il prognostico di cotesta affezione è favorevolissimo, poichè essa scomparisce per lo più da se stessa, senza toccare il secondo periodo. Ma quando questo è dichiarato bisogna aspettarsi di vedere, nei soggetti deboli, una gran disposizione alle recidive. Se i malati lavano con dell'acqua fredda le croste che si sono formate, sopraggiunge facilmente l' infiltramento freddo delle palpebre, che può apportare parecchie deformità dell' occhio. Quando avviene per semplice negligenza, che l' infiammazione erisipelatosa degeneri nella vera blefarottalmite, non si formano mai degli ascessi regolari, ma piuttosto il pus si apre un egresso da altre parti attraverso la pelle,

di già parzialmente digorganizzata, ed è ordinariamente susseguito da ulceri maligne e indolenti, che possono apportare diverse malattie consecutive.

Quando nelle flogosi erisipelatose delle palpebre, provocate dalla puntura d' insetti, l' aculeo è rimasto nella piaga, si osserva spesso comparire la cancrena ed ancora lo sfacello si dichiara ben tosto.

Cura. Le applicazioni di sanguisughe sono qualche volta indicate nel primo periodo. Bisogna in tal caso metterle dietro gli orecchi, e giammai sulle palpebre stesse. Spesse volte, un emetico amministrato in principio, serve per fare scomparire la malattia, ma quando questa medicatura non è indicata, può esser utile un lassativo antiflogistico di una formula analoga alla seguente:

℞ Solfato di magnesia
Polpa di Tamarindi
Siroppo di Lamponi } ana ℥ j : ß :

Mescolate, e fatene un elettuario, di cui se ne fa prendere una grossa cucchiajata da caffè ogni ora e mezza. Quando la malattia fa un corso cronico, o che recidiva si ottiene sovente molto vantaggio dall' amministrazione del calomelano, alla dose di uno o due grani, mattina e sera. Bisogna proscrivere tutti i topici durante il primo periodo. Il malato dev' essere tenuto in aria pura, asciutta, e non agitata, ed obbligato al regime antiflogistico adattato.

Durante il secondo periodo, si devono tenere sulle palpebre delle compresse asciutte e calde, o dei piccoli sacchetti ripieni di piante aromatiche (1) ai quali si aggiunge un poco di canfora, nei soggetti deboli.

In questi malati, si facilita ancora la guarigione facendo uso internamente dei diaforetici, e puranco della canfora.

(1) Tali che i fiori di Cammomilla
detti di Sambuco } ana una parte
Farina di Fave . . . . . due parti
Mescolate.

Se la malattia è trascurata, si vedono sopravvenire talvolta in questo periodo delle flictene nelle palpebre; e quando si aprono, ne scola una linfa, la quale disseccandosi al contatto dell' aria, forma delle croste, sotto le quali nascono delle ulceri, che per l' influenza delle cure mal dirette distruggono le parti circonvicine, e danno luogo a delle perdite di sostanza della pelle. Si prevengono tali accidenti usando, a una temperatura tiepida, il collirio seguente, continuando con tutto ciò l' applicazione dei sacchetti asciutti, e caldi.

℞ Pietra divina (1) . . . . . gr: j a ij.
Acqua di rose --- . . . . . ʒ iij a jv.
Mucillaggine di gomma arabica . ʒ ij.
Acetato di piombo liquido goc. v ax.
Mescolate.

Ma vi è un accidente assai più spiacevole a temersi, cioè di vedere l'infiammazione erisipelatosa delle palpebre passare allo stato di suppurazione, ciò che non succede tanto spesso, se non quando la malattia è affatto trascurata. Quantunque queste suppurazioni sieno sempre superficiali, se ne formano ciò nonpertanto in diversi punti, dal che ne resulta conseguentemente la distruzione considerabile del sistema cutaneo, degli assottigliamenti del medesimo, e delle infiltrazioni di pus. Allora lo scorciamento della pelle delle palpebre, cagionato dalle cicatrici, è spesso susseguito dall' ectropio. Si previene questi aprendo per tempo ogni raccolta di pus al momento che si scuopre la sua formazione, rinnovando sovente le applicazioni delle compresse imbevute nel collirio or ora indicato, al quale si aggiunge una dramma di laudano liquido del Sydenham.

Egli è importantissimo di non dimenticare, che le palpebre devono essere mantenute nello stato di estensione fino al termine della cura, ad oggetto d'im-

(1) Vedete la sua preparazione alla nota apposta al capitolo *Infiammazione semplice in generale.*

pedire la formazione dell'ectropio, che si effettuerebbe per causa dello scorciamento della pelle delle palpebre. Il miglior mezzo di prevenire tale disgustoso resultato consiste nel tenerle chiuse con alcune striscie agglutinative.

Se sopravviene la cancrena, si distingue, in questo caso, da quella che succede alla blefarottalmite semplice, per la rapidità dei suoi progressi, e per la sua sede, che è limitata alla pelle esterna delle palpebre. Del resto, la cura è assolutamente la stessa.

Infiammazione semplice delle glandole palpebrali.

Blepharophthalmitis glandulosa ; Blepharoblennorrhea. (ΒΛΣΦΑΡΟΝ, *palpebra*, e ΒΛΣΝΝΟΡΡΟΙΑ, *flusso mucoso*). *Lippitudo* (ΑΧΜΗ, *muco oculare*) *Inmazione purulenta delle palpebre.*

Dessa ha ancora ricevuto altre denominazioni ; poichè si manifesta alle volte nelle donne attempate, ed in tal caso, si denomina *opthalmia vetularum* (1); altre volte acquista nomi diversi a seconda dei sintomi particolari che l'accompagnano, ed allora è chiamata, in esempio, *ottalmia sierosa*, quando gli occhi sono bagnati di lagrime : *ottalmia secca* ogni volta che l' intensità dell' infiammazione si oppone alla secrezione delle lagrime, etc. Si è altresì confusa spesse volte con delle ottalmie che riconoscono delle cause speciali, tali che l'ottalmia psorica (psorottalmia) (2). le ottalmie scrofolose etc.

Noi non parleremo in questo luogo che della blefaroblennorrea semplice, la quale contuttociò quando esiste qualche cattiva predisposizione naturale, si complica pure essa con disposizioni discrasiche. Ma in tal caso non si può altrimenti dare il nome di blefaroblennorrea semplice;bisogna al contrario designarla col nome

(1) *Reil* (Memorabilia med. practica., vol. 1 Fascicul. 1 p. 3 ed altro.)

(2) Come l' ha fatto Ware. 1. c.

della malattia discrasica, quello di *Blefaroblennorrea scrofolosa*, etc.

Quest'affezione si manifesta nella maniera seguente: i bordi delle palpebre sono invasi da tumefazione sensibile, vermiglia, un poco dura, accompagnata alternativamente da sensazione d'ardore estremo, e da dolore simile al pizzicore, il quale si estende alle commettiture, e nello stesso tempo sopra tutto il bordo delle palpebre. Ciò non pertanto la secrezione della glandola lagrimale è più o meno accresciuta; le lagrime sono acri, arrossiscono ed escoriano le guancie. In ragione che l' infiammazione acquista poco a poco intensità più considerabile, essa si diffonde sulla congiuntiva del globo dell' occhio; allora la secrezione lagrimale cessa, e quest'organo diventa asciutto: i malati credono sentire dei granelli di sabbia sotto le palpebre; non osano muoverle, ritenuti del timore di soffrire. Tale è il corso del primo periodo; ma esso scorre talvolta sì rapidamente che il medico stesso non se ne avvede. L'aridità, il bruciore, ed il pizzicore degli occhi diminuiscono insensibilmente; le glandule del meibonio incominciano nuovamente a separare, le palpebre e le ciglia sono incollate insieme dal prodotto di questa separazione; la congiuntiva palpebrale si gonfia, e comparisce ancora assai rossa; le commettiture, e spesso il bordo delle palpebre, sono esulcerate in tutta la loro estensione; ciò che dà talora a quest'affezione la più grande rassomiglianza con la psorottalmia; nello stesso tempo, la separazione mucosa diventa vieppiù abbondante e puriforme. Finalmente, tre o quattr'ore dopo di avere preso cibo, quando la chilificazione è stabilita, i sintomi aumentano sempre di violenza. Spesse volte i bordi delle palpebre sono erosi, lacerati e dolorosi. Se i malati sono abbandonati a loro stessi, le escoriazioni s'estendono viemmaggiormente.

Quando la secrezione mucosa è ristabilita, alcuni malati, che vogliono esaminare ogni cosa con attenzione, scorgono la fiamma di una candela circondata da un' areola, che qualche volta presenta loro i colori dell' arcobaleno, e diventa una causa di spaven-

to per la massima parte di quelli che sono poco istruiti. Questo fenomeno è dovuto alla maggiore refrazione dei raggi luminosi, causata dal muco che ricopre la cornea, e non ha rapporto alcuno con l'apparato nervoso dell'organo della vista. Un altro fenomeno che si osserva nel secondo periodo di quest'infiammazione, e di cui nessuno, per quanto io sappia, ha ancora parlato, consiste in ciò che i malati, allorquando aprono bruscamente gli occhi nello svegliarsi, vedono per qualche istante delle ramificazioni arborescenti di color grigio. Quest' avvenimento è pure prodotto dalla mucosità tenace che esiste fra le palpebre ed il globo dell' occhio ; mucosità che , al momento dell'apertura delle palpebre , ricuopre la cornea diffondendosi sulla sua superficie sotto forma arborescente, ma è tosto attirata dalle lagrime.

Il medesimo fenomeno può essere pure prodotto applicando, l' una sull'altra, due lastre di vetro intonacate di un colore semi-fluido, o di muco addensato, e separandole sollecitamente l' una dall' altra. Cotesti fenomeni , quantunque insignificanti per loro stessi , spaventano tanto più i malati, in quanto che possono coincidere con un leggiero grado di diplopìa nelle forme croniche di quest'infiammazione , della quale terremo proposito in seguito, e fare temere alle persone poco istruite un'incipiente amaurosi.

Altrevolte di questo trasudamento cronico di fluido puriforme si è formata una malattia particolare , alla quale fu assegnato il nome di *lippitudine*. Allorquando al contrario le commettiture soltanto erano affette da uno scolo simile, si chiamava *lippitudine angolare*, *lemositas;* e quando esse erano la sede di escoriazioni, si dava a tale stato il nome di *peribrosi*, *perivrasis.*

Accade spesso che sotto l'influenza di circostanze favorevoli , la secrezione mucosa puriforme scomparisce, le escoriazioni si cicatrizzano, e resta sempre una separazione troppo abbondante delle glandule di Meibomio , secrezione che è suscettibile di divenire facilmente abituale. Ma se col soccorso dell' arte , o per delle circostanze fortuite dessa viene ad esser soppressa, l'affezione finisce con una secrezione seriosa insolita.

Questa infiammazione può presentarsi sotto i gradi d'intensità i più variati; la specie la più mite comparisce e si dissipa sovente nello spazio di alcuni giorni; non si vede allora se non se una leggiera stria rossa alla faccia interna del bordo palpebrale, e tutto al più un aumento poco considerabile nel numero dei vasi sanguigni che serpeggiano nella faccia interna della palpebra. Quando l' infiammazione non esiste che a questo leggiero grado, le glandule di Meibomio non separano che poca mucosità; cotesta non è sufficiente per incollare fra loro le palpebre durante la notte, e non si riscontra la mattina che piccola quantità verso l' angolo interno degli occhi. Generalmente il prurito, la sensazione analoga a quella che sogliono produrre dei granelli di sabbia fra le palpebre e tutti gli altri sintomi indicati sono pochissimo manifesti; non esistono che dei leggieri indizi, che scompariscono dopo alcuni giorni sotto l'influenza di una cura conveniente; ma al contrario allorquando la malattia è negletta, possono accrescersi e degenerare in una violenta blefarottalmite glandulosa.

Quanto più l' infiammazione è stata intensa, più abbondante si mostra in seguito la secrezione mucosa, che sotto il rapporto della sua qualità, si avvicina di più alla natura del muco di quello che al pus. Codesta secrezione è talvolta sì copiosa, soprattutto nei poco proprj, in quelli di temperamento leucoflemmatico, ch'essa cola sulle guance; in tal caso si può dire che esiste una vera blennorragìa delle palpebre. L' osservatore non prevenuto riconoscerà facilmente l' alterazione e cattiva natura del muco e delle lagrime durante la malattia; alterazione che è la causa delle escoriazioni che sopraggiungono non tanto ai bordi delle palpebre, ma che si diffondono pur anco alle parti circonvicine. Nulladimeno ciò non avviene che per la trascuratezza totale, per l' assoluta mancanza di proprietà, e per la durata della malattia, che queste escoriazioni terminano per dare origine a delle pustole giallastre, che più particolarmente hanno la loro sede alle commettiture delle palpebre.

Le dette pustule lasciano delle piaghe ulcerose che sono frequentemente dolorosissime, e che

tramandano talvolta sangue allorchè il malato apre le palpebre. In certi casi la superficie interna della palpebra è talmente ripiena di queste pustole gialle e ulcerose, che essa presenta l'aspetto simile a quello di un fico recentemente aperto, particolarità che ha fatto dare a questo stato il nome di *Sycosis* o di *palpebra ficosa*. Ciononpertanto la malattia non può in questa guisa aggravarsi che in conseguenza di un' estrema negligenza ; spesse volte neppur essa è sufficiente a produrre un tale effetto, se non che nei casi di complicazione , e di predominio di alcune diatesi. Ne può allora resultare l' obliterazione dei punti lagrimali , circostanza che porta secolei l' esistenza dell' epifora incurabile. Degli ectropi sarcomatosi possono esserne pure la conseguenza; e se le ulceri attaccano la cartilagine tarso , subisce una specie di indurimento. Il frequente e spasmodico battere delle palpebre, che si osserva in questi casi, produce qualche volta un allungamento della pelle che le ricuopre ed in seguito l'entropio. Io ho frequentemente veduto la blefarottalmite glandulosa trascurata portare nel medesimo soggetto l' entropio da una parte , l' ectropio dall'altra.

Finalmente negli abitanti delle grandi città , e particolarmente nelle persone bionde , di costituzione molle e irritabile , la di cui pelle è fine e delicata , quest' affezione può terminare per una forma cronica leggiera si, ma ribelle, soprattutto quando la malattia primitiva è stata trascurata. La detta forma cronica si manifesta con leggiero rossore della faccia interna del bordo della palpebra , che si estende , e diventa più visibile all'esterno sotto l'influenza dell'aria fredda, o carica di emanazioni irritanti , e più particolarmente il mattino nello svegliarsi. A quest' epoca si trova più di spesso, soltanto all' angolo interno delle palpebre, una piccola quantità di muco diseccato.

La malattia può in oltre presentarsi con i caratteri d' infiammazione limitata alle glandule di Meibomio. In quest' ultimo caso , il bordo esterno delle palpebre è presso che la sola parte che offre, il mattino e qualche volta ancora nel corso della giornata,

un colore vermiglio pallido, mentre che si vede nel punto d' inserzione di ciascun ciglio una particella di muco diseccato, del volume e del colore di un grano di sabbia. Queste due forme croniche di blefarottalmite glandulosa si esasperano ordinariamente sotto l' influenza della corizza o di ogni altra irritazione dell' occhio.

La malattia in discorso si presenta nelle persone che vivono nell' aria infetta e putrida; dessa attacca tutte le età, ed ambo i sessi, ma è più frequente nella donna di quel che nell' uomo.

I travagli smodati che richiedono l' attenzione prolungata dell'occhio, particolarmente a luce artificiale cagionano frequentemente cotest' affezione; ma la causa la più ordinaria risiede nell' impurità permanente dell' atmosfera, che suol essere più o meno carica di polvere, e di altri corpi estranei, in particolar modo nelle grandi città. Egli è per questo motivo che la malattia della quale parliamo si presenta ancora più frequentemente nelle città molto popolate, e che essa incrudelisce di preferenza nelle classi di persone obbligate ad esporsi giornalmente all'azione dell'esposta causa. Si conosce per ciò il motivo per cui essa attacca di preferenza i conciatori di cojame grosso, i cocchieri, gl' impastatori di pane, i macellaj, ed in generale le persone che per la loro professione sono costrette a stare continuamente sulle strade molto frequentate, nei giardini, o che abitano degli appartamenti piccoli, continuamente oscurati da dei nuvoli di fumo di tabacco, o il di cui suolo è costantemente coperto di sabbia. Le affezioni addominali possono ugualmente dare origine a questa malattia; così si vede qualche volta essere accompagnata dalle costipazioni abituali, dalle emorroidi, e soprattutto presentarsi in seguito di traviamento di regime. Non è straordinario incontrare l'infiammazione delle glandule palpebrali nei soggetti che fanno grand' uso di carne di majale, di uccellame acquatico, presso quelli che si nutriscono costantemente di cibi salati, acidi, ed acri, e che bevono molto vino, e acquavite; ma si osserva però costantemente che le persone bionde ed af-

fette da gotta rosacea, quelle che hanno la pelle bianca, fine, delicata, e se è permesso dirlo, quasi semitrasparente, vanno soggette più facilmente a quest' affezione, e in un modo più ostinato a circostanze uguali d' altronde degl' individui bruni, muscoluti e robusti.

Il *prognostico* è favorevole finchè l'infiammazione è ancora nel suo primo periodo, e non è troppo intensa. Questa flemmasia non degenera in affezione generale allorchè è semplice, ammeno che una cura mal diretta non apporti l' infiammazione di tutta la palpebra. Quando esiste di già lo scolo di muco puriforme, si vede facilmente comparire il *trichiasi*, e quando i bordi delle palpebre sono attaccati da escoriazioni considerabili, l' *anchiloblefaro parziale*. Se le escoriazioni esistono principalmente alle commettiture ne vien dietro l'eversione della palpebra inferiore, la quale, manifestandosi di preferenza nei vecchi, i di cui tessuti sono più rilasciati, ha ricevuto il nome d' *ectropio senile*. Da un altro lato, se lo stillicidio mucoso delle palpebre è eccedente, e che l'uso delle pomate e dei collirj troppo debilitanti o troppo astringenti viene a sopprimerlo ad un tratto, ne può resultare la debolezza permanente della vista, in particolar modo nei soggetti molto sensibili. Trovando sempre la malattia nel primo periodo, si può spesso distruggerla nel suo nascere, applicando delle compresse imbevute di acqua fredda, o di ossicrato diluto. Del resto, bisogna, per quanto è possibile, allontanare le cause della malattia.

Al momento che la secrezione della mucosità incomincia, ciò che dà indizio dell' invasione del secondo periodo, bisogna scrupolosamente evitare le applicazioni dei topici freddi. Al principio del secondo periodo, e quando la malattia è leggiera, si può usare quattro o cinque volte ogni giorno del seguente collirio :

℞: Estratto acquoso d'oppio. . . gr: j a ij.
Acqua di rose. . . . . ℥: j v.
Mucillagine di gomma arabica. ℥ iij.
Mescolate.

Volendo far sospendere più sollecitamente la secrezione mucosa, si possono lavare gli occhi, quattro volte ogni giorno, con il seguente miscuglio:

℞: Acetato di piombo liquido. . goc.viij a xv.
Acqua d' oppio puro (1). . . ℥. j.
Acqua di rose. . . . . ℥. iij.
Mucillagine di gomma arabica. ℥. ij.
Mescolate.

Per le persone bionde, sensibili, soggette alle recidive, ed in quelle nelle quali l'infiammazione passa in generale facilmente allo stato cronichissimo, è utile di aggiungere all' ultimo collirio uno o due grani di solfato di zinco, poichè, quantunque questo miscuglio sia assolutamente irrazionale, chimicamente parlando, ciò nonpertanto produce degli ottimi effetti.

Quando la malattia è più imponente, si può accrescere la proporzione dell' acetato di piombo, relativamente alle altre sostanze, o meglio si può sostituire il collirio seguente:

℞: Verderame purificato . . . gr: j.
Acqua di rose. . . . . ℥. jv.
Acetato di piombo liquido. . goc.x.
Laudano liquido del Sydenham. ℈. j.
Mucillagine di gomma arabica. ℥. ij.
Mescolate.

Il verderame può essere surrogato da due grani di pietra divina. I malati si trovano puranco benissimo della dissoluzione debole di allume cristallizzato, mescolata con mucillagine.

(1) Vedete la formula nella nota apposta alla metà circa dell'*introduzione*.

Se l' affezione riconosce lunga data, o se il malato presenta la diatesi scrofolosa, in tal caso le dissoluzioni di sublimato allungate, alle quali si aggiunge del laudano liquido del Sydenham, portano degli eccellenti effetti. Si può impiegare la seguente formula:

℞: Percloruro di Mercurio. . . gr: ß.
Acqua di rose . . . . . ℥ jv.
Laudano liquido del Sydenham. ℈ ja ji.
Mucillagine di gomma arabica. ℥j a ij.
Mescolate.

Quando nella blefaroblennorrea legittima, la faccia interna delle palpebre è tumefatta e presenta un aspetto vellutato, bisogna servirsi immediatamente, e fino a tanto che la secrezione mucosa continua ad essere abbondante, del semplice collirio seguente:

℞: Laudano liquido . . . . . ℥ j.
Acqua di rose. . . . . ℥ jv
Mucillagine di gomma arabica. ℥. ij
Mescolate.

Si passa all'uso dei colliri stitici indicati, quando la secrezione molto considerabile che era, è diminuita. È pur utile di ricuoprire gli occhi con delle compresse asciutte e calde; a malattia in decadenza si possono sostituire dei sacchetti di erbe aromatiche disseccate. Allorquando si ha a medicare la *blefarottalmite glandulosa* cronica la più leggiera, nella quale l' infiammazione sembra limitarsi alle glandule di Meibomio e dove si osservano delle granulazioni di mucosità indurita ai punti d' inserzione dei cigli, corrisponde assai bene l' uso delle due pomate delle quali noi daremo la formula.

Non si adopra la prima fino a che le granulazioni mucose non sieno intieramente o quasi completamente scomparse; si usa in seguito della seconda per togliere il rossore rimasto che è di colore roseo, o vermiglio; ma non si riesce sempre in quest'ultimo tentativo, se non facendo ricorso ai mezzi generali, dei quali parleremo in appresso.

℞: Deutossido di mercurio. . . } ana gr: j ß
Estratto d' oppio. . . . . }
Assongia fresca. . . . . ʒ. j.
Mescolate esattamente.

℞: Deutossido di mercurio. . . } ana gr: j ß
Estratto d' oppio. . . . . }
Bollo armeno . . . . . }
Protossido di Zinco. . . . gr: jv.
Assongia fresca . . . . . ʒ j.
Macinate, e mescolate esattamente.

Si prende dell'una o dell'altra pomata una quantità uguale al volume del capo di uno spillo, si stende la sera andando a letto, sul bordo delle palpebre, o meglio vi si fa penetrare fregando leggermente. Se già esistono delle escoriazioni, o se la malattia è inveterata, si usa allora della pomata ottalmica di Janin, che è composta come siegue:

℞: Assongia fresca . . . . . ℥ß:
Trezia preparata . . . . . } ana ʒij.
Bollo armeno . . . . . }
Precipitato bianco. . . . . ʒj.
Triturate e mescolate esattamente.

Giova peraltro far qui osservare che il suo uso deve essere modificato secondo gl'individui; poichè se l' occhio si trova di già nello stato d' irritazione, e se il soggetto che si medica è dotato di molta sensibilità, si deve diminuire assai la proporzione del mercurio, ugualmente che delle sostanze astringenti. Ora, siccome si è osservato (1) che il *bollo bianco* è quello che apporta meno irritazione, ed il bollo armeno al contrario ne cagiona di più, è utile, indipendentemente dalla diminuzione nella dose del precipitato bianco, di non impiegarne al principio, e nei

(1) L' immortale *Adamo Schmidt* ha trattato di ciò con molta estensione e principalmente nella *Biblioteca ottalmica* vol. III, Fascic. 1, p. 63 pubblicata da lui unitamente al professore *Himly*.

soggetti giovani e irritabili, che il *bollo bianco* in luogo del bollo armeno, e di non fare applicare sulla palpebra che una quantità di pomata uguale al volume di una lenticchia, ed una sola volta per ciascun giorno. In questi malati basta un miscuglio d' assongia ℥ ß :, bollo bianco ϑ jv, e precipitato bianco ʒ ß.

Le persone attempate e dotate di mediocre sensibilità, sopportano benissimo le proporzioni ordinarie della *pomata di Janin*. S'incontrano ciononostante degl'individui che non possono tollerare l'applicazione locale del mercurio; ed altri nei quali le pomate non producono alcun buon'effetto. Bisogna in questo caso far ricorso alla pietra divina di *Saint-Yves* (1).

L'uso di questo medicamento esige parimente molte precauzioni. Quanto più l'occhio è sensibile, e quanto più la malattia riconosce lunga data, tanto meno bisogna far disciogliere della pietra divina in una determinata quantità di acqua. Al principio bastano dieci o quindici grani in sei o dieci oncie d'acqua che contenga dell' alcool canforato. Questo miscuglio dev'essere applicato tiepido col mezzo di una spugna fine, che si trattiene qualche tempo sull' occhio, in modo che il fluido penetrandovi vi produce una sensazione ardente. Si rinnova quest' operazione tre o quattro volte ogni giorno, ed un poco meno quando la malattia è nel suo declinare.

Del resto, non si lascia giammai raffreddare il collirio sull' occhio.

Se i ligamenti interpalpebrali sono corrosi, nei soggetti attempati, un buon mezzo per nettare e per guarire le piaghe ulcerose, consiste nell' applicarvi delle fila imbevute della decozione di scorza di salice e di rabarbaro.

Talvolta, quando perl'influenza continua delle cause irritanti, le escoriazioni dei bordi delle palpebre si estendono di più, particolarmente negl'individui avanzati in età, poco sensibili e di costituzione molle; quan-

(1) Vedete la formula alla nota dell' *ottalmia semplice in generale*.

do esse degenerano in ulcere più o meno estese, che si mostrano refrattarie a tutte le medicature, delle quali abbiamo parlato, si deve usare l'unguento citrino della farmacopea di Londra (1), preconizzato da *James-Ware* (2), e nei casi estremi, si può pur anco ricorrere all'applicazione del nitrato d'argento, raccomandato da *Saint Yves*. Tuttavia l'uso del suddetto medicamento esige molta precauzione. Questi casi ribelli non appartengono nulladimeno alla categoria della *Blefaroblennorrea* semplice, perchè si manifestano, per lo più, in seguito delle differenti malattie discrasiche (accompagnate da cattiva disposizione).

Quantunque la blefarottalmite semplice, poco intensa, non richieda a tutto rigore l'impiego delle medicature interne e generali, pur nonostante esse sono di una grandissima utilità nei casi più gravi, o nei soggetti dominati da una qualche discrasìa, e quando pure quest'affezione è al massimo grado di cronicismo. Allorchè le palpebre sono la sede di secrezione mucosa molto abbondante, oppure cronica, non si deve giammai prescrivere l'uso delle pomate e dei colliri astringenti, prima di avere procurata una derivazione molto forte nel canale intestinale; poichè, quantunque si arrivi spesso ad arrestare sollecitamente lo scolo mucoso con questi mezzi, ne consegue qualche volta la vera debolezza della vista, che non si giunge a vincere che stabilendo per tempo alla pelle un punto d'irritazione, fra l'apofise mastoidea, e l'angolo della mascella inferiore. Il miglior mezzo per agire sul tubo gastro-enterico consiste nel-

(1) Ecco la sua preparazione:

℥. Mercurio purificato. . . . . onc: j.
Acido nitrico . . . . . onc: ij

Mettetela in un bagno d'arena fino a che la dissoluzione sia completa, e mescolatela, ancora calda, con una libbra d'assugna sciolta; in seguito agitate il tutto fortemente in un mortajo di marmo, fino alla consistenza di unguento. Se ne stende una piccola porzione sul bordo delle palpebre la sera coricandosi.

(2) L. c., v. 1, p. 87.

l' amministrazione di forti dosi di calomelano unito alla radica di gialappa; il primo alla dose di cinque a dieci grani, la seconda a quella di uno scropolo a mezza dramma. Nei casi ribellissimi, e nella blefaroblennorrea, si può esibire al malato, sera e mattina, una dose di calomelano, da uno a due grani circa. Quando lo scolo mucoso è molto considerabile, che il soggetto è mal nutrito, e di costituzione debole, corrispondono assai bene la radice di valeriana, di calamo aromatico ec. Del resto, i lassativi leggieri, tali che il solfato di magnesia, o l' elettuario di sena ec. sono molto utili nella pluralità de' casi.

Se la malattia è alimentata da una qualche discrasìa (cattiva disposizione), bisogna pure formare una revulsione col mezzo di uno stimolo mantenuto permanentemente sulla pelle. Questo mezzo è stato biasimato da parecchi medici, che credono avere osservato ch' esso lascia una grande disposizione alle recidive; per altro io non posso far parte di quest' opinione. Finalmente i bagni generali tiepidi non devono esser omessi, il loro uso sembra soprattutto produrre dei buoni effetti nei casi di rossore cronico dei bordi delle palpebre.

OTTALMIA DEI NEONATI.

Ophthalmia neonatorum, ophthalmia purulenta; Oculus purulentus; Purulent ophthalmia of infants, secondo *Ware*, (1) *Blefaroblennorrea; ottalmoblennorrea*, secondo *Adamo Schmidt*; è dessa pur conosciuta sotto il nome d' *Ophthalmia puriformis; Lippitudo neonatorum* (2).

Sintomi. Questa malattia, spesso tanto funesta, incomincia tre, sei, otto, quindici giorni, ed ancora più tardi, dopo la nascita del bambino (3): l' avver-

(1) *Saunders* fa rimarcare con ragione l'inesattezza dell'epiteto *purulento* cui sostituisce quello di *puriforme*.

(2) Questa infiammazione è riguardata quì come una varietà della blefaroblennorrea, e può ancora essere speciale ugualmente che semplice.

(3) *Walther*, l. c., p. 447, etc.

sione alla luce, un leggiero rossore della *congiuntiva palpebrale*, soprattutto verso la commettitura interna (1), il prurito delle palpebre, tali sono i sintomi che la caratterizzano: queste ultime si caricano di mucosità come limaciosa, che si indurisce, e le incolla insieme; se si aprono in questo momento, scolano in copia delle lagrime. La congiuntiva palpebrale è nel medesimo tempo più o meno tumefatta, molle, liscia, un poco elastica, e tramanda facilmente sangue.

L' avversione alla luce e la secrezione mucosa vanno sempre crescendo; il muco prende l'aspetto puriforme, più denso e giallastro; la tumefazione della congiuntiva delle palbebre, e particolarmente della superiore diviene tale, che il rossore, molto più intenso, e secondo l' espressione di *Saunders*, esse gli danno l' aspetto di uno stomaco di feto finissimamente iniettato; l' epidermide della palpebra superiore è ugualmente attaccata da rossezza tendente al livido. allorchè i bambini eseguiscono qualche movimento, si allungano e mandano delle grida; nello stesso tempo il globo dell' occhio è spinto in avanti dai muscoli motori del medesimo. A quest' epoca, se le palpebre sono collegate insieme, e che si aprono dopo avere rammollito il muco con dell' acqua tiepida, si vede scolare, secondo che la malattia è più o meno violenta, una quantità variabile di mucosità, alle volte biancastra, altra volta di un giallo-verdastro, talora mescolata a delle strie sanguinolenti, oppure a sanie simile a del siero. Codesta mucosità è qualche volta talmente abbondante, che si espande in tutta la guancia; spesse volte il globo dell' occhio ne è allora coperto, al segno che si rende impossibile di distinguerne le differenti parti. Nettando la sua superficie, quanto è possibile, si trova, quando non esiste che una *blefaroblennorrea*, che la congiuntiva che ricuopre il globo oculare non presenta che un leg-

(1) A treatise on some practical points relating to the diseases of the eye, by the late *John Cunningham Saunders*. London 1816; p. 37.

giero rossore, mentre che quella delle palpebre è di un rosso intenso, gonfia e bagnata di mucosità. Ma allorquando la flemmasia è stata più violenta, e che nel tempo stesso esiste l' *ottalmoblennorrea,* la congiuntiva del globo oculare è ugualmente molto rossa e tumefatta, al segno che essa ricuopre quasi che intieramente la cornea, della quale non si scorge più che il centro. Se durante il tempo che si esamina l' occhio, i bambini mandano delle grida, e procurano di chiudere le palpebre, accade spesso che la superiore eccessivamente tumefatta, e come sarcomatosa in questa circostanza, si rovescia e dà luogo all' *ectropio*, che non cede, se non si ristabilisce nell' istante col mezzo che noi indicheremo in seguito.

La secrezione del muco puriforme, venendo allora a cessare poco a poco, si vede comparire di nuovo della semplice mucosità, come al principio della malattia, e questa non presenta poi verso il suo termine che uno scolo semplice di lagrime. Se l' azione morbosa si è estesa più oltre senza per altro penetrare profondamente, dopo la malattia non rimane spesso, che l' intorbidamento della *cornea* che in seguito scomparisce talvolta spontaneamente.

Ma quando l' infiammazione è stata forte, e la separazione del muco puriforme molto copiosa, la cornea si gonfia, le sue lamine si scostano le une dalle altre, e ne resulta una specie di vuoto contenente del pus, che termina per aprirsi nel suo mezzo, o rapidamente e con molto dolore, o lentamente e senza dolore, fino a che l' umore acqueo essendo intieramente scolato, l'*iride* si presenta finalmente all'apertura. Se la perforazione della cornea continua ad ingrandirsi, il cristallino stesso può uscir fuori con porzione più o meno grande del corpo vitreo, e portare seco pur anco la distruzione completa del medesimo. Gli effetti di questa malattia non si limitano sempre all' organo della vista; poichè accade spesso che la nutrizione non si fa più, i bambini passano allo stato di emaciazione, e di atrofia, quando anco la malattia non ha assunto questo grado di violenza, e non ha portati dei disordini locali assai con-

siderabili. Allorchè la cornea è nello stato di flacidità, ed è la sede di ulcerazioni le quali divenendo grado a grado più profonde, terminano per distruggere in diversi punti fino all' ultima lamina di questa membrana, l' *iride*, dopo il versamento dell'*umore acqueo* sorte dalle aperture che resultano dalle ulcerazioni, e rappresenta una specie di stafiloma che è stato assomigliato ad un grappolo d' uva, *staphyloma racemosum*.

Quando al principio l' affezione non interessa se non se l' uno dei due occhi, essa non tarda ad attaccare ugualmente l' altro. Nella semplice blefaroblennorrea, come nell' ottalmoblennorrea, si vede talvolta sopraggiungere, prima dell' aumento della secrezione del muco puriforme, un' emorragìa assai forte alla superficie dell' occhio; emorragìa che spesso ricomparisce fino a due o tre volte, e che suol essere di buon' augurio, se il sangue che ne sorte presenta l' aspetto naturale, poichè allora essa fa sperare, per l' avvenire, una secrezione di muco puriforme meno abbondante, e meno distruttiva. Si può pure in questo caso sperare di vedere quanto prima diminuire la tumefazione delle parti ammalate.

Etiologia. Gl' individui giovani, deboli, appena venuti a termine di gestazione, i gemelli, i trigemelli, i bambini nutriti negli ospizi, o nelle case pubbliche di maternità, quelli che sono allevati nelle abitazioni umide, sono le vittime le più ordinarie di questa malattia. I figli nati da madre affetta da leucorrea al momento del parto, sono del pari soggetti a cotesta flemmasia. Allorchè lo scolo leucorreico della madre riconosce una causa venerea, l' affezione del bambino acquista comunemente un' intensità straordinaria. Le osservazioni di tutti i medici che fanno autorità, come *Ph : Fr : Walther*, *Adamo Schmidt*, *Scarpa*, ec., si accordano su questo punto. Ugualmente i fanciulli mal nutriti o di costituzione scrofolosa, che sono esposti immediatamente dopo la nascita all' influenza del freddo o di una corrente d' aria, o alla luce troppo viva; quelli che nella convalescenza della rosolìa o della scarlattina hanno risentita l' impres-

sione del freddo, sono ancora di più soggetti a questa malattia.

La *blefaroblennorrea* e l'*ottalmoblennorrea* non sono meno rare negli adulti dei due sessi, forniti di debole costituzione, che vivono in mezzo all'aria corrotta, e che non fanno uso che di cattivo nutrimento. Ma, in questo caso, esse non fanno mai un corso così rapido, nè sì funesto come nei neonati; in generale esse si modificano, specialmente, secondo i soggetti che ne sono affetti.

Prognostico. Quando la malattia non consiste che nella semplice *blefaroblennorrea*, il prognostico è assai favorevole; imperciocchè se l' infiammazione lascia delle conseguenze, queste si limitano all' offuscamento della cornea, affezione che può esser vinta, o può scomparire da se stessa, oppur anco può talvolta portare l' *ectropio* della palbebra superiore.

Ma quando sopravviene l' *ottalmoblennorrea* e che la cornea non è perforata che in un piccol punto, si stabilisce facilmente l' aderenza parziale dell' iride con questa membrana (*synechia anterior*), e di più una cicatrice più o meno estesa, frequentemente con perdita completa della vista.

Si osserva qualche volta in questi casi, con o senza sinechia anteriore, la cateratta centrale, della di cui formazione non è facil cosa render ragione.

Allorquando nel corso dell' infiammazione l'iride ha contratta, in gran parte od in tutta la sua estensione, aderenza colla cornea, senza che questa sia perforata, nel primo caso si forma lo stafiloma parziale; lo stafiloma completo della cornea, nel secondo. Nulladimeno se vi è atrofia e distruzione completa del globo dell' occhio, rimane in suo luogo un piccolo tumore informe e biancastro; le palpebre piegano in dentro, e si chiudono per sempre.

Cura. Allorchè vien fatto ricorso ai ministri della salute al principio dell' infiammazione (ciò che accade di rado), bisogna costantemente incominciare subito dalla cura antiflogistica, la di cui energia dev' essere proporzionata all' intensità della malattia, ed alla costituzione del soggetto. In esempio, si applica

una sanguisuga alla commettitura interna delle palpebre, al di sopra del sacco lagrimale. Talora la flemmasia svanisce senza il bisogno di far ricorso a cotesto mezzo, e la semplice applicazione di compresse ammollate nell' acqua fredda è a sufficienza. (1)

Si deve nel tempo stesso allontanare tutte le cause della malattia. Il miglior nutrimento pel piccolo malato sarà il latte di buona qualità somministratogli da sua madre o da una nutrice. Nei casi d' imbarazzi del tubo gastro-enterico, come nella mancanza d' evacuazione del meconio, ec., si prescrive un blando lassativo (2). Se la secrezione mucosa aumenta e diventa puriforme, bisogna sbarazzare l' occhio della eccessiva mucosità che lo ricuopre, lavandolo frequentemente, o facendovi delle iniezioni di un collirio tiepido (3) per mezzo dello schizzetto

(1) Il fu dottor *Saunders*, oculista inglese, uno degli autori che hanno più di recente scritto su questo argomento, era più ardito nell' uso del metodo antiflogistico; egli applicava delle sanguisughe intorno all' occhio, e le lasciava sgorgare fino a che il bambino non diventava pallido, talchè questa sottrazione locale facesse nel tempo stesso l' officio di salasso generale. Dopo ventiquattr' ore il pericolo era molto diminuito, in seguito faceva ricorso all' applicazione locale dei leggieri astringenti. Quest' autore rigetta le scarificazioni della congiuntiva, consigliate da *Ware*, e dopo lui da *Reil*, etc. nel timore di attaccare troppo dolorosamente un organo così delicato e sì irritabile e perchè l' evacuazione del sangue che ne resulterebbe sarebbe sempre inferiore e sproporzionata alla gravezza della malattia.

(2) La massima parte dei medici usano in questo caso un miscuglio di magnesia e di rabarbaro sotto forma d' elettuario. *Beer* e molti altri raccomandano al principio della malattia l' amministrazione di un purgativo energico, composto di calomelano e sciarappa. *Saunders* dà del rabarbaro col calomelano quando la magnesia unita al rabarbaro gli sembra agire troppo debolmente.

(3) Bisogna far uso, a quest' effetto, della dissoluzione raccomandata da *Saunders*, e composta di un grano di solfato di zinco in un' oncia di acqua distillata, alla quale si può aggiungere un poco di mucillaggine di cotogno. Si può pure usare con vantaggio la mistura seguente proposta da *Adamo Schmidt Bib. ophtalmol. de Himly et de Schmidt* vol. III. cah. V, p. 107)

d'*Anel;* ciò fatto, l' occhio dev' essere asciugato con un panno fine caldo, ed in seguito ricoperto con una compressa preventivamente fregata con canfora, oppure vi si applica un piccolo sacchetto ripieno di erbe aromatiche.

Stabilita una volta la suppurazione, se si presentano delle esulcerazioni sulla cornea, è infinitamente utile di fare sull' occhio malato delle fomente di laudano del Sydenham (1) una o due volte per

℞. Acqua distillata	onc: x.
Solfato di zinco	ϑ ß
Acetato di piombo	ɔ j
Acquavite canforata	ʒ ij
Mescolate	

Si lava l' occhio con questo miscuglio tre o quattro volte nella giornata. Quando la secrezione mucosa è talmente abbondante da essere obbligati a repetere l'operazione ogni due o tre ore, bisogna diminuire al meno della metà le proporzioni, non rapporto all' acqua ma alle sostanze che entrano nella composizione del collirio. Bisogna al contrario renderlo più attivo allorchè trattasi di bambini più avanzati o di soggetti adulti. Io ho per sistema di non aggiungere al collirio acquavite canforata almeno nel principio, perchè essa non agisce in questo caso costantemente con vantaggio, come me ne sono convinto più d'una volta. Io non l' uso che con molta precauzione, se non quando conosco bene il grado d' irritazione dell' occhio malato.

(1) *Ware*, *Schmidt*, *Reil*, *Scarpa*, e molti altri in luogo del laudano liquido si servono del liquore di *Bate*, il quale essendo molto astringente, arresta sollecitamente lo scolo mucoso;desso si compone nel modo seguente:

℞. Solfato di Rame	ana onc. jv
Bollo Armeno	
Canfora	onc. j.
Polverizzate e mescolate.	

Sopra un' oncia di questo miscuglio si gettano quattro libbre d' acqua bollente; si ritira in seguito dal fuoco, e si lascia chiarificare. Per usarlo, si prende una dramma di questa dissoluzione, che si allunga con due oncie di acqua comune. *Beer* asserisce nonostante non avere ottenuto alcun successo da questo collirio. *Saunders* non usò mai per l' ottalmia dei neonati degli astringenti più forti della dissoluzione di zinco indicata,

giorno. Se, con questa cura, lo scolo del muco puriforme va continuamente diminuendo, e che si veda ciononostante scorrere molta mucosità tenue di colore biancastro; oppure allorchè la congiuntiva presenta l' aspetto come granuloso, le pomate mercuriali usate in simili casi corrispondono egregiamente, (1) vi sieno o no uniti degli stittici, avvertendo d'interrompere, durante il loro uso, l'applicazione dei collirj; allora la malattia si arrende frequentemente in pochi giorni. I leggieri offuscamenti della cornea che rimangono dopo la cessazione dell' infiammazione, svaniscono di sovente di per se stessi, come noi l'abbiamo digià detto: si può nondimeno accelerare la loro scomparsa, usando con precauzione la pomata di *Janin*.

Non si deve aprir l'occhio che di rado per quanto è possibile, e costantemente colla maggior precauzione, ad oggetto di evitare la formazione dell' ettropio; nè bisogna giammai farlo nel momento in cui i bambini hanno degli stiracchiamenti muscolari, nè quando sbadigliano, o mandano delle grida. Allorquando l'ettropio è formato, bisogna affrettarsi di ridurre al più presto la palpebra, procedendo nel modo seguente, dietro i precetti di *Schmidt*. Dopo avere spalmato l' apice dell' indice e del pollice di ciascuna mano con del burro fresco *non salato*, si prendono colle indicate dita i tarsi nelle commettiture interne ed esterne; si sollevano leggiermente un poco in alto, e si riabbassano nel momento. Quando la tumefazione della *congiuntiva* è molto estesa, quando presenta una certa resistenza ed è granulosa, per farne la riduzione, bisogna appoggiare fortemente i due pollici su questa parte così tumefatta, soprattutto verso la metà della

od una soluzione da' due a'sei grani d' allume in un' oncia di acqua distillata. Questi due topici gli bastavano costantemente e la malattia scompariva ordinariamente nello spazio di quattordici giorni o tre settimane. Gli astringenti più attivi, dic' egli, accrescono spesso lo scolo mucoso, e rinnovano l' infiammazione. (V. l, c., p. 49.)

(1) Per esempio la pomata di *Janin* o delle semplici mescolanze di grasso e di mercurio precipitato-rosso o di deutossido di mercurio, etc.

palpebra. Se cotesto mezzo non corrisponde, bisogna aspettare la terminazione dell' ottalmia, e trattare allora l' ettropio come una malattia consecutiva.

Ecco quanto concerne i mezzi locali. Relativamente poi alla cura generale, durante il periodo blennorroico della malattia, è necessario amministrare il *calamo aromatico*, o *la china-china*, uniti all' etere solforico o acetico, ed all' oppio (nei casi nei quali la secrezione del muco puriforme minaccia la consunzione del malato). Nei bambini di un mese, dopo la loro nascita, si sono impiegati con successo sei grani di estratto di china, mescolati colla loro pappa, od in altro veicolo, che si fa loro prendere ogni quattr' ore.

Nel corso di sei anni, io ho dovuto medicare duecento circa bambini affetti da questa malattia, ed ora io esporrò in poche parole il metodo curativo da me praticato, e che, fino a questo momento è stato coronato dal successo il più sollecito possibile, imperocchè sono sempre arrivato ad allontanare il periodo il più minaccioso in otto giorni, tutto al più, ammeno che la cornea già non fosse distrutta dalla suppurazione, o che un' ulcera considerabile non fosse al punto di perforare questa membrana. Relativamente all' estinzione totale della flogosi, non si giunge mai ad ottenerla che al fine di tre o quattro settimane. Se io vengo consultato nel momento in cui l'affezione è ancora nel suo primo periodo, ciò che non succede tanto spesso, io faccio raramente applicare una sanguisuga nei bambini pur anco robusti; ma ordino piuttosto un purgante composto di un grano o di un grano e mezzo di calomelano, di radica di rabarbaro, di carbonato di magnesia, e zucchero. Nello stesso tempo faccio applicare continuamente dell'acqua fredda sull'occhio.

Devo ciò non pertanto confessare che non mi è offerta tanto spesso l' occasione di applicare sia delle sanguisughe, sia dell' acqua fredda, poichè ho raramente riscontrata la malattia nel suo primo periodo; ma ho anzi costantemente dovuto giovarmi del purgativo di cui ho parlato. Se la secrezione

mucosa è di già stabilita, e che non esistono nè ulcere sul globo dell' occhio, nè altre disorganizzazioni, io faccio uso del collirio tiepido, composto come segue:

℞: Solfato di Zinco . . . . . gr. ij a v.
Acqua di rose. . . . . ℥ vj a viij
Mucillagine di gomma arabica. ℥ ß.
Mescolate.

Tutto il buon resultato dipende per lo più dall' uso di quest' ultimo rimedio.

Ecco il modo con cui me ne servo: Dopo avere umettate le palpebre, ad oggetto di facilitare il loro decollamento col mezzo di un pannolino fine inzuppato nell' acqua tiepida, e dopo averle divaricate con molta precauzione, io procuro di detergere leggiermente tutto il muco puriforme che si trova fra le palpebre ed il globo dell' occhio. Essendo tolta la mucosità quanto è possibile, istillo fra le palpebre qualche gocciola del collirio che ho indicato; le faccio muovere in modo da aprirle e chiuderle alternativamente. Dopo questa manovra si presenta una nuova quantità di muco lungo la fenditura palpebrale; si toglie pure essa col mezzo di pannolino fine inzuppato nell'acqua tiepida. S' introducono così, e reiteratamente delle gocciole di collirio fra le palpebre, allontanando ogni volta la mucosità che vi si è di nuovo accumulata. Interessa assaissimo che quest'ultima sia levata completamente quanto è possibile, poichè è dessa che esercitando un' azione caustica sul globo dell' occhio, genera le ulceri che perforano la cornea, e contribuiscono essenzialmente alla totale distruzione della vista. Ammaestrati in quest' operazione i parenti del bambino, la ripetono, più o meno frequentemente, secondo l' intensità della blennorrea, sei, e dieci volte il giorno, e due o tre la notte.

Se si è riusciti a diminuire la secrezione muccosa, o che si scorgano, nel loro nascere, delle ulceri sulla cornea, si deve immantinente far ricorso al seguente collirio.

℞. Solfato di Zinco . . . . . gr. iij a vj.
Acqua di rose. . . . . ℥ vj a viij.
Mucillagine di gomma arabica. ℥ ß.
Acetato di piombo . . . . ʒ ß a ℈ ij.
Mescolate.

Se si usa il suddetto collirio colle medesime precauzioni che il precedente, si vede sollecitamente scomparire il pericolo; al termine di otto o dieci giorni la secrezione mucosa diminuisce, il suo prodotto perde di già della sua consistenza, ed il colore lattescente diventa più tenue, e diafano. Io impiego nel tempo stesso, come nel principio, delle compresse asciutte, e calde di pannolino, alle quali sostituisco in seguito dei sacchetti di erbe aromatiche, ugualmente asciutti e caldi. Verso la fine è utile di aggiungervi della canfora, sostanza il di cui uso è indicato pur anco prima di quest' epoca nei soggetti deboli. Se la blennorrea è violentissima, e se dopo cinque giorni dell' uso degli esposti rimedj essa non è diminuita notabilmente, bisogna di nuovo far ricorso al purgativo di calomelano e di rabarbaro. Quando finalmente la secrezione muccosa è diminuita insensibilmente, quando il periodo il più minaccioso è allontanato, ma quando la congiuntiva palpebrale comparisce sempre tumefatta, e quasi vellutata, io aggiungo al collirio qui sopra prescritto, una dramma, ed ancor piu, di laudano liquido del Sydenham. Se il bambino è debolissimo, e sembra dimagrare, ciò che succede assai di spesso io faccio prendere la composizione che appresso, secondo le circostanze, sia al principio del secondo periodo, sia anco più tardi.

℞. Estratto di china. . . . . ℈ ij a ʒj.
Acqua di cannella. . . . . } ana ℥ j.
Siroppo di scorza d'arancio. . }
Tintura acquosa di rabarbaro. ʒ j.
Mescolate e fate prendere una cucchiajata da caffè ogni due ore.

Alla suddetta mistura io aggiungo qualche goc-

ciola d' etere nitroso, nel caso in cui il bambino non sembri soverchiamente debole o troppo delicato. Bisogna in generale avere riguardo alla costituzione dell' individuo ; così quest' ultimo mezzo è indicato nel principio, in que' soggetti dei quali i tratti della fisonomia sono sparuti, esprimenti quasi la vecchiezza; in tal caso, io l' amministro unito a due o tre dramme della dissoluzione d' acetato di potassa. È in oltre necessario prendere in considerazione la costituzione degl' individui, le circostanze che li circondano ; in esempio , l' abitazione non deve essere umida, come ciò accade in quelle situate al livello del terreno ; interessa al contrario ch' essa sia asciutta, propria, e calda. Egli è utile di bagnare tutti i giorni i piccoli malati ; in questo caso la nettezza non può mai eccedere per il troppo. È pur evidente che è indispensabile non perdere di vista lo stato della madre , o della nutrice, se il bambino è ancora lattante.

Quando del complesso della malattia, non rimane se non se un agglutinamento poco considerabile delle palpebre, e ch'io scuopro delle nuvolette sulla cornea, o delle cicatrici prodotte da ulceri , le quali avendo sempre una superficie nebulosa , che diminuisce più o meno la trasparenza di questa membrana, io faccio applicare, fra le palpebre, due volte ogni giorno una piccolissima quantità della seguente pomata (del volume del capo di uno spillo ordinario.)

℞. Deutosssido di mercurio. . .	gr. j: ß a ij.	
Bollo armeno.	} ana gr. iij.	
Protossido di zinco		
Assungia fresca. , ...	ʒ j.	

Se in oltre scorgo dei tumori sarcomatosi della congiuntiva, aggiungo alla pomata un mezzo scropolo, od anco uno di laudano liquido del Sydenham.

GRANO D' ORZO SEMPLICE :

Orzajuolo ; Hordeolum, Crithe, (ΚΡΙΘΗ)

È estremamente raro che questa infiammazione circoscritta, che ha la sua sede ordinaria in una delle cripte meibomiane , o soltanto nel tessuto cellulare , si presenti nello stato semplice ; poichè per lo più si complica con alcune discrasie , e particolarmente colle scrofole.

Nel primo periodo , dopo cioè che il malato ha provato la sensazione di tensione , e di vivo prurito si vede svilupparsi in uno dei bordi palpebrali un piccolo tumoretto infiammatorio circoscritto, il quale aumentando di volume, impedisce il movimento della palpebra. Questo tumore diventa in seguito di un rosso carico ; esso acquista della durezza , ed ancora maggior sensibilità verso la fine del periodo. È desso rotondeggiante, talvolta pure reniforme, ed è in quest' ultimo caso che acquista il più gran volume di cui è suscettibile; rimane però sempre uniformemente elevato e lucente ; finalmente, le palpebre s'incollano insieme più o meno durante la notte.

Nel corso del secondo periodo , il rossore aumenta rapidamente, e prende un aspetto rosso-bruno; il tumore diventa conico, il malato soffre la sensazione di gravezza nella palpebra ; presenta allora nella sua sommità un punto rammollito , rosso giallastro , che , aprendosi , lascia colare del pus , poscia si abbassa tosto con tutto il tumore, oppure non diminuisce di volume che dopo avere suppurato pel corso di qualche giorno; ciò accaduto ha luogo la guarigione, e si vede formare la cicatrice. L' orzajuolo fa qualche volta il suo corso rapido ed acutissimo , talchè spesso, nello spazio di ventiquattr' ore, è già arrivato allo stato di suppurazione, rende della materia giallastra, e leggiermente densa. Ordinariamente, in questo genere d' infiammazione, il pus impiega assai più tempo a formarsi. Frequentemente la sua formazione non si ottiene se non se dietro l' uso dei cataplasmi continuati per più settimane, ed allora esso è gros-

so, e di consistenza simile a quella del formaggio. Cotesta forma cronica dell'orzajuolo è altresì quella che ha maggior tendenza a recidivare.

Si può considerare come causa della malattia, indipendentemente dalle lesioni esterne, soprattutto, l' introduzione dei corpi estranei, e specialmente della sabbia grossa. Questa stessa affezione si presenta assai di spesso nei lavoratori di pavimenti, nei segatori di pietre, nelle persone che travagliano sulle grandi strade, frequentate, o che esercitano altre professioni analoghe. Quando l'azione di alcuna di queste cause sulle palpebre è frequentemente ripetuta, ne resulta la disposizione alle recidive, che termina per farsi stazionaria, non già per le impressioni esterne, ma per la diatesi esistente simultaneamente, che minaccia allora di manifestarsi verso gli occhi.

Il professor *Beer* non ha giammai riscontrato l'orzajuolo se non se negl' individui dediti ad ubriacarsi spesso, ed in quelli dotati di forte costituzione. Ciononostante un orzajuolo, sopraggiunto in questa circostanza, non può essere costantemente riguardato come semplice.

Si può, per lo più, guarire la malattia nel primo periodo allontanando dalla persona che ne è attaccata le cause determinanti; ma allorquando l' influenza di queste continua fino al secondo periodo, la suppurazione è facilmente sospesa, e vi rimane un tumore duro, insensibile, ovale, appena rosso, che si chiama *grandina*, *chalazion*, *grando*, *lythyasis*, *tophus*, *porosis*, ec. Si ottiene la risoluzione di questa infiammazione, nel suo primo periodo, per mezzo di applicazioni spesso ripetute sull' occhio, di compresse imbevute di acqua fredda o d' ossicrato, oppur anco si usa del ghiaccio, il di cui effetto è spesso prontissimo.

Nel secondo periodo, è necessario favorire la suppurazione coll' applicazione dei cataplasmi di midolla di pane cotta nel latte, e mescolata ad una certa quantità di zaffrano; i cataplasmi di polpa di mele, ec., possono convenire ugualmente

Con tali mezzi si ottiene facilmente l' apertura

spontanea dell'ascesso, e la rapida guarigione; applicando in seguito sul piccolo tumore il cerotto di diachylon composto. Del resto, bisogna aver riguardo, prima che si formi l'ascesso, di far fondere ogni indurimento che potrebbe esistere intorno del tumore, ad oggetto che non si formi alcun *tofo*, o *grandina*, imperciocchè mancando di tale precauzione, vi resta una disposizione alle recidive, che resulta dalla presenza della superstite durezza. Per prevenire la frequenza delle recidive, il Dott. *Benedict* (*Handbuch der prakt. Augenheilkunde*, I. Bd., p. 227) raccomanda l'uso, durante qualche giorno, del calomelano a piccole dosi, o dell'etiope antimoniato, mezzi ch'io adopro con vantaggio da gran tempo soprattutto nei casi ove esiste disposizione o affezione scrofolosa. Quest'autore consiglia in oltre di usare per qualche tempo, all'esterno, la pomata seguente:

℞. Deutossido di mercurio sottilmente polverizzato. . . . gr: vj.
Acetato di piombo . . . } ana gr: ij.
Detto di rame cristallizzato. }
Bollo bianco . . . . . gr: jv.
Burro fresco non salato. . . ʒ. iij.

Mescolate esattamente per fare una pomata, che dev'essere usata tutti i giorni, od ogni due almeno.

Tumore erisipelatoso semplice della commettitura interna.

Ankylops erysipelatosa (ΑΓΚΥΛΗ, *angolo*, e ΩΨ, *occhio, viso.*)

Si confonde spesso questa malattia coll'infiammazione del sacco lagrimale.

Sintomi del primo periodo. Questa infiammazione è accompagnata da tutti i segni caratteristici dell'infiammazione erisipelatosa semplice delle palpebre, sulle quali essa si estende, ancora assai di frequente.

Siccome l'infiammazione nel caso in discorso at-

tacca contemporaneamente le papille ed i condotti lagrimali, l'assorbimento delle lagrime è interrotto, perchè le prime sono contratte. Fintanto che l'affezione non interessa il sacco lagrimale, il tumore che occupa la commettitura interna delle palpebre non presenta una gran durezza; ma allorquando partecipa pur esso dell'infiammazione, nell'esaminarlo attentamente, si sente sotto il punto attaccato dalla flogosi erisipelatosa, un'eminenza dura, reniforme che si può talvolta distinguere ancora dal rossore più deciso e che annunzia un'intensissima infiammazione della parete anteriore del sacco lagrimale. Le papille lagrimali sono indurite, i punti lagrimali intieramente chiusi, la fossa nasale del lato ammalato è asciutta, e di tale sensibilità, che la menoma irritazione provoca dei violenti starnuti.

Sintomi del secondo periodo. Si osservano ugualmente qui i principali fenomeni che caratterizzano il secondo periodo della blefarottalmite erisipelatosa legittima. L'assorbimento delle lagrime incomincia di nuovo a farsi, e la caruncola lagrimale separa gran quantità di mucosità, della quale dessa è intieramente coperta. In qualche caso si fa detta separazione di muco fino nel sacco lagrimale, il di cui prodotto può essere spremuto per i punti lagrimali, o per il naso, col mezzo di leggiera pressione.

Allorchè l'infiammazione si è sviluppata con vigore sulle papille lagrimali, ugualmente che nei condotti, l'assorbimento delle lagrime non si ristabilisce durante tutto questo periodo; ma rimane spesso per lungo tempo lo scolo di lagrime (*stillicidium lacrymarum*) prodotto dall'atonia di quest'organo. Quando il sacco lagrimale è stato fortemente infiammato durante il primo periodo, vi si rimarca, nel corso del secondo, una collezione di muco considerabilissima. Questa mucosità non può essere evacuata nè per i punti lagrimali, nè per il canale nasale, ma la suppurazione che si forma al di fuori del medesimo penetra in seguito più profondamente, e termina per perforare la parete anteriore del sacco lagrimale stesso, soprattutto quando la malattia è stata negletta, e

costituisce allora quello stato che il Professor *Beer* chiama *Fistola lagrimale falsa*, perchè il pus non essendo formato nello stesso sacco lagrimale, non è penetrato dal di dentro al di fuori, ma al contrario è giunto ad espandervisi distruggendo la sua parete dal di fuori al di dentro. Gli ascessi che non penetrano nel sacco lagrimale, e che non hanno la loro sede che nella caruncola lagrimale, etc., sono chiamati da *Beer* ulcera semplice dell'angolo interno dell'occhio (*egylops simplex.*) Egli arriva a distinguerla dalla fistola lagrimale falsa, col mezzo della sonda ed in parte facendo una leggiera pressione sulla fistola che ne fa sortire della mucosità, del pus, e delle lagrime che non sono mescolate fra loro; le distingue altresì alla quantità dell' umore che ne sorte, e che è molto meno considerabile nell' egilope semplice di quel che nella fistola lagrimale falsa.

Etiologia. Quest' affezione si presenta sovente nelle persone fornite di pelle *vulnerabile* (1) o sensibilissime, che si espongono ad una corrente d' aria fredda dopo avere versate molte lagrime. Del resto, le cause che determinano la blefarottalmite erisipelatosa ponno ugualmente dar luogo alla malattia che ci occupa in questo momento.

Prognostico del primo periodo. Il prognostico è favorevolissimo se la malattia è semplice, e non è trattata oppostamente alla sua natura. Tutto al più può rimanere dopo di essa l' epifora temporaria prodotta dall' atonia dei punti lagrimali, epifora che si osserva particolarmente quando i malati si espongono all' aria fredda. Ma il prognostico è molto meno favorevole se l' infiammazione ha occupato nello stesso tempo il sacco lagrimale; poichè, in tal caso, si fà assai di spesso una perforazione della parete anteriore del nominato serbatoio, e se la malattia non è curata

(1) Gli individui particolarmente di capelli biondi che hanno la pelle fina, delicata floscia, rossastra e lucente, le di cui guance sono ricche di vasi sanguigni hanno, secondo *Adamo Schmidt*, la pelle *vulnerabile*. Questi individui arrossiscono facilmente, sono inclinati alla erisipela, e tollerano difficilmente l' applicazione delle pomate grasse, senza provarne dei cattivi effetti.

convenevolmente, ne resulta ben di frequente la blennorrea del sacco lagrimale stesso.

Si può fare il prognostico vantaggioso, quando durante il secondo periodo la suppurazione rimane circoscritta alla superficie; ma dev' essere meno soddisfacente se si forma un ascesso, ed è anco assai più increscevole allorchè si è di già formata una fistola lagrimale falsa, poichè vi è allora a temere che non ne resulti solamente la blennorrea ribelle, ma anco la distruzione totale dei dutti lagrimali, e conseguentemente l' epifora incurabile.

Nell'ultimo caso siamo costretti a distruggere la membrana mucosa del sacco lagrimale, e, per così dire, il sacco in totalità, ad oggetto di assicurarsi di prevenire un'altra malattia di quest' organo, conosciuta sotto il nome *d' idropisia del sacco lagrimale.*

Cura. I mezzi i più convenienti pel primo periodo, sono l' applicazione di acqua fredda e l'esposizione della parte ammalata all' aria fresca o fredda.

Nel secondo stadio, la cura dovrà essere la medesima che per l' infiammazione erisipelatosa della palpebra nel medesimo periodo; colla sola differenza che se il sacco lagrimale è nel tempo stesso ammalato, bisogna impiegarvi un' attenzione particolare. Se per conseguenza si forma un ascesso, bisogna quanto è possibile occuparsene onde farlo arrivare senza indugio al suo termine per mezzo dell' applicazione di cataplasmi amolienti, nè mai aspettare che si apra spontaneamente; conviene servirsi piuttosto dell' istrumento tagliente subito che la fluttuazione è sensibile; tale è il miglior mezzo di prevenire l' errosione del sacco lagrimale. Ma tuttavolta che quest'ultimo accidente è sopraggiunto, non bisogna sondare che il meno possibile; si deve tutto al più detergere l' ascesso una volta ogni giorno per mezzo dello schizzetto d' Anel, con acqua tiepida, alla quale si aggiunge un poco di laudano, introducendo in seguito con precauzione (e soltanto nella parte anteriore della piaga) poche fila imbevute di questo medicamento, ad oggetto di non opporre alcun' ostacolo alla solida cicatrizzazione del sacco lagrimale.

Il focolare dell' infiammazione non esiste sempre immediatamente al di sopra del sacco lagrimale, ma trovasi qualche volta situato più alto ; questo caso non esige niente meno l' attenzione del medico del secondo periodo, imperciocchè se si trascura, o che non si medichi nel modo che si conviene, in esempio, se non si apre in tempo l' ascesso, o che l' apertura non sia mantenuta fino a guarigione completa, il pus, non passando facilmente a traverso la parete anteriore del sacco lagrimale, può aprirsi una strada al di sopra, e penetrare nell'orbita. Può in tale dolorosa circostanza, ch'è la più grave, resultare l' errosione del periostio, seguita dalla carie di uno o di più ossa dell' orbita. Si riconosce o per mezzo dello specillo metallico, oppure dalla comparsa di bottoni carnosi rossi, dolorosissimi, che mandano sangue al minimo contatto, ed i quali si sviluppano alle volte all'apertura del canale fistoloso. A malgrado che in questi casi la malattia non offra de' pericoli particolari, la cura è generalmente lunghissima, e dev'essere seguitata con molta attenzione.

La situazione profonda della carie, ugualmente che la prossimità del globo dell'occhio, e l'angustia di tutto il canale fistoloso, si oppongono spesse fiate all' uso dei topici convenienti. Se si abbandona alla suppurazione (che suol essere poco abbondante) la cura di separare le porzioni ossose cariate, e che queste sieno ad un pollice di profondità, il tempo necessario all' esfogliazione può essere da'sei a' dieci mesi.

Quando una simile dispiacente circostanza si presenta, bisogna, prima di tutto, allargare, se ciò è possibile, l'orifizio esterno, evacuare il pus una volta ogni giorno, injettandovi con delicatezza dell'infusione di ruta (*ruta graveolens*) filtrata, e contenente un poco di laudano liquido. S' introduce in seguito fino al fondo del canale fistoloso uno stuello di fila bagnato nella mistura composta di una parte di tintura d'assa-fetida, e di due parti di soluzione di mirra. Si ottiene un' esfogliazione ancor più pronta, se si può far penetrare fino al fondo del tragitto fistoloso una piccola quantità del miscuglio seguente.

℞. Assa-fetida. . . . . } ana ʒ j.
Mirra. . . . . }
Trementina di Venezia. . . . }
Olio di Sabina . . . . . goc. v a viij
Mescolate.

Allorquando il canale è ristretto a motivo delle granulazioni carnose, si possono distruggere usando prudentemente della pietra infernale, o del precipitato rosso; si può pur anco aggiungere qualche grano di quest' ultimo al miscuglio che noi abbiamo indicato. Quando colle cure da noi raccomandate non si è arrivati a guarire la carie, di cui uno si assicura per mezzo della sonda, si introducono a poca profondità degli stoelli di fila bagnati nel laudano liquido del Sydenham, e ordinariamente la fistola si chiude in seguito da se stessa, non lasciando verso l' angolo interno dell'occhio che una piccola cicatrice profonda. Se io sono entrato in particolarità sì minuziose su quest' incidente, egli è perchè fino al presente non se n' è presso che fatta menzione.

Ferite della regione oculare e delle palpebre.

Le ferite meritano la più grand' attenzione, non tanto perch'esse possono dar luogo a delle deformità incurabili delle parti lese, ma perchè esse possono in oltre disturbare, ovvero anco annientare completamente le funzioni della retina.

Le ferite orizzontali della fronte, se sono considerabili, e pochissimo lontane dal sopracciglio, devono essere con ogni sollecitudine riunite, affine d' impedire che la pelle non s'infossi, nè dia luogo ad una deformità disgradevolissima, cioè all' allontanamento dei tegumenti comuni della palpebra superiore, oppuranco un prolasso di quest' ultima, (*blefaroptosi.*) Se la ferita è estesissima, e che abbia luogo in una persona avente abitualmente la fronte aggrinzata, e che la pelle sia alquanto floscia, non bisogna limitarsi ai cerotti agglutinativi, ma è necessario al momento riunire con qualche punto di suttura,

applicare poi delle striscie agglutinative, ed una fasciatura conveniente.

Le ferite verticali della pelle della fronte, per la loro riunione non esigono che delle striscie agglutinative ed una fasciatura unitiva. Quelle oblique di questa parte non necessitano, spesso, se non che il primo dei nominati mezzi, ma in altri casi richiedono esse pure l' uso della suttura cruenta. È interessantissimo, in tutte le ferite semplici della fronte far di tutto per impedire l' infiammazione e la suppurazione, che non potrebbero che ritardarne la guarigione. L' ultima di queste essendo in principio di buona natura, può pure divenire saniosa, da cui resulta assai di spesso (quando particolarmente alla suppurazione ne consegue una perdita di sostanza) l' ettropio della palpebra superiore, oppuranco l'impossibilità di chiudere completamente le palpebre, cioè lo scorciamento di questo velo mobile, l'occhio di lepre, (lagophthalmos.) Bisogna astenersi di riunire la ferita di prima intenzione quando le ossa sono state scalfite e sminuzzate. Non si può tentare alcun modo di riunione, se non quando le lesioni sofferte dalle ossa sono semplici e senza schegge. Le contusioni alla ragione frontale esigono il medesimo trattamento che quelle di qualunque altra parte del corpo; delle applicazioni cioè di acqua fredda con acetato di piombo liquido, al quale si sostituisce in seguito un poco di vino o d'alcool. Ma se queste contusioni sono state molto forti e che ne sia resultato la lacerazione completa delle parti molli, è sovente necessario di asportarle, e di convertire la parte in piaga semplice come se fosse prodotta da istrumento tagliente; e si trattano in seguito ugualmente che quelle che sono semplici con perdita di sostanza. In tutti i casi di violenti contusioni della fronte, che sono accompagnate da commozione del cervello, è necessario, dopo avere fatto un salasso, di continuare per qualche tempo l' uso dei leggieri purgativi, atti a promuovere tre o quattro dejezioni alvine ogni giorno.

Il prognostico di queste ferite della pelle della

fronte è favorevole, se il malato è assai docile nel guardare il conveniente riposo ; ma dev' essere altrettanto più spiacevole se la piaga è stata trascurata per indocilità, od altra causa analoga poichè può facilmente accadere che il nervo frontale sia stato leso, e che ne sopraggiunga della suppurazione di cattiva natura, che la cicatrizzazione sia susseguita da incipiente amaurosi, oppur anco dalla perfetta che è allora accompagnata da dilatazione o da ristringimento straordinario della pupilla. Il professor *Beer* attribuisce questa debolezza amaurotica della vista o l' amaurosi perfetta alle stirature ed alla tensione delle ramificazioni del nervo frontale , prodotte da cicatrice viziosa ; esso le guarisce per mezzo d' incisioni ardite , fatte nella regione del foro sopra-orbitale , penetrando fino all' osso.

Questa specie d' amaurosi consegue spesso alle lesioni , che non sono che poco considerabili , e si presentano dopo la cicatrizzazione completa delle medesime. Nelle lesioni più gravi , essa può comparire immediatamente ; non è allora sempre un effetto della lacerazione del nervo frontale, ma può ancora provenire dalla commozione delle parti interne dell' occhio , od anco dalla lacerazione della retina medesima.

Si riconosce che l' amaurosi dipende da debolezza dell'occhio, prodotta dalla commozione, quando non esiste nè contusione , nè lacerazione significante nella regione ove si ramifica il nervo frontale , e quando l' iride dell' occhio che è affetto da cecità completa o parziale , è assolutamente immobile , e apertissima mentre ne resulta talvolta il ristringimento considerabile della pupilla medesima. Ma quando, indipendentemente dagli esposti fenomeni , vi è effusione di sangue nelle camere dell'occhio , o solamente del dolore oppressivo, profondo in tutto il globo oculare, accompagnato da sensibilità tale dell' organo che non può sopportare il più piccolo contatto; che la visione è completamente abolita; che il malato non può tollerare il minimo raggio luminoso, l'offesa della retina è sicura , e si può prognosticare la cecità incurabile.

Quando l'amaurosi istantanea non riconosce per causa che una contusione, lo stiramento, e la lacerazione imperfetta di una o più delle principali ramificazioni del nervo frontale, i fenomeni che si rimarcano nel globo dell'occhio sono differenti, poichè a malgrado che sia colpito da cecità, conserva ciononpertanto, in questo caso, maggiore o minore facoltà di scorgere la luce; e quantunque l' iride sia ugualmente immobile, si trova la pupilla, non tanto sfraordinariamente dilatata, ma la prima è ancora molto più stretta nei punti della sua circonferenza, che corrispondono alle commettiture delle palpebre, di quel che in alto ed in basso, in modo tale che l' apertura pupillare sembra ravvicinarsi, per la sua configurazione, a quelle degli animali ruminanti. Il bordo libero dell'iride si presenta talmente rovesciato in dietro, che non si distingue più niente del piccolo circolo di questa membrana.

Allorquando l' amaurosi è l' effetto di una contusione e della lacerazione simultanea del nervo frontale, si riscontrano riuniti i segni caratteristici che abbiamo enumerati; soltanto la dilatazione della pupilla è allora sì considerabile che l'iride sembra essere affatto, o presso che intieramente scomparsa.

Da quanto si è detto resulta, che l' amaurosi consecutiva alle lesioni della regione sopraccigliare, può avvenire da quattro circostanze differenti, cioè 1.° in sequela di stiramento e della tensione violenta delle principali ramificazioni del nervo frontale: in questo caso essa è esclusivamente la conseguenza di cicatrice viziosa, e si sviluppa o durante la formazione della medesima od anco dopo; 2.° per semplice commozione o per assoluta lacerazione della retina, e per lo spostamento di molte altre parti interne del globo dell' occhio: in questi due casi d'amaurosi, la cecità sopravviene immediatamente dopo la lesione, essa è incompleta nel primo, perfetta nel secondo; 3.° per la contusione e lacerazione imperfetta delle ramificazioni del nervo frontale: qui la debolezza della vista, e raramente l' amaurosi perfetta, succedono pure alla lesione, ma meno sollecitamente

che nei casi precedenti; 4.° finalmente, per violenta commozione del globo dell'occhio e delle parti vicine, e nel tempo stesso per la contusione e lacerazione del nervo frontale: in questo caso la cecità amaurotica si presenta al momento della lesione stessa.

Le ferite della regione temporale, dopo le osservazioni fatte fino a questo giorno non apportano danno alcuno alla visione. Si devono trattare secondo le regole conosciute della chirurgia.

Le ferite della regione palpebrale inferiore possono del pari cagionare, non solamente l'ambliopìa amaurotica, ma puranco l'amaurosi perfetta; come ciò ha luogo nei casi, ove il nervo sotto-orbitale essendo stato leso, la informe cicatrice che ne resulta, comprime e stira le sue ramificazioni. Un esempio di tal genere è riportato da *Arnemann* (1), nonostante quest'accidente si rimarca assai più raramente di quello nelle lesioni della regione sotto-orbitale; ciò dipende, senza dubbio, che il nervo di questa regione è molto più difeso contro le lesioni esterne.

Ma le ferite della nominata parte, che sono susseguite da suppurazione, offrono assai più forme di deformità della palpebra inferiore; i bordi della piaga avvicinandosi mercè la cicatrizzazione possono facilmente dar luogo a degli ettropi della palpebra inferiore. Diventa conseguentemente indispensabile in questo caso di chiudere le palpebre per mezzo delle striscie agglutinative, e di tenere l'inferiore distesissima, acciocchè la cicatrice si faccia col minore avvicinamento possibile dei bordi della piaga.

Se le ferite della regione sotto-orbitale, si trascurano si forma qualche volta ancora la *lagottalmia*.

Il prognostico di tutte le esposte lesioni non dev'essere stabilito che colla più grande circospezione; bisogna pure riguardarsi dal giudicare prima di essersi assicurati dell'estensione della ferita o piaga. Quando pur anco queste sieno riconosciute, bisogna ciò nonpertanto essere ancora circospettissimi nel prognostico da emettersi.

(1) Vedete il suo magaz. 1. B. 1. H. S. 98.

La gravezza delle lesioni molto considerabili della regione orbitale superiore è spesso in ragione di quelle rissentite dall'osso sottoposto e dalla commozione che le accompagna, poichè desse sono ordinariamente susseguite da fenomeni che danno più a temereper la vita del malato,di quel che per la perdita dell'occhio.Se la ferita è stata accompagnata da grandissima violenza, la spiacevole influenza che ne resulta non si presenta soltanto sull' occhio del lato ferito, ma ben anco in ambedue nel tempo stesso, manifestando l'ambliopìa amaurotica, che sembra esser dovuta alla forte commozione, risentita dalle parti anteriori dell' encefalo, non meno che dall' atonìa dei due nervi ottici.

Il prognostico non dev' esser fatto con minore avvedutezza in questo caso, imperciocchè accade sovente che la cecità in luogo di essere temporaria persiste tutto il resto della vita.

Se l' amaurosi dopo essere immediatamente succeduta alla ferita, non ha fatto aumento, nè diminuzione in un modo sensibile, se il malato non si lagna di cefalalgìa particolarmente nella regione sopraccigliare; se l'occhio è chiarissimo e vivace e che alcuna delle facoltà mentali non sia alterata, si può sperare che la visione si ristabilirà a poco a poco.

Ma se l' ambliopia amaurotica aumenta gradatamente, se gli occhi sono insensibili alla luce, se il malato si lamenta di dolori violenti e continui nella regione sopraccigliare; se le sue facoltà intellettuali hanno sofferto, bisogna guardarsi di azzardare un prognostico favorevole; poichè allora, non solamente sopravviene l' amaurosi perfetta, ma talvolta pure i gravi accidenti che minacciano i giorni dell' infermo.

Le lesioni considerabili della regione sopraccigliare sono frequentemente pericolose, soprattutto allorchè il nervo sotto-orbitale è stiracchiato e lacerato, e se ha avuto luogo nel tempo stesso una forte commozione del cervello. Spesso rimane l'atonia del muscolo elevatore della palpebra superiore *Atoniaton-Llepharon*, o la vera paralisia di questo muscolo,

Blepharoptosis paralytica, *Blepharoplegia*, oppuranco la legittima paralisia dei muscoli del globo dell'occhio, e per conseguenza il prolasso di quest'organo, *Ophthalmoptosis paralytica* o *Ophthalmoplegia*.

Siccome pressochè tutte queste lesioni molto violente sogliono essere più o meno accompagnate da perdita di sostanza, e conseguentemente le ferite che ne resultano possono essere di rado riunite di prima intenzione, è necessario che il medico sorvegli l'infiammazione consecutiva in modo da ottenerne la pronta cicatrizzazione. Deve per conseguenza pulire la piaga dai corpi estranei, se ve ne sono, e difenderla dall'influenza degli agenti esterni, col mezzo di leggieri cataplasmi amollienti se il ferito è d'altronde robusto, e che non vi sia nello stesso tempo nè contusione nè ecchimosi. Al contrario quando la ferita è complicata da contusioni e da stravasi sanguigni, se il malato è attempato o manchi delle necessarie forze per la formazione del pus di buona qualità, o s'egli è dottato di debole costituzione o rilasciata, è conveniente usare in luogo dei cataplasmi amollienti, delle applicazioni aromatiche, vinose, calde, tali che la preparazione raccomandata da *Le Fébure* contro le contusioni delle palpebre:

℞.	Sale ammoniaco depurato, . .	ʒ ß.
	Acqua distillata	℥ viij.
	Alcool	ʒ ij.
	Meseolate.	

Questa preparazione è utilissima, particolarmente quando si applica immediatamente dopo l'evento.

Se l'ambliopia amaurotica è stata prodotta da commozione leggiera dell'occhio, scomparisce a poco a poco sotto l'influenza del trattamento chirurgico diretto contro l'accidente. Ma se la suddetta commozione è stata accompagnata da lacerazione, quantunque piccola ch'essa sia, della retina, o dallo spostamento delle parti interne dell'occhio medesimo, l'amaurosi è incurabile di qualunque genere sieno i mezzi impiegati per la cura della lesione locale.

Se la cecità è determinata da semplice lesione del nervo frontale , bisogna , immediatamente dopo l' avvenimento , recidere tutte le branche di questo nervo , facendo un' incisione fino all' osso , poichè l' operazione non corrisponde costantemente quando s' intraprende dopo la cicatrizzazione della piaga , o allorquando l' amaurosi è aumentata , o inveterata. La semplice incisione fino all' osso non mi ha soddisfatto in questo caso, ma io sono arrivato una volta a rendere quasichè intieramente la vista , facendo il riseccamento completo alla cicatrice esistente.

Allorchè l' amaurosi è il prodotto della semplice atonìa della retina , si tratta come un' affezione locale; i mezzi che convengono allora saranno esposti parlando dell' amaurosi.

Se , in seguito di lesioni considerabili della regione sopraccigliare , la cicatrizzazione della piaga si è fatta in un modo vizioso, talchè ne resulti qualche deformità della palpebra superiore , queste sono assolutamente incurabili ; ma si ha spesso il modo di prevenirle, allorquando si sospetta ch'esse potranno aver luogo , prima che la cicatrizzazione siasi fatta.

Per ciò che concerne le ferite e le contusioni dell' angolo interno dell' occhio, ugualmente che del sacco lagrimale , io farò osservare che se i condotti di questo serbatoio sono feriti, possono obliterarsi, se non vi si prende cura o almeno divenire quasi impermeabili , ciò che si osserva principalmente in seguito di contusioni.

Io rassomiglio ancora agli effetti delle contusioni, quelli che resultano dall'introduzione delle sonde in questi condotti, in altri tempi sì frequentemente usate. Se si ripete troppo spesso una tale operazione, o che si faccia con poca precauzione, ne resulta talvolta , non solamente l' epifora incurabile , ma più ancora la semi-paralisi della palpebra inferiore , che è susseguita dall' ettropio parziale. Le ferite prodotte da istrumento tagliente, interessanti la regione che avvicina l' angolo interno dell' occhio, possono essere sanate , per la massima parte , senza il soccorso

delle suture cruenti, purchè si applichi con cautela la così detta secca, e che l' occhio sia, nel tempo stesso, tenuto fermo col mezzo di striscie agglutinative.

Si devono, al più presto possibile, medicare le contusioni di queste parti coll' applicazione di acqua fredda, usando dei mezzi antiflogistici energici; insomma si deve far tutto nei primi giorni ad oggetto di prevenire la suppurazione.

Ma se vi è qualche indizio della sua formazione, bisogna secondarla, e fare ogni sforzo per ottenere una sollecita cicatrizzazione.

Le ferite delle palpebre possono essere susseguite dagli stessi accidenti di quelle delle regioni sopraccigliare e frontale, tranne lo stato amaurotico, ammeno che per altro desse non siano state straordinariamente mal curate. Esse possono essere o no penetranti. Se le prime sono trascurate, possono facilmente lasciare la divisione della palpebra, *coloboma*.

Il prognostico è incertissimo in questo caso, e lo è doppiamente in ragione della maggiore o minore perdita di sostanza, ed in ragione pure della pressione sofferta dall' occhio etc.

Cura delle ferite non penetranti delle palpebre. Bisogna allontanare le parti che si innalzano della ferita, tali che i lembi del muscolo orbicolare, etc; se poi questa è più lunga di un quarto di pollice, e posto che interessi la palpebra superiore, qualunque ne sia pure la direzione, si riunisce per mezzo della sutura secca (1) e cruenta, e si invigila attentamente acciocchè non ne resulti l'ettropio o l'entropio, nè il prolasso della palpebra, nè la lagottalmia. Se si è costretti a fare più punti di sutura, si devono introdurre subito tutti i fili incerati doppi, prima d' incominciare a fare i nodi. Si levano fra il terzo e quarto giorno, si sostituisce, e si continua

(1) Le stesse ferite superficiali della palpebra superiore devono essere riunite con dei punti di sutura, qualunque ella sia la loro direzione, poichè in questo caso i movimenti violenti del muscolo orbicolare servono per scomporre la sutura secca.

la sutura secca fino alla completa cicatrizzazione della ferita.

La sutura secca, ed una fasciatura adattata bastano per la riunione delle ferite non penetranti della palpebra inferiore.

Se le contusioni della nominata palpebra sono susseguite da suppurazione, il miglior mezzo di prevenire le formazione dell' ettropio, consiste nel tener la parte nello stato di estensione continua, col mezzo di striscie agglutinative, fino alla totale guarigione.

La *cura* delle ferite penetranti delle palpebre è la medesima di quelle non penetranti, soltanto si è spesso obbligati di fare dei punti di sutura alla palpebra inferiore (1).

Il *prognostico* è in questo caso molto variabile. È favorevole se la piaga non è complicata da perdita di sostanza, e se il chirurgo è chiamato dal ferito immediatamente dopo l' evento. In questo caso, si può ridonare alla palpebra la sua forma non solo, ma di più facilitarne il suo uso ancora. Al contrario il prognostico è svantaggioso, se vi è stata perdita di sostanza. La forma della palpebra non può allora essere altrimenti ristabilita per intiero, nè ripristinato il suo uso. La circostanza è ancora più spiacevole se la divisione della palpebra (*coloboma*) non è stata subito riunita, e se i bordi ne sono divenuti callosi. Si è allora nella necessità di fare l' asportazione delle callosità, per fare quindi la riunione della soluzione di continuità. Se queste divisioni delle palpebre sono inoltre complicate di perdita di sostanza, accade assai di spesso che non si può farne la riunione. In tal caso la visione si perde gradatamente, ed il globo dell' occhio si difforma poco a poco, perchè l'organo non è più difeso contro gli agenti esterni, nè è più mantenuto nello stato di umidità necessaria per l' esercizio della sua funzione. I mezzi palliativi,

(1) Le ferite che dividono le commettiture delle palpebre potendo spesso cagionare l' ettropio, devono essere riunite, se pure è possibile, con dei punti di sutura, od almeno con delle strisce agglutinative.

tali che i colliri mucillaginosi , non possono ritardare che di poco le sue conseguenze disgustose. Per ottenere la riunione di una ferita penetrante della palpebra, o del coloboma,che talvolta è congenito, bisogna nell'istante fare un punto di sutura, immediatamente al di sopra della cartilagine-tarso , evitando di pungerla, ugualmente che la congiuntiva palpebrale (1). Si applicano subito in alto gli altri punti di sutura necessari , e si mettono con diligenza nel loro intervallo , delle striscie di taffettà gommato ; si fissano sulla guancia con cerotto i fili dell'ultimo punto di sutura cruenta , e quelli del primo sulla fronte , affinchè i movimenti della palpebra ritardino il meno possibile la riunione.

Callosita' delle palpebre

Tylosis (τυλοω, *cagionare delle callosità*) *pachyblepharosis, pacheablephara , pachytes.*

La malattia della quale noi andiamo ad occuparci consiste in un tumore calloso , duro , uguale o disuguale, e indolente, che interessa i bordi delle palpebre. Essa succede per lo più a delle ottalmie scrofolose recidivate , o che sono state medicate con de' colliri contenenti degli ossidi di piombo. Attacca di preferenza le persone pigre, di costituzione molle, o artisti. Si associa qualche volta alla caduta parziale o totale delle ciglia (*psilosis* , *ptilosis*) le quali si riproducono in seguito, giacchè i loro bulbi ordinariamente sono immuni dalla malattia.

(1) É il precetto che danno la massima parte dei medici , come *Richter*, *Beer*, *Callisen* , etc., perchè temono che rimangano delle deformità nella palpebra; nulladimeno il professore *Dzondi* e molti altri hanno qualche volta fatto passare un ago fino a traverso la cartilagine *tarso* per la riunione delle divisioni palpebrali, senza che ne sieno avvenute conseguenze dispiacevoli. (*Vedete Dzondis* Geschichte des klinischen Institutes für Chirurgie and Augenkeilkunde auf der Universitet Zu Halle, 1818, p. 156. — Istoria dell'Istituto clinico di Chirurgia e d' ottalmologia dell' università di Halla.

Quando i bordi delle palpebre sono moltissimo disuguali, e di forma tubercolosa, la malattia è ancora denominata da qualche altro *trachoma*, da ΤΣΑΧΟΩ, *io rendo ineguale.*

Questa infermità è in molti casi difficilissima a guarirsi, particolarmente quando il soggetto è sotto l'influenza della diatesi scrofolosa o artritica, e quando è di già avanzato in età. Io ho più di una volta osservato che tali callosità acquistano un cattivo carattere, e possono per fino diventare assolutamente cancerose, particolarmente se hanno la forma bernoccoluta, se si trascurano, se si infiammano senza cause manifeste e persistono fino alla vecchiezza, oppure se compariscono in soggetti cachettici, attempati e malpropri. Quando i punti lagrimali sono pur essi callosi, insensibili, e inetti per l' assorbimento delle lagrime, ciò che accade talvolta nei vecchi, ne consegue la lagrimazione (*stillicidium lacrymarum*) la quale persiste ancora che la callosità sia stata tolta in gran parte.

Dopo aver presa in considerazione, quanto è possibile, l'affezione scrofolosa, artritica, o qualunque altra diatesi, si può usare, se non esiste edema delle palpebre, il seguente cataplasma tiepido, raccomandato da *Graefe* (1).

℞: Polvere di Giusquiamo
Detta di Cicuta } ana eguali porzioni
Farina di linseme

Fate cuocere in una quantità di acqua sufficiente, fino alla consistenza di cataplasma.

Beer (2) preconizza con ragione i cataplasmi

(1) *Repertorium augenaerztlicher Heilformeln. Berlin*, 1817, *p.* 55.

(*Repertorio delle formule usate nelle malattie degli occhi.*)

L' ehre von den augenkranhheitcn; Wien, 1813 et 1817. 2 Ed., p. 52.

(2) *Letre von den Augenkrankheiten*, Wien, 1813 et 1817 2 Ed., p. 52.

caldi di cicuta, di saponaria, ai quali aggiugne della canfora. Si fanno applicare sulle callosità dei bordi delle palpebre, fino a che esse sieno rossastre e sensibili. In seguito vi sostituisce con vantaggio della pomata col deutossido o col protocloruro di mercurio, con o senza aggiunta di canfora (meglio ancora senza stittici) in principio deboli, successivamente sempre più forti come la seguente.

℞: Deutossido di mercurio ridotto
in sottilissima polvere . . gr: ij.
Estratto di Cicuta . . . . gr: x.
Assongia fresca . . . . . ʒj.
Mescolate esattissimamente.

Si ponno aggiungere a questa pomata due o quattro grani di canfora, se può essere tollerata la sua azione; bisogna in seguito rinforzarla grado grado.

Se gli esposti rimedj non producono l'effetto, la pomata citrina preparata secondo la Farmacopea di Edimburgo (la di cui composizione è indicata nel capitolo *blefarottalmite glandulosa*), compirà certamente la guarigione. Nei soggetti poco sensibili, e nei casi ove l'effetto dei cataplasmi, che noi abbiamo indicati non hanno prodotto che poco od alcun vantaggio nelle callosità, è necessario scarificare il bordo della palpebra prima dell'uso delle pomate da noi consigliate. Bisogna aver riguardo di non applicare senza circospezione semplicemente i topici che si voglion omettere in pratica in questa malattia, ma nel servirsene è pur necessario fregare soltanto leggiermente le superficie ammalate.

Grandine

Chalazion (χαλαζα, *grandine*) *tumore delle palpebre che rassomiglia ad un grano di grandine, Chalazosis , Grando, Lapis palpebrarum, Lithiasis, Tophus, Porosis.*

Si dà il nome di *grandine, gragnuola, calazia* all' orzajuolo indurito , che non è passato allo stato di suppurazione , e che si riscontra sul bordo delle palpebre, alle volte isolato, altre volte riunito a molti altri orzajuoli pure induriti, o che incominciano soltanto a svilupparsi.

La grandine si presenta sotto la forma di piccolo tumore circoscritto, rotondo o bislungo , mobile , insensibile, e duro. Quando il tumore racchiude una massa solida, durissima, quasi pietrosa, si chiama *Lithiasis. Lapis palpebrarum.* La sostanza della quale è formata la grandine non è costantemente pus indurito; essa non è qualche volta che una massa rassomigliante alla cartilagine , avendo dei rapporti organici colle parti vicine , e che si potrebbe chiamare *Tylosis parziale.* Non è straordinario di riscontrare nella faccia interna della palpebra, particolarmente dell'inferiore, delle piccole masse calcolose che non meritano sotto alcun rapporto il nome di grandine; esse consistono in generale in punti cretacei, poco solidi , ma che non apportano che una leggiera irritazione sul globo dell' occhio, perchè sono stiacciati, e situati sotto la congiuntiva. Questi non possono esser distrutti che con mezzi meccanici.

Tutto ciò che può produrre e mantenere l'orzajolo, essendo suscettibile di favorire la formazione della grandine, s'incontra per lo più nei predisposti alle scrofole , oppure in quelli de' quali l' affezione scrofolosa è già stabilita , motivo per cui il prognostico rendesi infausto in particolar modo quando esistono, molte grandini nel tempo stesso, e se sono state trattate coi caustici, imperciocchè allora degenerano talvolta in indurimento scirroso della palpebra più

o meno esteso. Le grandini che si formano nei vecchi cachettici, malpropri, e dediti alle bevande spiritose, possono del pari passare allo stato scirroso, se si trattano in un modo inconveniente. *Il calazia* la di cui superficie è inuguale e scabrosa, manifestandosi in soggetti affetti da indurimenti glandulosi di cattiva natura, soprattutto nelle ragazze nubili, e dopo la cessazione dei loro catameni, possono, qualche volta, dopo aver preso un aspetto pallido, ed essere stata la sede di dolori lancinanti e cocenti, passare allo stato di ulcera cancerosa.

Del rimanente il prognostico del calazia, è favorevolissimo quando la disposizione scrofolosa, o altre cause che lo producono, sono state combattute con successo, e se il malato s' astiene dalle bevande spiritose, e particolarmente dall' acquavite. Spesse volte l' uso di quest' ultimo liquore è quasi che più sufficiente per fare degenerare l' orzajuolo ordinario in calazia. Allorquando quest' affezione è inveterata, durissima, voluminosa e insensibile, è raro di ottenere la guarigione.

Cura. Se la grandine è tuttora piccola, se è situata immediatamente sotto gl'integumenti esterni, e che non mostri ancora tendenza alcuna a degenerare in indurimento della palpebra, si può tentare la risoluzione. A tale oggetto, si deve fregare il piccolo tumore fra le dita, o farvi delle applicazioni del balsamo di vita d'Hoffmann, di acqua di colonia, di etere combinato colla tintura di cantaridi. Dopo ogni fregagione si ricuopre la grandine con cerotto di *diachilon composto* e *di cicuta.* Si fanno, spesso, con successo, delle strofinazioni sul tumore colla pomata seguente:

℞: Unguento mercuriale di parti uguali . . . . . 3j.
Canfora tritata } ana . . . gr. xij.
Estratto di cicuta }
Mescolate esattamente.

Dopo queste stropicciature, si ricuopre la parte

ammalata coll'empiastro di cui abbiamo parlato. Sotto cotesto trattamento, si vede la grandine risolversi o infiammarsi. Se in quest' ultimo stato non si arriva a farla suppurare, bisogna ricorrere all' operazione, che consiste nel mettere il piccolo tumore allo scoperto, facendo su di esso un' incisione, e nel prendere in seguito la grandine con una piccola pinzetta, e risecarla.

Altrevolte s' impiegavano i caustici per guarire il calazia di cattiva indole.

Questo mezzo è più nocivo di quel che utile, ed il riseccamento del tumore guarisce con maggior sicurezza.

Allorchè esiste nello stesso tempo un cancro alla mammella od all'utero, e che la grandine sembri manifestamente collegata a queste affezioni, si deve, al più presto, considerarla, come un *Noli me tangere*.

Scirro e Cancro delle palpebre.

Lo scirro delle palpebre consiste in un tumore circoscritto, durissimo, immobile, il di cui colore è qualche volta il medesimo di quello del rimanente della pelle, altrevolte desso è provvisto di vasi varicosi visibilissimi. Il tumore, fino a che non cangia di natura, è assolutamente indolente.

Gli scirri ordinariamente vengon dietro a delle contusioni delle palpebre, alle frequenti recidive delle blefarottalmiti, e del tylosi, più raramente al calazia.

Sono stati combattuti coi narcotici, cogli antimoniali, coi mercuriali, etc. ma per lo più senza il più piccolo successo.

Beer (1) considera il vero scirro della palpebra come un genuino *Noli me tangere* fin tanto che conserva la sua natura benigna.

Quando delle cause meccaniche cagionano l'infiammazione dello scirro delle palpebre, o che senza causa

(1) L.c. 2 Thl., 149.

apparente, diviene (in soggetti cachettici, etc.) la sede di dolori lancinanti, profondi e continui; quando il tumore aumenta di volume, e che i vasi varicosi diventano più numerosi sullo scirro e nelle parti circonvicine, quando la pelle cangia di colore, e che si osserva, pur anco nella congiuntiva oculare, del rossore varicoso, livido e sospetto, quando in fine vi si aggiunge la febbre, non cade allora dubbio alcuno dello sviluppo completo del cancro latente.

Qualche volta da escrescenze varicose, o da un piccolo tumore scabroso si forma il vero cancro della palpebra, senza essere preceduto da scirro. Quest' affezione comparisce spessissimo in seguito di una papula ribelle (*papula rebellis*), che si presenta in qualche punto della palpebra; talvolta ne esistono molte fino dal principio, al numero di quattro o di sei, che sonovi sovrapposte, e sembrano contribuire ad accelerare il corso della malattia.

Altrevolte la causa prima dell' affezione consiste in una leggiera lesione, in un colpo, in un' escara cancrenosa.

In tale circostanza, la malattia non comincia costantemente dalla palpebra, ma da un punto più o meno lontano, come dalla fronte, dalle tempie, etc. da dove essa guadagna poi le palpebre, le guance, o le altre parti della faccia. Del resto, i cancri delle palpebre non sembrano, per la massima parte, estendersi in principio che nella spessezza della pelle e nel tessuto cellulare sotto-cutaneo. Ma in progresso di tempo, quando nulla arresta i loro progressi, l'ulcerazione attorniata di bordi duri, semi-callosi, spesso dentellati, e forniti di granulazioni verrucose nel centro, si diffonde agli organi situati più profondamente. La pinguedine dell'orbita non è risparmiata; i muscoli orbicolare ed allevatore della palpebra superiore spariscono; quelli della guancia sono distrutti, e ne resulta lo stiramento obliquo della commettitura delle labbra del lato affetto. Il mascillare superiore, le ossa proprie del naso, una porzione stessa del frontale diventano accessibili alla tenta e si scuoprono. Durante quest'intervallo la cornea assume l' aspetto ca-

daverico, e, quantunque la visione si eserciti passabilmente, pur nonostante il globo dell'occhio presenta qualche volta l'apparenza di un fungo o pedicciuolo corto, nel mezzo dell' orbita spogliata di pinguedine. Ma ben tosto s'indurisce, il suo volume va diminuendo, si ritira nel fondo dell' orbita; finalmente, dopo molti anni di atroci tormenti, quando l'ulcerazione carcinomatosa si è estesa verso la bocca, verso le tempia, sulla radice del naso, e fino all'altr'occhio, che testè ne era immune allorquando pressochè la metà della faccia anteriore del capo presenta l'aspetto di un cranio imperfettamente scarnito, la morte viene a por termine a questa orribile scena.

I progressi della malattia sarebbero assai più rapidi, se non sopraggiungesse talvolta lo stato stazionario quasi completo della malattia, il quale può prolungarsi durante delle settimane e dei mesi ancora. In questi momenti di tregua, la sensazione di ardere, i dolori traforanti o lancinanti che si fanno principalmente sentire la sera, diminuiscono di violenza, e la febbre che già esisteva si dissipa.

Il prognostico è in questo caso naturalmente spiacevolissimo; e la cura che i medici moderni fanno consistere nell' asportazione completa della porzione di palpebra che si suppone esser affetta da carcinoma, è pur essa molto incerta.

Se la malattia non è ancora avanzata, se si limita ad una piccola porzione della palpebra inferiore, bisogna affrettarsi a praticare l' operazione prima che il globo dell' occhio partecipi della disorganizzazione. La sede del male essendo al principio ancora circoscritta alla pelle ed al tessuto cellulare sottopposto l' operazione è facile ad eseguirsi, ed è susseguita da buon successo. Non ho veduto in alcun' epoca numero maggiore di cancri dell'occhio che nel **1824**. Io ho, dal canto mio, medicati undici individui affetti da questa malattia, e in tre fra essi ho ottenuto il completo successo dal riseccamento della parte cancerosa. Nei tre indicati casi, il cancro tramandava sangue ad una distanza più o meno considerabile dal bordo della palpebra, talchè ho potuto facilmente circoscri-

vere la parte ammalata per mezzo di un' incisione sulla pelle sana ; prendendo allora, per mezzo delle pinzette, la parte disorganizzata l' ho separata e demollita col bistori di cui si serve *Benedict* per aprire il sacco lagrimale, evitando scrupolosamente di valermi del tagliente dell' istrumento sotto la porzione disorganizzata. Sollevandola, io procurava al contrario, di distaccarla col manico del bistori medesimo, e vi riusciva costantemente. Le palpebre essendo in seguito mantenute chiuse per mezzo delle striscie agglutinative , medicava la piaga con unguento digestivo , e dopo la guarigione non ne resultava che una piccola cicatrice biancastra e depressa. È importantissimo praticando il riseccamento di tali ulceri cancerose , di asportare assolutamente tutte le parti sospette , quando pur anco non si potesse fare che a scapito della regolare forma delle palpebre.

L' operatore soltanto avrà la precauzione di annunziare presente il suo malato, la deformità che ne dovrà resultare. In tutti i casi nei quali ho eseguito l'operazione, ho anticipatamente fatto stabilire in ciascun braccio un esutorio assai grande, capace di contenere due o tre piselli.

I medici non sono punto d' accordo sul trattamento che conviene seguire, quando il tumore canceroso è talmente voluminoso da obbligare ad asportare una porzione considerabile della palpebra.

Maître-Jan , dopo di lui *Boyer* , e molti altri non ammettono se non se una cura palliativa. Troppe ragioni m' impediscono divider seco loro l' opinione. Il cancro alle volte fa il suo corso in modo irresistibile, cagiona dei dolori violenti, corrode la pelle della fronte, le parti contenute nell'orbita, ed apporta dei terribili guasti.

L' asportazione della palpebra , bisogna dirlo , non è scevra di gravi inconvenienti per l'occhio, ma vi si può nulladimeno in qualche modo supplire, fino ad un certo punto , impiegando il processo indicato dal professore *Dzondi* (1). Saranno circa sette setti-

(1) Vedete la pagina 130.

mane ch' io mi servii della polvere del *Frate Cosimo*, facendo prendere con molta precauzione l' arsenico per uso interno, ad un maniscalco, di cui non solamente la palpebra inferiore, ma pur anco una porzione assai considerabile della guancia, erano affette da degenerazione cancerosa. La massima parte dell' ulcera guarì sufficientemente presto; non rimane che una piccola escoriazione alla palpebra inferiore che diminuisce ogni giorno più; presenta ora buon aspetto, di cui io attendo con certezza la guarigione completa (1).

Nei casi ove l' operazione è impraticabile, ed in cui non vi è altro a sperare, ed in cui il malato è irrevocabilmente perduto, i medici dovrebbero tentar tutto nella speranza di ritrovare qualche mezzo per guarire quest' orribile malattia.

Delarue (2), fondandosi su di un gran numero d' esperienze, per mezzo delle quali egli ha costatato che lo zolfo depurato è un eccellente rimedio in molte ulceri corrodenti, che sembrano avvicinarsi alla natura del cancro, propone l'uso di questa sostanza continuata senza interruzione per lungo tempo. Incomincia da una mezza dramma di zolfo, unito ad un terzo di zucchero, in un mezzo bicchiere di decotto di erbe amare, dose che bisogna amministrare tutti i giorni e rialzarla insensibilmente fino a due dramme (*).

(1) Disgraziatamente il mio desiderio è rimasto deluso, poichè al termine di cinque mesi la piccola piaga umida di già s' ingrandì; le palpebre, la guancia, una porzione di pelle della fronte ne furono successivamente invase, e lo sventurato s' incammina ora a gran passi verso il termine di sua esistenza.

(2) Corso completo delle malattie degli occhi. Parigi, 1820.

(*) Indescrivibile è la serie de' rimedi preconizzati per cotesta infermità. Per fare qui brevemente parola di quelli soltanto ultimamente proposti accennerò il *sotto-carbonato* di *soda* decantato da *Cruveillier*. Vedi: Omodei Fasc. 144. p. 598.

Egli lo esibisce sotto differenti forme, in *bevanda*, per *iniezione*, se si tratta di cavità, e per *frizione*. Per bevanda prescrive l' infusione di tiglio in cui fa sciogliere per ogni mezzo boccale, dapprincipio una dramma, indi una e mezzo, e poscia due. Le iniezioni si fanno alla stessa dose od

Fra i mezzi che dietro la mia esperienza ho trovati i più adattati a calmare i dolori, che accompagnano questa terribile affezione, io devo mettere nel primo rango l' oppio, perchè, a malgrado che molti medici non abbiano riscontrata la sua proprietà calmante in questa malattia, egli è costantemente con questo medicamento che sono più spesso riuscito ad allontanare gli atroci dolori notturni che risentivano i miei ammalati. Io l'ho usato con successo applicandolo esternamente, disciolto nell' infusione di cicuta. Queste applicazioni umide non sono sempre tollerate dai soggetti leuco-flemmatici, il di cui aspetto è pallido e tumido. In questi ho usato allora come calmante la pomata seguente:

℞. Oppio puro. . . . . ℈ ij.
Assongia fresca . . . . . ℥ ß.
Acetato di piombo . . . . ℈ j..
Mescolate.

anco maggiore, in mezzo boccale d'acqua,

Finalmente propone le frizioni di mezz' oncia di sotto-carbonato, unendolo a due once di grasso depurato, oppur anco ad ugual dose di olio d'oliva.

Non è senza qualche fondamento che il Profess. *Cruveilhier* ha creduto utile il sotto-carbonato di soda nelle malattie analoghe alla descritta dal Sig. *Weller*.

Immergendo i tessuti scirrosi, cancerosi, e tubercolosi nella soluzione di questo sale ha ottenuta la risoluzione dei medesimi, ed ha ridotto i pezzi patologici alla loro tela cellulare; fu dietro queste esperienze, che l' autore venne confortato ad esperimentare sul vivo il sotto-carbonato di soda.

Lo stesso metodo era impiegato felicemente da *Peschier* per la cura del broncocele. Ved: *Bibl. univ: act.* 1824. *Wulman* poi assicura di avere guarite molte piaghe cancerose delle labbra, delle mammelle, e dell' utero mediante l' applicazione della pomata d'idroidato di potassa, e delle iniezioni in cui entrava questo sale. Ved. *Propagateur des sciences medicales. Paris. etc.* 1814. *Puel*, vanta prodigi negli indurimenti scirrosi, delle sanguisughe, dei salassi, delle fomentazioni mollitive e della dieta stretta, cioè della *cura famis*. Ved. *Archives generales de med. Paris. decemb.* 1825

Carboncello delle palpebre.

Carbunculus palpebrarum.

Questa malattia che si presenta per lo più negl' individui appartenenti alla classe del popolo la più sudicia, e la più miserabile, attacca comunemente la palpebra superiore. Dessa consiste in un *foruncolo infiammatorio*, che passa allo stato di cangrena, e procede nel modo seguente. Si sviluppa un tumore rosso-scuro, che è accompagnato da violenti dolori pungenti e cuocenti; si presentano alla sua superficie delle vescichette grigiastre che si rompono, ed il tumore è ben tosto trasformato in una cavità di sanie; qualche volta non si formano ciononostante punte vescichette sul tumore, ma dietro il suo sviluppo, passa più o meno presto allo stato di cangrena ed offre una cavità, dalla quale scola dell' umore sanioso.

Le cause del carboncello delle palpebre traggono sovente la loro sorgente dalle febbri di cattiva natura, dallo scorbuto, dalla peste, etc. Sembra, per altro, in qualche circostanza potersi attribuire alla complicazione di più diatesi, o discrasie, particolarmente alla diatesi artritica. Vedesi pure comparire nei soggetti dediti ad ogni eccesso d' ubriachezza, e di crapula; in quelli pure che abitano case umide, e sudicie.

Egli è chiaro, dietro l'esposto, che il prognostico non può essere favorevole, imperocchè se la morte non accade in conseguenza della febbre grave, la palpebra può andar soggetta ad una perdita di sostanza, dalla quale consegue lo scorciamento della parte (*lagophthalmos*).

La gravezza di codest' affezione esige delle me-

Per quanto leggesi nel giornale di *Grafe* e *Walther* (Berlino 1823) il dottor *Wagner* prima di *Peschier* e di *Wulman* impiegava l' idroiodato di potassa alla dose di 18 grani in sei dramme di grasso per debellare i tumori cancerosi. (N. del. T.)

dicature interne ed esterne. Allorquando il dolore e la tensione conservano la loro violenza, si applicano dei cataplasmi emollienti, si fanno delle leggiere scarificazioni sui punti cancrenati, si fà ricorso alle applicazioni di decotto di china a cui si aggiunge la canfora, e la tintura di mirra. Si amministrano all'interno degli acidi minerali uniti pure alla china.

Sotto codesta medicatura si sviluppano dei bottoni carnosi, ed il tessuto cellulare distrutto, si rigenera facilmente; nulladimeno ad oggetto di prevenire lo scorciamento della palpebra, si deve aver riguardo di tenere l'occhio assolutamente chiuso e le palpebre distese per mezzo di forti striscie agglutinative, durante tutto il corso della suppurazione.

Edema delle palpebre.

Ædema seu leucophlegmatia palpebrarum.

Si osserva l'edema delle palpebre particolarmente in seguito delle infiammazioni eresipelatose di queste parti, dopo le ottalmie che sopraggiungono nel corso della scarlattina, ed in conseguenza dell'uso protratto delle fomentazioni e dei cataplasmi emollienti nelle diverse affezioni infiammatorie degli occhi, e più particolarmente ciò accade quando si ha l'imprudenza di lasciar raffreddare sulla parte questi topici. L'edema attacca di preferenza la palpebra superiore. È caratterizzato da un tumore molle, pallido, pastoso, insensibile, che conserva l'impressione delle dita.

Dei sacchetti ripieni di erbe aromatiche e secche, con o senza aggiunta di canfora bastano per guarire cotest' affezione, oppure delle leggiere fregagioni fatte con flanella impregnata di fumo d' incenso, di mastice, o di altre resine aromatiche.

Allorquando ad un' ottalmìa si associa l' edema delle palpebre durante il primo periodo attivo, i mezzi che abbiamo indicati non sono adatti; conviene allora medicare l'infiammazione, e l'edema scomparisce il più delle volte con essa.

Enfisema delle palpebre.

La gonfiezza delle palpebre determinata dalla presenza di gas nel loro tessuto cellulare è un fenomeno assai raro.

Si distingue dall'edema per essere il tumore anzi che pastoso, piuttosto elastico, facendo sentire un crepitio o fremito sotto la pressione del dito. L'enfisema delle palpebre si presenta il più spesso in sequela delle contusioni ricevute nella regione dell'angolo interno dell'occhio, violenze in seguito delle quali ne resulta la rottura di uno dei condotti lagrimali, dalla quale penetra dell'aria allorchè il malato si soffia il naso con forza. È straordinariamente raro di vedere accadere l'enfisema di queste parti senza contusioni. Ciononpertanto io ho un' osservazione di enfisema della palpebra superiore sopravvenuto in una donna di anni venti cinque, dietro uno starnuto violento.

Del rimanente questa malattia è poco pericolosa per se stessa, e cede ordinariamente prestissimo all'applicazione dei sacchetti d'erbe aromatiche secche.

Caduta della palpebra superiore.

Ptosis, Lansus palpebra superioris, Blephaeroptosis.
(ΒΛΕΦΑΡΟΝ, *palpebra*, e ΠΙΩΤΩ, *cadere.*)

L'origine di questa indisposizione consiste in principio nella lassezza, nell' allungamento dei tegumenti della palpebra superiore, e nella piega cutanea che ne è il resultato; nello stesso tempo che il muscolo ellevatore della palpebra ha perduto un poco della sua forza contrattile. In questo caso, il malato non può rialzare che poco o punto la palpebra, che ricade sulla cornea; si ponno nonostante scorgere gli sforzi che fa il muscolo ellevatore quando il malato vuole aprire gli occhi. Se si sorregge col dito la piega cutanea, senza per altro esercitare alcuna trazione, il

malato può appena aprire l'occhio, atteso che il peso eccedente della porzione di pelle inutile ne rende vieppiù insufficiente la forza del muscolo ellevatore.

Le cause che apportano la caduta della palpebra, sono principalmente alcune piaghe orizzontali della fronte, dei tumori che hanno per lungo tempo distesa la pelle della palpebra; il medesimo resultato è pur prodotto dall' uso troppo prolungato degli emollienti, in particolar modo nelle ottalmie scrofolose, e nei soggetti di costituzione floscia, molle, etc. Qualche volta la *ptosis palpebrale* è congenita.

L' operazione è in questo caso il miglior mezzo di guarigione: essa consiste nel risecar la piega della pelle, e riunire in seguito la ferita. Si è pur anco usata con successo la cauterizzazione coll' acido solforico, col ferro rovente, etc.

Il miglior processo a mettersi in pratica per quest' operazione è il seguente.

Dopo aver presa con una larga pinzetta adattata a quest' oggetto (1) la pelle rilasciata della palpebra in modo tale che il malato possa facilmente aprire e chiudere l' occhio, si asporta con un sol colpo, col mezzo di cesoje curve, il lembo di pelle eccedente (2). Arrestata l'emorragia, si applicano dei punti di sutura (è raro di doverne mettere più di due), a cui si aggiungono delle striscie di cerotto agglutinativo, ad oggetto di ottenere una sollecita riunione. *Langenbeck* (3) consiglia di non lasciare i fili che dodici ore. Si ritirano col mezzo di pinzette, dopo di averli tagliati con delle piccole cesoje, poichè a quest' epoca la riunione adesiva dei bordi della piaga è di già fatta. Se i fili si lasciano più lungo tempo, si dà luogo alla suppurazione, e spesso le palpebre si tumefanno (4). Una seconda specie di *Blefaroptosi* re-

(1) Vedete la tavola V, fig. 1.

(2) Del resto, val meglio levarne piuttosto un poco più che meno.

(3) Neue bibl. für die Chir. u. Ophthalmologie, 1818, 1 Bd., 3 H., p. 427.

(4) Dietro il resultato della mia esperienza, è molto meglio, allorchè si operano dei malati poco docili, lasciare le suture

sulta del rilasciamento del muscolo ellevatore della palpebra superiore, senza altra lesione organica (*atoniatonblepharon, atonia palpebræ.*) Raramente la paralisi di questo muscolo è perfetta, se i muscoli vicini non vi partecipano più o meno nel medesimo tempo.

Quando le due palpebre sono cascanti senza che il malato le possa sollevare, vi ha per lo più l' atonia o la paralisia del muscolo orbicolare; allora il malato non può ravvicinare se non che imperfettamente le due palpebre l' una all' altra. Questa paralisi della palpebra (*blepharoplegia*) è spesso accompagnata da sensazione di freddo al di sopra dei sopraccigli, da cefalalgia del lato affetto, ed assai spesso da tracce di paralisia e di debolezza nei muscoli circonvicini. La palpebra paralizzata è appena edematosa; quando la si solleva col dito , ricade adagio adagio; il globo dell' occhio stesso mostra l' espressione di languore; l' iride è pigra ad eseguire i suoi muovimenti, la pupilla è dilatata, e la visione infievolita od affatto abolita. Talvolta i muscoli dell' occhio sembrano colpiti da paralisi, mentre che la visione persiste; in questo caso, lasciano quasi cascare il globo dell' occhio fuori dell' orbita (*Ophthalmoptosi paralitica.*) Qualche volta la paralisia non colpisce che l' uno o l' altro dei muscoli dell' occhio; vi ha allora lo strabismo , ed il globo oculare si dirige dal lato ove i muscoli possono ancora agire. Il malato vede gli oggetti doppi; sollevando colla mano la palpebra paralizzata, cerca di fissare su di essi i due occhi al tempo stesso. La paralisi della lingua , dei muscoli della faccia etc. che accompagna talvolta quella della palpebra, indica sempre un' affezione più grave e più profonda.

Le cause che ponno apportare l' atonia o la paralisia delle palpebre sono variabili. Spesse volte si è veduta codest' affezione succedere all' uso lunghissimamente prolungato degli emollienti per combattere delle ottalmie, o dall' applicazione continua delle fa-

diecisette o diciotto ore, giacchè io ho spesso osservato che in questi soggetti, i bordi della piaga non erano ancora riuniti dodici ore dopo l' operazione.

sciature troppo strette da obbligare le palpebre a rimanere nello stato di perfetta occlusione. Una delle cause la più frequente è l' apoplessìa : la caduta della palpebra superiore è allora ordinariamente accompagnata dalla paralisi di qualche altra parte. Essa si manifesta talvolta nelle ragazze clorotiche, ed in generale nei soggetti la di cui fibra è debole e rilasciata, senza riscontrarvi altre cause apparenti. In qualche caso raro in vero si è osservata la caduta della palpebra superiore presentarsi periodicamente.

La guarigione della *blefaroptosi*, allorchè è leggiera s' ottiene spesso per mezzo di un regime adattato. La respirazione dell' aria asciutta, in esempio, l' uso moderato delle bevande spiritose, e le fregagioni fatte sulla palpebra con flanella calda, producono l'intento. Nei casi più ostinati, si possono fare delle strofinazioni con diverse sostanze stimolanti, tali che coll' essenza di serpillo, coll' ammoniaca e l' acqua di calce, colla tintura di cantaridi; o secondo il parere di *Reil*, colla preparazione seguente:

℞. Olio di Lauro. . . . . ʒ ij.
Detto di macis . . . . . ʒj. ß.
di Garofani . . . . . ℈j.
Balsamo del Perù . . . . ʒ ij.

Mescolate e fate delle fregagioni sulle tempie e sulle palpebre.

Oppur anco si usa, secondo l' avviso di *Conradi* (1) l' olio di finocchio con gas ammoniaco. Si sono ancora ottenuti grandi vantaggi dalle docce dirette sull' occipite. Nei casi ostinatissimi si può mettere in pratica il galvanismo, o la cura proposta da *Adamo Schmidt* (2). Questo medico faceva applicare fra l' angolo della mascella e l' apofisi mastoi-

(1) *Arnemann, magazin der Wundarzneiwisscychaft*, 1 Bd., 1 st. s. 55.

(2) *Nuova maniera di guarire la paralisia e lo spasmo continuo delle palpebre.* (Abhandt. der. K. K. med. chir- Josephconademir su Wien, vol. 2. p. 365; ugualmente nella Bibl. ophthalmolog. de *Himly* et *Schmidt*.

dea, un pezzo di pannolino finestrato, la di cui apertura avesse un pollice di diametro; egli lo ricuopriva di una pasta composta di potassa caustica e d'acqua, e la lasciava produrre tutto il suo effetto, che suole esser completo ordinariamente dopo tre o quattr' ore. Medicava l'escara nera che ne resultava con unguento digestivo; e dopo il suo distacco, che accadeva al termine di sei o di otto giorni, sosteneva la suppurazione per quindici giorni od un mese col medesimo unguento; quando la suppurazione si arrestava, medicava colla tintura di cantaridi, o col precipitato rosso. Si proponeva in questo modo di addestare uno stimolo in qualche diramazione nervosa della terza branca del quinto pajo, che, come ognun sà, manda dei piccoli rami alle palpebre.

Quando la *Blefaroptosi* depende da affezione generale, il medico deve occuparsi di questa. Bisogna conseguentemente aver riguardo alle cause se dependono da discrasie esistenti; come se da artritide, in esempio, reclama l' uso interno del guajaco, della tintura di semi di colchico, etc. ugualmente che l'olio di sabina esternamente. Se la blefaroptosi non è che sintomatica dell' apoplessìa sanguigna, e che il medico possa occuparsene sollecitamente, il salasso è indicato ed in seguito si adopra il *tartaro stibiato* a dosi refratte, il *carbonato d' ammoniaca*, *l' arnica*, *la canfora*, *la valeriana*, *l' olio animale etereo*.

SPASMO DELLE PALPEBRE.

Spasmus palpebrarum, *Blepharospasmij*
(ΒΛΕΦΑΡΟΝ, *palpebra*, *e* ΣΩΛΩ, *tirare*, *riserrare*.)

Quantunque questa malattia non meriti di essere trattata a parte, atteso che dessa non si presenta mai che come sintoma o accidente d' altre malattie, io ne parlerò qui brevemente affinchè sotto il rapporto del diagnostico, essa non sia giammai confusa colla caduta della palpebra.

Si chiama *blefarospasmo* la contrazione involontaria, improvvisa, per lo più periodica, talvolta

dolorosa di ambe le palpebre, nella quale la pelle che ricuopre la palpebra superiore è increspata, mentre che i muscoli che attorniano l' occhio sono nello stato di contrazione. Questo spasmo si manifesta particolarmente nelle persone sensibilissime, più spesso nei fanciulli, che fra gli adulti, nelle donne di preferenza, che fra gli uomini. Qualche volta è preceduto dall' emicrania, da paracusi, etc. Quando le palpebre sono nello stato di contrazione, il medico stesso prova fatica ad aprirle; se questo stato spasmodico è continuo, può sovente durare lungo tempo, ed acquista allora il nome di *Blefarospasmo tonico*; ma se si manifesta con dei muovimenti spasmodici e alternativi di apertura e chiudimento delle palpebre, cioè se è clonico, questo fenomeno è indicato col nome di *Nictitatio palpebrarum*, battimento delle palpebre.

Le cause dello spasmo dependono per la massima parte da malattie generali; è questa la ragione ancora mercè la quale si riscontra il Blefarospasmo nell' ipocondria, nell'isterismo, nella danza di S: Vitto, nell' affezione verminosa, nelle ottalmie scrofolose, etc. Negli adulti, quest' affezione è spesso prodotta dal reumatismo. La cura dev' essere regolata a forma della malattia principale. Allorquando il blefarospasmo è prodotto dal reumatismo si usano con vantaggio dei bagni generali tiepidi, su quali si aggiungono delle fregagioni forti in tutto il corpo, fatte con flanella, o con lana durante e dopo il bagno. Il medesimo mezzo può servire pressochè in tutte le affezioni spasmodiche delle palpebre, eccettuato nel *Blefarospasmo* che accompagna le ottalmie scrofolose, nelle quali l' ho esperimentato fino ad ora piuttosto disutile che vantaggioso (*). Quando lo spasmo persiste per molto

(*) É incontrastabile che il bagno generale tiepido di acqua dolce, anzichè un sicuro rimedio nelle affezioni scrofolose, è piuttosto un mezzo assolutamente dannoso, qualunque ne sia la parte sulla quale di se fa special mostra tal malattia, e sotto qualunque forma pur anco si presenti.

I medici italiani non solo, ma molti pure d'oltramonti sostituiscono volentieri al giustamente proscritto bagno dal-

tempo, il metodo di *Schmidt*, indicato contro la Blefaroptosi, consistente nell' uso del caustico, è utilissimo.

Accade pure, assai di spesso, che si guarisce sollecitamente lo spasmo per mezzo del moxa, o del vessicatorio applicati ad una maggiore o minore distanza della sede della malattia. In qualche caso in cui l' affezione spasmodica sembra mantenersi per una specie d' abitudine ormai contratta, essendo le cause già state distrutte, si ottengono dei buoni effetti delle fregagioni fatte con tinture stimolanti volatili. Nei soggetti poi molto sensibili, si fanno con olio combinato coll' oppio, come nella preparazione seguente.

℞ Oppio puro. . . . . ℈j a ʒ ß
Olio di mandorle dolci. . . ʒ ij.
Detto essenziale di cammomilla. . . . . ʒ ß.
Mescolate esattamente. (*)

l'Autore quelli di acqua di mare. È fra noi generale opinione che se non posson considerarsi per se soli quali specifici per sì ribelle malattia, è però forza convenire che essi apportano presso che costantemente non piccoli vantaggi, mentre dannosi non furon mai esperimentati in consimili morbi, se particolarmente prescritti e guidati da esperto conoscitore di questa, forse, troppo negletta parte d'igienica. Si consulti a tale uopo l'eccellente trattato di *Buchan* sopra l'uso dei bagni di mare. Versione italiana, tipograf: Nistri, Pisa 1817. Sono pur degni di essere conosciuti gli scritti di *Marcard*, *Currie*, e la memoria del D.r *Mourgé* di *Diepper*, coronata dall' Accademia delle scienze di Harlem, intitolato *Ricerche sugli effetti ed il modo di agire dei bagni di mare* (*Gazette Médicale*. Maggio 1830.) (Nota. del Trad.)

(*) Chimicamente parlando l' indicata prescrizione sembrami antirazionale. Dalle analisi fatte non costa certo che l' oppio contenga principj tali da essere solubili nell' olio di mandorle dolci, conseguentemente bisognerebbe supporre che l' olio solo avesse in se le proprietà volute dall' autore; ma se nell' oppio le ripone, a mio credere, sarà assai meglio polverizzato più finamente che sia possibile, unirlo ad altra sostanza grassa, formandone pomata. Così preparato potrà essere più facilmente trattenuto sulla parte, per agevolarne l' assorbimento, ed è in tal caso sperabile vedere spiegata la sua azione sedativa sui nervi interessati nella malattia che sopra. (N. D T.)

Per fare delle fregagioni cinque o sei volte ogni giorno sulla regione dell' occhio, e particolarmente al di sopra del sopracciglio.

Se lo spasmo è prodotto dalla presenza di corpi estranei fra l' occhio e le palpebre, dopo averli rimossi, serve limitarsi a seguire le regole indicate per la cura dell' ottalmia semplice. Il battimento delle palpebre è spesso congenito; altre volte sopravviene in seguito della caduta dei sopraccigli , e delle ciglia stesse.

IMPOSSIBILITA' DI CHIUDERE LE PALPEBRE.

Lagottalmia, Lagophthalmos (ΛΑΓΩΟΣ, *lepre* e Ο'ΦΘΑΛΜΟΣ, *occhio*) *Oculus leporinus*, (*occhio di lepre.*)

Sotto questo nome si designa lo stato anormale, nel quale la palpebra superiore, e più raramente l' inferiore, essendo scorciate non ponno ricuoprire il globo dell' occhio.

La causa di questa deformità consiste talora nello stato spasmodico del muscolo ellevatore della palpebra superiore, talvolta nel rilasciamento della stessa palpebra, qualche altra ancora per delle cicatrici viziose formate in seguito di piaghe e ulceri delle palpebre, accompagnate da perdita di sostanza. La lagottalmia è raramente congenita.

Il *prognostico* è spesso favorevole, particolarmente se la malattia non è il resultato di vizio organico; ma quando è dovuto ad una perdita di sostanza considerabile sofferta dalla palpebra, l'occhio essendo allora esposto a tutte le cattive influenze esterne, ne può resultare un' ottalmia, l' oscuramento, e pur anco il disseccamento della cornea. Se lo scorciamento non è molto significante il prognostico è molto più favorevole, almeno sotto il rapporto delle funzioni dell' occhio, poichè questi non resterà che parzialmente allo scoperto.

La *cura* consiste nell' uso degli antispasmodici, quando la lagottalmìa è dovuta allo stato di spasmo. Si mettono in pratica delle applicazioni toniche,

se l' affezione tiene al semplice rilasciamento, ma se delle malattie generali formano la causa principale dello spasmo o dello stato di rilasciamento, queste non devono essere trascurate.

Allorquando una porzione della palpebra inferiore è stata distrutta in seguito di ulcerazione etc., si può tentare di formare una palpebra artificiale, secondo il metodo di *Dzondi*, con un lembo di pelle preso sulla faccia. Questo mezzo di supplire alla perdita di sostanza è sempre imperfetto, e non ripara che in parte alla deformità esistente. Si fanno a tale effetto, nella pelle vicina della faccia tre incisioni di lunghezza variabile, che si riunischino sotto degli angoli che si ravvicinino più o meno all' angolo retto, secondo l' estensione e la forma che si vuol dare al lembo. La loro direzione può, d' altronde, essere disegnata prima dell' operazione, o coll' inchiostro, o con altro qualunque liquido colorito. Ciò fatto si separa con diligenza il lembo sui suoi tre lati dalle parti vicine, e dai muscoli sottoposti, in modo tale che dal quarto lato resti aderente con una base assai larga. Allorchè ciò è eseguito, si rovescia in alto il lembo distaccato, e si avvicina per mezzo di diversi piccoli aghi curvi ai due bordi laterali, ove ha avuto luogo la perdita di sostanza che si è prima d' ogni altra cosa cruentata collo strumento tagliente. Quando il lembo è perfettamente a contatto coi bordi della ferita fatta si distrugge per mezzo delle cesoje il suo antico mezzo d' unione col resto della pelle della faccia, dando a questa nuova palpebra la forma la più conveniente possibile. Non bisogna perdere di vista che il lembo che si forma colla pelle della faccia deve essere costantemente un poco più grande della perdita di sostanza, che è destinata a surrogare, imperocchè senza questa precauzione, la nuova palpebra potrebbe rimanere troppo piccola, a motivo della retrazione, che sempre ha luogo dopo la riunione. Generalmente, quest' operazione acciocchè sia coronata da buon successo, richiede immancabilmente grand' attenzione.

Nei casi, ove la *Ligottalmia* è prodotta da ci-

catrici della pelle che ricuopre le palpebre, è stato consigliato, come nell' *ettropio*, l'incisione della palpebra, e la dilatazione meccanica della piaga fino alla sua completa guarigione; ma questo processo è stato rarissimamente seguito da resultati soddisfacenti. Il professore *Dzondi* (1) ne ha reso di pubblico diritto uno per mezzo del quale ha spesso guarito lo scorciamento della palpebra o *ettropio*.

Questi consiste nel fare esercitare sulla cicatrice (che è sovente immobile, a cagione della piccola quantità di tessuto cellulare sottoposto) delle trazioni forti e frequenti, in differenti direzioni, continuate per uno o due mesi, ad oggetto di renderla più mobile. Allorchè egli ha ottenuto, il desiderato resultato, fa alla cicatrice un'incisione orizzontale in tutta la sua spessezza, e col bisturi distacca il tessuto cellulare sottostante, perchè niente si opponga allo scostamento dei bordi della piaga. Il giorno in cui soggiace il malato all'operazione, egli fa la medicatura asciutta, ma nei giorni successivi si serve della pomata di cantaridi e dell' unguento basilio, ordinariamente a parti uguali, colla veduta di provocare lo sviluppo di un gran numero di bottoni carnosi.

Questa medicatura è rinnovata ogni venti quattr'ore, od anco più spesso durante quattro settimane, e non si permette alla piaga di cicatrizzarsi se non se quando le vegetazioni carnose si ellevano una linea almeno al di sopra del livello dei suoi bordi, e fino a che non sono abbastanza consistenti per mantenere lo scostamento dei vecchi bordi della piaga dopo la cicatrizzazione.

In tutti i casi le palpebre devono esser chiuse durante tutto il tempo della cura, e distese per mezzo di striscie agglutinative.

Del resto l' esposto processo appartiene primitivamente a *Celso*, (lib. VII. ß 9.), solamente la descrizione che ne dà l' autore è meno dettagliata.

(1) Beitrage zur Vervollkommnung Heilkunde. 1816. pag. 169. (*Memoria per servire al perfezionamento della medicina.*)

Rovesciamento interno del bordo delle palpebre.

Entropio ΕΝ, *dentro*, e ΤΡΕΠΩ, *girare, rovesciare*) *Introversio, palpebrarum.*

Quest'affezione consiste nel rovesciamento del bordo libero della palpebra superiore, o dell'inferiore, o di ambedue contemporaneamente; rovesciamento tale, che il bordo esterno della cartilagine tarso in luogo di essere allontanato dal globo dell'occhio, come nello stato normale, lo tocca immediatamente; nel tempo stesso i cigli sono diretti verso di lui pure, talchè sono in contatto colla sua superficie, (*trichiasis*), lo irritano, cagionando una continua lagrimazione; e, quando la malattia è trascurata, possono apportare facilmente delle ottalmie croniche spiacevoli, e degl' intorbidamenti (*panno*) nella cornea. Ordinariamente l' introversione ha luogo in tutta l' estensione del bordo della palpebra superiore o inferiore, o di tutte e due nel tempo stesso. È raro di vedere degli *entropi* non occupare che una sola parte della palpebra; e tutte le volte ch' io ne ho osservati avevano la loro sede verso l' angolo esterno dell' occhio.

Le principali cause dell' entropio sono il rilasciamento od il prolungamento della pelle delle palpebre; le differenti specie di ottalmie, che interessano la cartilagine tarso, piegandola in dentro, e formando una specie di scorciamento del suo tessuto.

L' accorciamento della cartilagine tarso e l' *entropio* consecutivo sono dovuti per lo più a delle *psorottalmie croniche*, assolutamente non curate, e a delle *blefarottalmie scrofolose*, soprattutto quando queste affezioni si trovano accompagnate da ulcerazioni considerabili del bordo delle palpebre, e quando sono cariche di grosse croste che vi lasciano accumulare i malati per molti giorni, senza pensare a lavarle, ed a mantenere la proprietà delle parti affette. Lasciando estendersi, in questo modo, le ul-

cerazioni, in tutti i sensi, il pericondrio della cartilagine tarso, o la cartilagine stessa, restano affette e distrutte in parte, da dove resultano (allorchè la guarigione è finalmente completa) delle cicatrici, e delle contrazioni che costituiscono *l'entropio*.

Si conosce che questa malattia è il resultato dello scorciamento del tarso, dalla direzione viziosa del bordo della palpebra, se persiste quand' anco sia tirato in fuori colle dita. La membrana interna del bordo palpebrale è callosa, ed offre in generale degl' infossamenti in diversi punti, che sono il prodotto di antiche ulcerazioni. Le ciglia, spesso, cascano in parte. Tale accidente si presenta al momento che si sviluppa la malattia. Sono in seguito rimpiazzate da altre più fini, o dopo la guarigione e la cicatrizzazione del bordo delle palpebre, oppuranco prima che dessa abbia avuto luogo completamente. Queste nuove ciglia sono ordinariamente distribuite irregolarmente. Si vede qualche volta l' *entropio* succedere ad un' ottalmia senza che la cartilagine tarso sia affetta, nei soggetti particolarmente le di cui occupazioni esigono ch' essi abbiano gli occhi continuamente diretti sopra oggetti picciolissimi rilucenti, ciò che gli obbliga a contrarre frequentemente il muscolo orbicolare delle palpebre. Gli scorciamenti della faccia interna delle palpebre resultanti da cicatrici, etc., o da certi tumori sviluppati nella loro superficie, apportano assai di spesso l' introversione dei bordi palpebrali.

Se l' *entropio* dipende unicamente dal rilasciamento o prolungamento della pelle o dalla retrazione della membrana interna della palpebra (1), e che questa possa essere ricondotta alla sua posizione naturale scorciando la pelle, è utile in questo caso seguire il processo operatorio impiegato per la caduta della palpebra (*ptosis palpebræ*) che consiste nell' asportare il lembo eccedente, e nel riunire in seguito la ferita di

(1) Nel penultimo caso, l' entropio è accompagnato da blefaroptosi.

prima intenzione (1), metodo che fu già annunziato da *Celso* (2).

Se l' introversione delle palpebre attacca dei soggetti avanzati in età e forniti di costituzione rilasciata, quando cioè è ancora al principio e ch' essa riconosce per causa un'affezione paralitica, può, in certi casi essere guarita usando qualche irritante, come in esempio, la tintura di cantaridi, e tc.

Vi sono nonostante ancora molti altri mezzi per risanare da quest'affezione; io indicherò i più interessanti.

Se l' entropio dipende da rilasciamento della pelle delle palpebre o dei muscoli che servono ai loro muovimenti, si può mettere in pratica il metodo preconizzato da *Helling* (3) Desso consiste nell'applicazione dell' acido solforico concentrato. Quantunque questo mezzo sia ben lungi dall' essere infallibile, è stato nulladimeno messo in pratica con successo da molti medici, e nominatamente da *Quadri*, a Napoli, il quale, nella sua opera intitolata, *Annotazioni pratiche sulle malattie degli occhi.* **1819**, pag. **67.** descrive la maniera nella quale l' ha impiegato, e cita molte osservazioni. Ecco com' egli si conduce nella sua applicazione.

Dopo di avere messa una striscia di cerotto agglutinativo in modo da impedire all' acido solforico di penetrare nell' occhio, estende sulla pelle della palpebra col mezzo di un piccolo fuscellino di legno, una gocciola di acido solforico concentrato, in modo da ricuoprire una superficie ovale larga un quarto

(1) *Demour* (*Trattato delle malattie degli occhi* con tavole colorite rappresentanti queste malattie al naturale, Parigi, 1818, T. I, pag. 106) assicura aver guariti gli entropi dependenti da un' estrema lassezza della pelle, sopraggiunti in seguito d' edema del tessuto cellulare, col metodo conosciuto da molto tempo, cioè per mezzo di due o tre striscie di taffettà gommato (taffettà d' Inghilterra.) Egli dice esservi qualche volta riuscito con questo mezzo uello spazio di venti giorni.

(2) Lib. VII T. 8.

(3) Vedete *Hufelands Journal* 40 Bd., St. pag. 98.

di pollice, ed un poco più lunga della linea occupata dalle ciglia rivolte in dentro. Appena sono passati dieci secondi dall' applicazione dell' acido, asciuga la palpebra con precauzione, acciocchè non si estenda più oltre. Ne applica di nuovo, e nella stessa maniera una seconda goccioletta, procurando di estenderla in modo da ricuoprire una superficie più estesa. Se, dopo quest' applicazione, la pelle della palpebra si ritira, se le ciglia incominciano ad allontanarsi dal globo dell'occhio, e non lo toccano più, sospende l'azione dell'acido; se, al contrario, sono renitenti a scostarsi, ne fa una o due altre applicazioni. Quando le ciglia incominciano ad allontanarsi dal globo dell' occhio, le lega in tre o quattro fascetti col mezzo di fili di seta, che fissa alla fronte, ad oggetto di obbligare questi peli in fuori, ed ellevare nel tempo stesso la palpebra. Dietro quanto ho osservato, quest' ultima operazione è difficilmente eseguibile; poichè accade sovente che i fili di seta si distaccano al minimo battere delle ciglia.

Un altro metodo antico, proposto da *Bartisch*, consiste nel prendere il lembo di pelle eccedente, con una macchina da compressione, per mezzo della quale si lascia cadere in mortificazione. Ai nostri giorni questo metodo è stato messo in pratica da *Demours*, con una modificazione che ha per iscopo di sostituire alla informe macchina accennata un filo ritorto su se stesso (1).

L' uso del ferro rovente ha un analogo resultato, soltanto è assai più pericoloso attesa la prossimità di un organo cotanto delicato. Si tocca la palpebra col ferro candente, colla veduta di determinare una contrazione ed una cicatrizzazione accompagnata da scorciamento dei suoi integumenti esterni. *Il Ware* (*Chirurgical observations, etc.*) è andato ancor più lungi. In un caso in cui attribuì la causa dell' *entropio* al rilasciamento del muscolo ellevatore della palpebra lo mise al nudo, lo toccò con un ferro ro-

(1) L. c. t. IV, Fig. 62.

vente, ciò che apportò la desiderata contrazione, ed il malato guarì.

Non bisogna essere maravigliati di tale resultato, poichè anco il metodo di *Scarpa* , che consiste nel recidere un lembo di pelle della palpebra , ed a lasciare cicatrizzare la piaga senza usare la sutura , è qualche volta susseguito da buon successo.

Il metodo di *Wardrop* (1) che consiste nello incidere l' angolo esterno delle palpebre, e nel rendere con questo mezzo la loro direzione normale ai bordi rovesciati, non presenta delle lusinghe di successo che in piccolo numero di casi.

Se l' *entropio* è la conseguenza della recidiva frequente della blefaroblennorrea, particolarmente di quelle scrofolose, le quali hanno apportato lo scorciamento e l' incurvatura della cartilagine tarso; se il bordo rosso, deforme e tumefatto della palpebra non si presta alla riduzione per mezzo delle trazioni e del sollevamento della pelle; e se al contrario rimane sempre diretto contro il globo dell' occhio , vi è allora poca speranza di guarigione. Gli oculisti i più esperimentati classano la malattia in proposito fra le affezioni che hanno guarite meno facilmente, e raccomandano, se vi sono dei cigli diretti contro il globo dell' occhio, di svellerli, colla veduta di garantire quest' organo dall' irritazione ch' essi cagionano colla loro confricazione, ed affine di prevenire la formazione del *panno*.

In questi ultimi tempi, in Inghilterra si è preferito con vantaggio un metodo ch' io m' accingo a descrivere. Il dottor *Saunders* (2) considerando che il muscolo ellevatore della palpebra superiore s' inserisce nei tegumenti e nella congiuntiva della palpebra, ha praticato nel modo seguente il riseccamento completo della cartilagine tarso , indurita e ripiegata su se stessa. Dopo avere introdotto fra la palpebra ed il globo dell' occhio una sottilissima placa di corno o

(1) Vedete *Himly's Bibliothek fur Ophthalmologie* , etc. Hannover 1816, 1 Bd., 1 St., s. 57.

(2) L. c., p. 85.

d'argento, avente una curvatura analoga a quella della palpebra, la tende, incide i tegumenti esterni ed il muscolo orbicolare, nella direzione della cartilagine tarso, immediatamente al disopra del bulbo dei cigli; disecca in seguito con precauzione la superficie esterna di questa cartilagine, fino a che il suo bordo orbitale sia messo al nudo; divide quindi la congiuntiva e le parti laterali: dopo ciò non rimane che a tagliare la cartilagine tarso, avendo la precauzione di non interessare i punti lagrimali.

Gl' integumenti e la congiuntiva guariscono in seguito in pochi giorni; ma ogni volta che accadde a *Saunders* di fare quest' operazione, si sviluppò costantemente sulla piaga resultante dall' incisione, un fungo di un volume considerabile, ch' egli distruggeva facilmente per mezzo de' caustici, e meglio ancora col bisturì. Quando una piccola cicatrice, che ha la sua sede alla faccia interna della cartilagine tarso, dà luogo ad un *entropio parziale*, e che le ciglia irritano considerabilmente il globo dell' occhio, *Saunders* (1) asporta, dalla parte della palpebra che presenta il rovesciamento in dentro, una porzione di pelle assai considerabile, per sradicare nel tempo stesso i bulbi dei cigli corrispondenti.

INTROVERSIONE DELLE CIGLIA.

Trichiasis, Trichosis (ΘΡΙΞ, *capello, pelo*; ΤΡΙΧΙΑΩ, *avere male ai capelli, ai peli*) *e distichiasis, doppio ordine di cigli, phalangosis* (*di Galeno.*)

Si dà il nome di *trichiasis* a quell' affezione che consiste nella direzione più o meno irregolare delle ciglia, voltate verso il globo dell' occhio. Questa disposizione viziosa si presenta più spesso nella palpebra inferiore. Se dessa si estende a tutte le ciglia, *trichiasi totale*, (ciò che è assai raro, eccettuati i casi ove il *trichiasi* è la conseguenza dell' *entropio*) oppure la malattia consiste solamente nella deviazio-

(1) L., c., p. 86.

ne di alcuni cigli, che sono diretti verso il globo dell' occhio, *trichiasi parziale*; e in quest' ultimo caso, il diagnostico non è sempre facile. L' introversione delle ciglia cagiona dell' irritazione continua sulla faccia anteriore del globo dell' occhio che s' accompagna assai spesso coll' epifora, col dolore, coll' infiammazione, col *panno*, coll' albugine e coll' ulcerazione della cornea.

Il *distichiasi* o *falangosi* è quello stato in cui, indipendentemente dall' ordine consueto delle ciglia, ve n'ha ancora un altro più o meno completo che si dirige pur esso verso il globo dell'occhio, ed esercita delle confricazioni sulla sua superficie. Si è data ancora questa denominazione ad un' altra aberrazione delle ciglia, che consiste nell' essere alcune di esse girate in avanti, altre in dietro, sembrando così due ordini, quantunque non n' esista realmente che uno. La *prima varietà* o il *distichiasi* propriamente detto, coincide qualche volta collo sviluppo dei peli sulla congiuntiva del globo dell' occhio, o delle parti circonvicine (1); egli è talmente raro, che dei celebri chirurghi come *Scarpa*, etc. non l' hanno giammai osservato, e dubitano della sua esistenza, mentre è stato però veduto molte volte da altri, come da *Demours* che l' ha incontrato più di venti volte, e da *Beer* che lo vidde più fiate nel corso di varj anni. Ma se non è frequente che le ciglia sieno disposte in modo da for-

(1) Queste produzioni pelose sviluppate in luoghi insoliti, sono state descritte da molti medici. Per esempio, *De Gazelles* (Giornale di medicina, t. XXIV) ha veduto un pelo nascente nella cornea, che ripullulava ogni volta che era strappato. *Wardrop* (l. c. p. 30) ha osservati dei peli sviluppati sopra alcune escrescenze della congiuntiva. *Albino* (acad. annat. lib. III. cap. VIII) *Morgagni* hanno veduti di questi peli sulla caruncola lagrimale. *Demours* ed altri ne hanno riscontrati sulla cornea, sopra la scelerotica, etc. *Wardrop* e *Demours* hanno pubblicate delle figure di questi casi. Accade spesso che il bordo delle palpebre produce straordinariamente dei peli che irritano il globo dell'occhio, in maniera che vengono accresciuti gli effetti della *trichiasi*. *Maitre-jan* ed il professor *Troja* lo hanno asserito, e l' esperienza comprova la realtà del fatto.

marne due ordini perfetti, ve n' ha talvolta al contrario tre ordini (*tristichiasi*), ed in alcuni casi rari vi sono fino quattro (*tetrastichiasi*), esempi dei quali sono stati riportati da *Albino*, (1) , e da *Quadri* (2) Ma queste specie di distinzioni sono poco essenziali. (3).

Indipendentemente dall' essere l' *entropio* sempre accompagnato da *trichiasi*, questi riconosce pure altre cause.

È desso sovente prodotto dalle blefaroblennorree trascurate , dalle psorottalmie , etc. accompagnate da ulcerazioni del bordo delle palpebre, che in questo caso diventa calloso, e spesso mostruosissimo, a motivo delle cicatrici che dietro lasciano le ulcerazioni; da ciò resulta che le ciglia sono allontanate dalla loro direzione naturale, e sono spesso obbligate a dispiegarsi verso l' angolo interno del bordo palpebrale. Ma talvolta i bulbi delle ciglia non presentano alcuna alterazione, e non s' incurvano verso il globo dell' occhio che alla loro uscita dal bordo della palpebra; questo è ciò che si osserva qualche volta in alcune blefaroblennorree assolutamente semplici, senza escoriazioni nè cicatrici, allorquando cioè i malati avendo le ciglia incollate e riunite insieme, giacciono costantemente sul viso.

Il prognostico del *trichiasi* è favorevole quando questa affezione non è il resultato della deformità del bordo palpebrale; ma se è dovuta ad una simile causa, la guarigione radicale è difficilissima ad ottenersi. (4).

(1) *Acad. annotationes*, lib. III. cap. VII.

(2) L. c.

(3) Io ho spesso osservato il *distichiasi* ed il *tristichiasi* delle ciglia, ma costantemente ho veduto che i peli anormali erano sempre più fini, più delicati, e più pallidi dei cigli regolari, ugualmente gli ho di rado veduti così ben curvati che quest' ultimi.

(4) Il Dottore *Jeger*, di Vienna, ha di recente proposta l' operazione seguente, ch' egli ha praticata molte volte con successo, per guarire il *trichiasi* completo, resultante da deformità del bordo palpebrale. Io vi esporrò il suo processo

Se ne ottiene pure la guarigione strappando le ciglia per mezzo di una pinzetta da peli (1) poche alla volta, ma spesso, la direzione delle quali è viziosa. Conseguentemente si prendono una ad una, più vicino al bordo delle palpebre che è possibile, e si svellono con una trazione risoluta e forte, fatta nella direzione del bulbo.

Allorquando i bulbi delle ciglia non sono viziosi (come ciò ha spesso luogo quando il bordo della palpebra non è la sede di alcuna deformità) le ciglia che si riproducono, riprendono in se-

tal quale è stato da me modificato e da altri. Un aiuto tende delicatamente e tira un poco in alto la palpebra malata, servendosi delle dita indicatore e medio della mano sinistra, l' operatore, procedendo nell' istesso modo verso l' angolo esterno dell' occhio, divide in seguito i comuni integumenti per mezzo di un piccolo bisturì a tagliente convesso, mezza linea circa al disopra del bordo palpebrale, e nella sua direzione, partendo dall' angolo esterno, se opera sull' occhio diritto, e viceversa se opera sul sinistro. Dopo avere asciugato il sangue per mezzo di una spugna imbevuta di acqua fredda, l' operatore prende con un pajo di buone pinzette il bordo inferiore della ferita, verso l' angolo che si trova a miglior portata della sua mano, lo disecca adagio adagio col bisturì fino sulla cartilagine tarso, avendo la precauzione di risparmiare i punti lagrimali. Dopo avere scrupolosamente esaminata la ferita per estirpare i bulbi delle ciglia, se ve n' ha al disotto della cartilagine tarso, ricuopre la palpebra con una compressa imbevuta di acqua fredda, e continua in seguito questa medicatura.

Per avere un appoggio durante l' operazione, che suol essere assai penosa, è utile di fare scorrere fra la palpebra ed il globo dell' occhio, una placa di corno o di legno in forma di cucchiajo, presentando una curvatura adattata alla convessità del globo dell' occhio. *Zang*. (*Darstellung blut. kailk. Operationen.* 2 13 d.) ha descritto e fatto delineare un istrumento analogo.

Saunders si serve di una simile placa pel riseccamento (ved. entropio). Io ho veduto eseguire quest' operazione, nell' estate del 1817, alla clinica del professor *Beer*, dal dottor *Rosza*, ma un viaggio che intrapresi immediatamente dopo per il mezzogiorno d' Europa, m' impedì di vederne il resultato.

(1) Per evitare una troppo lunga irritazione non si devono svellere più di tre o quattro ciglia per giorno.

guito una direzione lodevole. In tutti gli altri casi l' avulsione di questi peli non è che un mezzo palliativo; ma essa può apportare anco la guarigione radicale se si ripete spesso, imperocchè *Callisen* (1) *Rowley* (2) *Beer* etc., hanno osservato, particolarmente nei soggetti giovani, le ciglia, e le sopracciglia non riprodursi, dopo di essere strappate più volte di seguito (*). Acciocchè quest' estrazione sia susseguita dal resultato desiderato bisogna non solo prendere le ciglia vicine quanto è possibile al loro punto d' inserzione, con una pinzetta smussata, ma è necessario altresì svellerle ad un tratto, seguendo esattamente la direzione nella quale sortono dalla palpebra. Se non si usa una tale precauzione, non è niente straordinario che le ciglia, venendo a troncarsi in luogo di essere estratte per intiero, la specie di punta che rimane nella pelle irriti l' occhio assai più di prima. Il *trichiasi* che accompagna l' *entropio* non può scomparire che dietro la guarigione dell' ultimo (**)

(1) Vedete il suo manuale di Chirurgia scritto in latino.

(2) Diseases of the eyes.

(*) Il mezzo il più sicuro per impedire che le ciglia si riproduchino dopo averle strappate consiste nel cauterizzare il bulbo rimasto nella palpebra con un ago infuocato. Il processo ingegnoso di cui si serve per quest' oggetto il dottor *Champesne* merita la preferenza per questa piccola operazione. Consiste in un ago fissato sopra un piccolo globo di acciajo, retto questo pure da un manico del medesimo metallo. Quest' istrumento essendo stato riscaldato, si può cauterizzare per molto tempo coll' ago, continuando il globo a somministrarli del calorico a misura che ne perde l' ago.

(N. D. T.)

(**) Il defonto Cav: Andrea Vaccà Berlinghieri è frequentemente riuscito a guarire completamente il trichiasi colla seguente operazione. Egli si assicurava del numero de' cigli deviati, e tracciava in seguito con inchiostro sulla faccia esterna della palpebra una linea paralella al suo bordo libero ed alla distanza di un quarto di linea; la prolungava esattamente in tutta l' estensione della porzione della palpebra occupata dai cigli soprannumerarj. Metteva fra il globo dell' occhio e la palpebra una placa di corno o d' avorio leggermente concava da una parte, convessa sull'altra, rassomigliante presso a poco ad un cucchiajo, ma più rotondata

Ectropio (ΕΚΤΡΟΠΙΟΝ, *da* ΕΚ, *fuori di,* ΤΟΕΠΩ , *girare, rivolgere*) *Ectropium, Eversio palpebrarum.*

Questa malattia che consiste nel rovesciamento in fuori della faccia interna delle palpebre Ved: la tav. **1**. Fig: **1**. attacca più spesso la inferiore. Essa non è solo incomodissima per se stessa , ma cagiona presso che costantemente la lagrimazione, allorchè ha la sua sede nella palpebra inferiore, poichè allora la doccia ch'essa forma nello stato normale, e che serve a dirigere le lagrime verso il punto lagrimale inferiore , non esiste più.

La causa di cotesta malattia depende sovente dallo scorciamento della pelle delle palpebre, prodotto da piaghe, da ulceri, etc.; in questo caso è assai spesso accompagnata da *lagottalmia.* Può anco rico-

nella sua estremità. La faccia convessa di questa placa è scavata da una scannellatura, nella quale è ricevuto il bordo libero della palpebra , che un' ajuto fissa pigiando sui due angoli dell' occhio, colle dita *medio e indicatore* della mano diritta per l' occhio diritto, e *vice versa* , mentre che coll' altra mano obbliga il manico della placa sul davanti della guancia. L' operatore faceva, a ciascuna delle estremità segnate coll' inchiostro , una piccola incisione verticale di una linea e mezzo , che non interessasse che la spessezza della pelle, e terminasse al bordo libero della palpebra. Riuniva in seguito queste due incisioni con una terza che fosse paralella al bordo palpebrale , cadesse immediatamente al disopra della linea antecedentemente marcata. Sollevava in seguito il lembo che ne resultava, disseccandolo, e lo rovesciava, per mettere allo scoperto i bulbi delle ciglia. Dopo avere accuratamente ripulita la ferita dal sangue, egli prendeva con delle pinzette ciascun bulbo che dà origine ai cigli deviati, e gli riseccava o col bisturì e colle cesoje ; dopo quest' operazione riapplicava il lembo , e lo manteneva con delle strisce di taffetà gommato, applicate sopra alcuni cigli legati insieme. In un caso Vaccà, in luogo di riseccare i bulbi, si limitò a cauterizzarli. Egli svelleva ordinariamente le ciglia delle quali aveva distrutto i bulbi, e ciò immediatamente dopo l' operazione.

(N. del T.)

noscere per causa il prolongamento e la distensione della membrana interna delle palpebre, con tumefazione considerabile della congiuntiva, prodotta da tumori ateromatosi, e sarcomatosi, o da vegetazioni carnose di tutta la congiuntiva palpebrale (*ectropium sarcomatosum vel luxurians*) dovute queste pure alla blefaroblennorrea, alle ottalmie blennorroiche (*ophtalmia gonorrhoica*) alle scrofolose, od anco all' ottalmia semplice la quale dal più al meno sia accompagnata da somma tumefazione della congiuntiva. Qualche volta la blefarottalmia glandulosa semplice dà luogo all' ectropio della palpebra, particolarmente nei soggetti attempati e di costituzione cadente le di cui commettiture palpebrali sono state errose poco a poco, ed è ciò che è stato chiamato *ectropium senile*. Si dà pure lo stesso nome all'*ectropio* dei vecchi, prodotto da paralisi del muscolo orbicolare.

Il prognostico è favorevolissimo negli ectropi costituiti da cicatrici o da scorciamenti delle parti esterne delle palpebre. La deformità è allora per lo più incurabile; si può dire quasi altrettanto dell' *ectropio senile*.

L' ectropio sarcomatoso, al contrario, è di un prognostico assai più fausto, soprattutto se è recente; si può ancora, quando è antico, per lo più guarirlo senza gran difficoltà.

È incertissimo ottenere la guarigione, se la malattia è prodotta da cicatrici alle palpebre. Si è raccomandata allora l' incisione orizzontale dei tegumenti delle palpebre, e lo scostamento dei bordi della piaga, ma da questo processo non se ne sono ottenuti resultati soddisfacenti. Si è meglio riusciti levando quelle porzioni di congiuntiva che debordavano in fuori. Si è pur fatto il riseccamento delle cicatrici esterne, nei casi ove ciò era eseguibile, lasciando in seguito guarire la piaga dopo avere ridotto l' ectropio.

Tutti i mezzi proprj per rammollire e distendere le cicatrici, sono senza effetto; nulladimeno si arriva talvolta a forza di perseveranza, a rammollire e ad allungare le parti della palpebra che non sono comprese nella cicatrice, usando dei mezzi convenien-

ti. Questo compenso non può corrispondere se non quando tutta la palpebra è rovesciata.

Se con questo processo si vogliono guarire degli ectropi parziali prodotti da cicatrici, bisogna subito distruggere le vegetazioni sarcomatose della congiuntiva che tappezza la palpebra malata, se ne esistono, e non curarsi di ridurre l' ectropio se non allorquando si è ottenuto il resultato. È necessario, nel tempo stesso, mantenere le palpebre nella loro posizione naturale, tenendole chiuse ambedue col mezzo di striscie agglutinative convenientemente applicate. Si fanno ogni tre o quattr' ore delle fregagioni sulla faccia esterna ammalata, con olio di olive o di mandorle; si può pure usare del grasso od assungia recente. Bisogna osservare che le striscie restino uniformemente applicate, e non conviene rinnovarle che ogni due giorni. È necessario di fare rimarcare che la guarigione di quest' affezione richiede alcune settimane, ed ancora dei mesi intieri, secondo che dessa è più o meno considerabile, e durante tutto questo tempo la cura non dev' essere interrotta.

L' ectropio che è devoluto al rilasciamento od alla paralisia del muscolo orbicolare, si riscontra più di spesso nei vecchi, e costantemente alla palpebra inferiore solamente. Si distingue facilmente da quello che riconosce altre cagioni, perchè malgrado che la malattia persista da lungo tempo, non si formano che poche o punte vegetazioni sarcomatose sull' ectropio, quantunque sia molto rosso e che presenti più vasi sanguigni di quello che la faccia interna (*pagina interna*) di una palpebra sana; eccettuando però tutti que' casi ove i bordi della palpebra sono sotto l' influenza di una discrasia accidentale, e quelli pure prodotti dalla poca proprietà del malato, ugualmente che quelli cagionati da eccessi per le bevande alcooliche.

La guarigione dell' ectropio che depende da paralisia del muscolo orbicolare non è sempre sicura; e quando anco si arriva a rimediare in qualche modo la deformità, non si ottiene che lentissimamente. I mezzi i più adattati consistono nelle fregagioni che si fanno sulla pelle della palpebra con sostanze stimo-

lanti, spiritose ed oleose, tali che quelle di olio animale di Dippel, di finocchio, di cajeput; colla soluzione di ammoniaca caustica, quelle d' etere solforico, d' olio essenziale d' angelica composto, di tintura di cantaridi, etc. Io ho altresì veduto ottenere qualche volta dei buoni effetti dall' uso dell' elettricità. È sempre necessario, quando si mettono in pratica questi mezzi, di fare nel tempo stesso la riduzione della palpebra rovesciata, e di mantenerla in posizione per molto tempo col mezzo delle striscie agglutinative.

L' ectropio che riconosce per causa una piaga delle commettiture delle palpebre, dev' essere ridotto e medicato secondo le regole indicate per le piaghe di queste stesse parti.

Per guarire l' *ectropio sarcomatoso*, conviene, se la malattia è ancora recente, inumidire tutti i giorni le vegetazioni ancora sensibili, con la tintura d' oppio semplice, a cui si unisce in progresso dell' etere solforico; si arriva in seguito ad usare delle pomate composte con piccole proporzioni di deutossido di mercurio, a cui si sostituisce la pietra infernale, e dopo di essa, finalmente, il cloruro d' antimonio. Quando le parti sono assolutamente insensibili, bisogna scarificarle anticipatamente. Se le vegetazioni sono dure, granulose, insensibili, e molto antiche, si tirano a se con un uncino, scostandole dalla palpebra quanto è possibile, e si tagliano più prossimamente che sia possibile alla cartilagine tarso, avendo riguardo di non interessarla. La palpebra riprende allora la sua posizione naturale; s' infiamma leggermente e guarisce in pochi giorni. Nei casi ostinati, o quando le vegetazioni granulose non sono state intieramente levate, diventa qualche volta necessario di applicare la pietra infernale, o immediatamente o poco dopo l' operazione.

Quando la palpebra è sotto l' influenza di certe discrasie, si deve procurare di combatterle con i mezzi consigliati dalle persone dell' arte, se si vuole essere al coperto da ogni recidiva.

S' incontrano talvolta degli ectropi della palpebra inferiore sopraggiunti ai vecchi, in seguito di ble-

farottalmia glandulosa trascurata, mantenuta ed aggravata dall'uso continuo di alimenti eccitanti e di bevande spiritose. Quando queste specie di ectropi rimangono dieci e più anni senza esser guariti, come ciò accade non di rado, si vedono allora non solamente delle vegetazioni sarcomatose considerabili sulla palpebra rovesciata, ma sì queste, che il muscolo orbicolare sono nello stato di rilasciamento prossimi alla paralisia perfetta, che sembra esser prodotta dalla lunga inazione di queste parti. A cotesti accidenti si aggiunge il vero prolungamento del bordo della palpebra, determinato non già dalla distruzione, ma piuttosto dalla distensione dei ligamenti interpalpebrali. Tale circostanza rende non solo la guarigione difficile, ma spesso impossibile coi mezzi conosciuti fin' ora; imperciocchè, o si distrugghino le vegetazioni sarcomatose della congiuntiva, le quali appoco appoco sono divenute dure, granulose, ed anco cartilaginiformi; o si riduca la palpebra e si mantenga pure in questo stato, obbligando le due palpebre a rimanere chiuse per mezzo di striscie agglutinative; sia pur anco che si usino continuamente delle fregagioni stimolanti alla faccia esterna della palpebra, ad oggetto di combattere il rilasciamento, l' ectropio esisterà sempre, poichè il vero prolungamento del bordo palpebrale non può essere guarito con alcuno degl' indicati mezzi. Non bisogna sperar nulla più contro il rilasciamento della pelle palpebrale, nei soggetti attempati, nei quali è divenuta grinzosa e pendente per causa della lunga data della malattia. In questi casi, che sono non infrequenti, e il di cui diagnostico si rileva dallo studio esatto dei segni commemorativi, io ho usato, con molto successo il processo seguente. Dopo avere prese le vegetazioni dure e sarcomatose della congiuntiva con un uncino simile a quello di cui ci serviamo per l'estirpazione dei tumori cistici delle palpebre, io asporto il meglio possibile, le produzioni col piccolo bisturì di cui *Benedict* si serve per aprire il sacco lagrimale, e faccio nel mezzo della palpebra la resezione di una porzione della cartilagine tarso, della lunghezza di circa due linee, avendo riguardo di non interessare il

margine esterno del bordo della palpebra; riduco in seguito l' ectropio, e lo mantengo nella sua situazione naturale, per mezzo di striscie agglutinative, che si cangiano ogni giorno con precauzione, fino alla perfetta cicatrizzazione. Quando ciò sia necessario, faccio non solo continuare l' uso di questo mezzo dopo la guarigione, ma più, prescrivo altresì delle frizioni stimolanti e spiritose. Fino al presente, in tutti i casi, nei quali ho seguito questa pratica, l' *ectropio* è stato guarito solidamente; e non ne è resultata che una piccola impressione del bordo palbebrale nel punto ove il tarso è stato riseccato. Il principio sul quale riposa l' esposto processo operatorio è il prodotto dell' esperienza; se cioè qualunque piaga con perdita di sostanza, i di cui bordi non sieno tenuti scostati (attesa la contrazione delle fibre muscolari divise) si riunisce per il riavvicinamento dei bordi medesimi, durante la cicatrizzazione.

Si ottiene pure il medesimo resultato dopo la riduzione dell'ectropio. Il bordo palpebrale riprende la sua disposizione naturale, e resta applicato contro il globo oculare. Si sono troppo paventate fino al presente le lesioni artificiali della cartilagine tarso. Siccome non è questi il luogo di trattare in esteso del processo operatorio, mi propongo di farlo in un' opera periodica ch' io pubblico sotto il titolo: *Icones ophthalmologicæ seu selecta circa morbos oculi humani*, di cui il primo fascicolo è di già sotto il torchio.

ADERENZA DEI BORDI PALPEBRALI FRA DI LORO.

Anchiloblefaro (ΑΜΧΥΑΗ, *legame, mezzo d' unione,* ΒΛΕΦΑΡΟΝ, *palpebra*); *aderenza del globo dell'occhio colle palpebre, Symblepharon, Prophysis, Enothe.*

Noi opiniamo che la denominazione data alle suddette due affezioni non abbia bisogno di essere definita.

Si distingue l' aderenza completa dall' incompleta dei bordi delle palpebre fra di loro (*Anchilo-*

blefaro perfetto , e A. *imperfetto*) (1). Esiste in oltre un' aderenza delle palpebre colla maggior parte della congiuntiva oculare (*Simblefaro perfetto*) ed un' aderenza meno estesa (*Simblefaro imperfetto*). Queste due specie di malattie non si osservano, per lo più, che alla palpebra superiore.

È ancor più importante il distinguere i casi in cui l' *anchiloblefaro* ed il *simblefaro* consistono nell' aderenza immediata, da quelli ove quest' aderenza è stabilita per mezzo di una membrana particolare frapposta, nella prima delle dette due affezioni , fra i bordi delle palpebre, e nella seconda, fra la palpebra ed il globo dell'occhio ; poichè questo modo di aderenza mediata dà luogo ad una gran differenza nel prognostico.

Una distinzione di niuna importanza è quella che si è stabilita fra *l' anchiloblefaro falso* , e *l' anchiloblefaro vero.*

L' ultima di queste denominazioni indica una vera aderenza, mentre la seconda non spiega altra cosa se non che un incollamento delle palpebre fra di loro.

Le cause le più frequenti dell' *anchiloblefaro* , ugualmente che del *simblefaro* sono principalmente le lesioni traumatiche , tali che le abbruciature prodotte dal fuoco, dalla calce viva o dagli acidi minerali concentrati. Le nominate aderenze accadono talvolta anco nelle psorottalmie accompagnate da esco-

(1) Io ho avuto recentemente l' occasione d' osservare e di guarire una specie affatto particolare d' *Anchiloblefaro parziale*, che attesa la sua rarità, merita di esser descritto. Un occhio affetto verso il suo angolo interno da ulcera che si estendeva alla palpebra superiore e inferiore, era stato per lungo tempo assoggettato alla pressione di una fasciatura assai stretta. I due bordi ulcerati essendo stati mantenuti a contatto, avevano contratta un' intima aderenza. Il globo dell' occhio si trovava nascosto per metà, ciò che produceva un aspetto singolare, e non permetteva a quest' organo scorgere gli oggetti dal lato del naso. Io arrivai a correggere tale deformità distruggendo l' aderenza per mezzo delle cesoie diritte, e tenendo i bordi della piaga divaricati ; ma per riuscirvi però completamente, bisognò far ricorso una seconda volta all' operazione.

riazioni. In qualche raro caso la malattia è congenita.

Il prognostico è assolutamente subordinato alla forma che prende la malattia; imperciocchè si dovrà sperare più o meno del resultato dell' operazione, che è l' unico mezzo di guarigione, secondo che la facoltà di vedere sussiste ancora completamente, e se le aderenze non sono che parziali ; oppuranco secondo che la visione è più o meno abolita, e secondo che l' unione col globo dell' occhio è più o meno immediata, etc. Del resto, i resultati dell' operazione sono , soprattutto favorevoli quando la riunione non ha luogo che verso il mezzo delle palpebre, o quando vi è una membrana intermedia. Le aderenze parziali , al contrario, che non esistono che nelle commettiture delle palpebre, e particolarmente a quella esterna , si formano di bel nuovo con facilità dopo l' operazione, ciò che richiede per parte del chirurgo un' attenzione particolare pel trattamento consecutivo.

Processo operativo per rimediare all' anchilo-blefaro. L'operatore si assicura subito che l' aderenza dei bordi della palpebra non è complicata da *simblefaro* , prendendo la palpebra superiore con due dita , e allontanandola dal globo dell'occhio , che si raccomanda al malato di far muovere nel tempo stesso. Con tal mezzo, si può, non solo rimarcare la più piccola aderenza, ma ancora determinarne l' estensione con sufficiente precisione. Si può, pur' anco assicurarsi dell' esistenza del *simblefaro* per mezzo di una sonda fine di balena. Se il malato distingue ancora la luce attraverso le palpebre, si può ugualmente presumere che la cornea non è aderente alla congiuntiva palpebrale; se al contrario non prova la minima sensazione esposto alla luce, si può riguardare come certa l' unione intima fra la cornea e le palpebre , circostanza nella quale bisogna astenersi di fare alcuna operazione, Non si devono attendere dei resultati molto brillanti quando toccando il globo dell' occhio attraverso le palpebre, si riconosce che quella è la sede di qualche disorganizzazione, se nel medesimo tempo la percezione della luce è debolissima. Ecco il pro-

cesso operativo a cui conviene appigliarsi allorchè vuolsi distruggere un' aderenza immedieta. Un ajuto col pollice e l' indice fa una piega trasversale sulla pelle della palpebra superiore, che tira in alto , allontanandola dal globo dell' occhio ; in questo tempo , l'operatore prendendo con una mano la palpebra inferiore e tirandola in basso per allontanarla ugualmente dall' occhio, introduce un bisturì retto, perfettamente ottuso nella sua punta, verso l' angolo interno, fra il globo dell'occhio ed il bordo palpebrale, conducendo lentamente il tagliente verso la commettitura esterna, senza interessare l'uno o l' altro dei suoi bordi. Se l' aderenza è costituita da una membrana, si fa l' incisione in modo da scalfire la palpebra superiore , facendo in seguito colle cesoie rette il riseccamento della membrana che resta aderente alla palpebra inferiore. Ad oggetto di prevenire una nuova riunione, è necessario che il malato s'astenga di dormire nella notte che succede all' operazione; si fanno di più lavare nel tempo stesso i bordi che resultano dalla divisione, con dell' acqua di rose, nella quale vi sia disciolto dell' acetato di piombo, e si spalma spesso colla pomata composta di burro e *tuzia*.

Operazione del simblefaro. Se il globo dell'occhio è immediatamente aderente alle palpebre si allontanano , come nel caso precedente, e si dividono per mezzo del bisturì di *Leber* a lama stretta,ottuso nella sua punta, flessibile, e tagliente sui lati; si opera comprimendo piuttosto che segando. Quando al contrario il simblefaro resulta dalla presenza di briglie membranose, bisogna prima di tutto separarle dalla congiuntiva palpebrale; prendere in seguito colle pinzette epilatorie le briglie aderenti al globo dell'occhio, e distaccarle più esattamente che è possibile , senza interessare quest' organo. Si devono pure usare frequentemente i colliri con acetato di piombo , subito dopo l' operazione. Io mi sono ancora trovato bene dopo la distruzione dell' anchiloblefaro, e dopo quella del simblefaro, dell' uso della pomata seguente, della quale io ne faceva introdurre , ogni due ore , fra le palpebre, una quantità uguale al volume di una lenticchia.

℞ Protossido di Zinco
Tuzia preparata } aa gr. xij
Acetato di piombo liquido goc. xij a xv.
Assongia . . . . . ʒ ij.
Mescolate esattissimamente.

Si prevengono le recidive raccomandando al malato di muovere continuamente gli occhi. Ciò nonostante se delle nuove aderenze si stabiliscono, bisognerebbe far ricorso all'operazione.

TUMORI ATEROMATOSI, MELICERIDI, E STEATOMATOSI DELLE PALPEBRE, E DELLE PARTI CIRCONVICINE.

Si osserva a colpo d' occhio un piccolissimo tumore molle, elastico, circoscritto, indolente, e più o meno mobile, nella palpebra superiore, verso la commettitura esterna, nel circuito delle palpebre, oppure, in alcuni casi più rari, alla palpebra inferiore. Questo tumore non conserva l' impressione del dito, il suo colore non differisce da quello del resto della pelle. La forma ne è alle volte rotonda, ovale, stiacciata, o assolutamente convessa.

I tumori ateromatosi ed i meliceridi arrivano spesso al volume di un piccolo ovo di gallina; vi si sente allora della fluttuazione, e contengono frequentemente una sostanza biancastra, che rassomiglia molto alla parte caseosa del latte. Gli steatomi che sembrano avere costantemente la loro sede nelle parti circonvicine delle palpebre, senza giammai svilupparsi su di esse non giungono, tutto al più, che al volume di un' avellana e non presentano mai fluttuazione. Le cisti racchiudono pure qualche volta una sostanza che non è nè ateromatosa, nè simile a quella degli steatomi, ma sembra, per le sue proprietà fisiche, tenere il posto fra la gelatina e la carne degli animali giovani. Essa presenta una struttura simile a quella del tessuto adiposo. Allorquando si aprono queste specie di cisti ne sortono ordinariamente dei piccoli grumi gelatinosi, aventi la forma vessicolare, che

si lasciano facilmente lacerare, se si prendono con una pinzetta.

I tumori saccati che hanno la loro sede sulla cartilagine tarso sono per lo più immobili. Ciò non pertanto presentano talvolta una mobilità che impone, a malgrado che sieno intimamente aderenti alla cartilagine. È interessantissimo di riconoscere l' aderenza prima d' intraprendere l' operazione ; in tal caso, si fanno dei tentativi qualche giorno prima per rimuoverli poco a poco, procurando di farli risalire fino sul bordo sopra orbitale o sull' arcata sopraccigliare. Quando questo mezzo non riesce, è un indizio certo dell' aderenza della ciste alla cartilagine tarso, od almeno, si può concludere che non è situato immediatamente sotto la pelle, ma piuttosto sotto i muscoli della palpebra, circostanze importanti a conoscersi per l' operazione.

Questi tumori riconoscono per causa, nella pluralità dei casi, la istantanea soppressione d' un reuma, di una blefarottalmia catarrale, etc., e più raramente essi sono il prodotto di lesioni meccaniche, come delle contusioni, etc.

Il prognostico degli accennati tumori saccati è favorevole, e non rimane dopo l' operazione, se è fatta a dovere, se non che una leggiera cicatrice alla pelle. Ma se l' estirpazione della ciste è stata fatta da mano disadatta, o se si è tentato di guarire il tumore per mezzo de' caustici, può facilmente resultarne l' ectropio o l' entropio, la lagottalmia, lo scorciamento della cartilagine tarso, ed altre deformità spesso incurabili.

L' estirpazione della ciste e la riunione della piaga per prima intenzione, è la cura la più razionale e che promette i resultati i più pronti. (1).

L' estirpazione dev' essere più o meno completa, secondo il volume e la sede del tumore. Se desso è

(1) Dietro il parere di diversi autori, si deve prima tentare la risoluzione del tumore. Il Professor *Boyer* ne ha guariti più volte coll' applicazione spesso ripetuta della dissoluzione d' idroclorato d' ammoniaca, o del cerotto di sapone e di aquilon con gomma. (*Trattato delle malattie chir.* vol. V, p. 257.)

immediatamente situato sopra il sacco lagrimale, sulla cartilagine tarso, ed assolutamente sotto il ligamento interpalpebrale esterno, è bene, in generale, di non asportare se non se la metà anteriore della ciste, e di abbandonare il resto alla suppurazione; questo è pure ciò che si deve fare nel caso in cui non s' è potuto levare la massima parte della ciste col bisturì. In tal caso, si medica con delle fila imbevute di acqua calda, riempiendone la piaga; si applica quindi al di sopra una striscia agglutinativa, ed in ogni medicatura è interessante assicurarsi se le porzioni superstiti del sacco diminuiscono o no per mezzo della suppurazione. Allorchè questa è troppo lenta, si può, in luogo di acqua tiepida, impiegare del laudano liquido del Sydenham, o l' unguento digestivo, e medicare la piaga fino a che il fondo non si presenta rosso e unito. Quando si è ottenuta la nominata modificazione, si sopprimono le fila, acciocchè la cicatrizzazione della piaga possa effettuarsi.

Se la porzione rimasta della ciste, dopo l' operazione è poco considerabile, si può confidarla all' assorbimento, e conseguentemente riunire la ferita di prima intenzione. In simili casi, un tal procedere, che è più comodo pel medico e non meno per il malato, sorte buon' esito per lo più. Se nell' operare un tumore saccato situato in prossimità dell' angolo esterno dell' occhio si corre rischio d' interessare il ligamento interpalpebrale, è costantemente prudente di dare all' incisione della pelle una direzione perpendicolare. Ma quando questo non è situato nè sul sacco lagrimale nè sulla cartilagine tarso, etc. si deve prima di operare, assicurarsi della sua posizione per rapporto al muscolo orbicolare. Trovandosi il tumore cistico immediatamente sotto la pelle della palpebra, si fa una piega verticale ai tegumenti che s' incidono in seguito orizzontalmente nella direzione paralella al bordo palpebrale, in modo tale che l' incisione sia prolungata al di là del tumore. L' istrumento il più adatto per tale operazione è un piccolo bisturì convesso sul tagliente. Dopo avere arrestata l' emorragia per mezzo dell' applicazione di acqua fredda, si rico-

nosce facilmente la ciste dal suo colore biancastro, lucente. Si prende allora con un uncino semplice o doppio, (Ved. tav. V. fig. 17. e 2) e tirandola un poco in fuori, si procura d' isolarla dal tessuto cellulare e dai muscoli, servendosi del piccolo bisturì pieghevole di *Leber*, ottuso nella sua punta, e tagliente sui lati; se si prova della difficoltà, si fanno agire i lati taglienti dell' istrumento per ottenerne la separazione. In luogo del citato istrumento, io mi sono spesso servito, con molto successo, delle cisoje simili a quelle di *Cooper*, ma più piccole; con queste l' operazione si compie più sollecitamente.

In generale si opera più comodamente quando ci riesce di far muovere la ciste sotto la pelle, alcuni giorni prima dell' operazione. Dopo avere frenata l' emorragia, si applicano due o tre punti di sutura, e si mettono nel loro intermedio delle striscie agglutinative. Del rimanente la cura è la medesima che per ogni altra piaga orizzontale della palpebra. La cicatrice che ne resulta non offre alcuna deformità, perchè suole essere generalmente sì piccola, che appena è visibile.

Allorchè la pelle della palpebra è immediatamente aderente al tumore, (ciò che ha luogo in particolar modo quando si sono fatti per lungo tempo degl'inutili tentativi per ottenerne la risoluzione) non si può più fare la piega alla pelle. Per lo più s' incide allora questa e la ciste con un sol colpo; si vuota di ciò che contiene, e si favorisce la suppurazione adattando le medicature che abbiamo di già indicate, ed usando con precauzione i caustici.

Se il tumore cistico è situato molto alto nella spessezza della palpebra superiore, e sotto il muscolo ellevatore (orbito-palpebrale, *Chaussier*) siamo ugualmente costretti d' incidere la pelle, poichè quantunque l' operazione sia un poco più difficile e più lunga, è il solo espediente per ottenere l' estirpazione completa del tumore.

Se questi occupa la palpebra inferiore, sotto il muscolo orbicolare (naso-palpebrale, *Chaussier*) o nella palpebra superiore vicino al suo bordo, ed u-

gualmente sotto questo muscolo (ciò che si riconosce per lo più da uno sviluppo più considerabile dei vasi sanguigni alla superficie della membrana interna della palpebra, giacchè la ciste è allora presso che costantemente aderente alla congiuntiva), operando, è necessario in tal caso, fare l' incisione nella faccia interna della palpebra. Ecco il processo il più utile a seguirs in tale occasione. Se il tumore s' è sviluppato nella palpebra inferiore, si raccomanda al malato di dirigere il globo dell' occhio assolutamente in alto, si rovescia la palpebra in fuori, e si fa mantenere in questa posizione da un ajuto che è, nel medesimo tempo, incaricato di fare sporgere il tumore in alto per mezzo di una pressione uguale e moderata. Si deve pur agire nel modo istesso allorchè il tumore interessa la palpebra superiore; in questo caso, il malato deve dirigere il globo dell' occhio in basso. Si fanno allora, con un piccolo bisturì, due incisioni semi-lunari abbraccianti esattamente il tumore, procurando di evitare affatto la cartilagine tarso. Arrestata che è l' emorragia, lavando la parte con acqua fredda, l' ajuto esercita una pressione più forte, per rendere il tumore anco più prominente, ciò che riesce assai facile; le aderenze della ciste vengono allora in parte distrutte per mezzo delle due incisioni semi-ellittiche, delle quali abbiamo parlato. L' operatore prende il tumore con un uncino semplice o doppio, e, senza denudare la ciste della membrana interna della palpebra che la ricuopre, ne fa il riseccamento per mezzo di piccole cesoje, di forma simili a quelle di *Cooper*. Una volta arrestata l' emorragia, si fa applicare frequentemente dell' acqua fredda durante le trentasei prime ore; passate le quali si può istillarvi cinque o sei volte ogni giorno qualche gocciola del seguente collirio.

℞. Laudano liquido del Sydenham . . . ℥j.
Acqua di rose . . . . . ℥ ij.
Mucillagine di gomma arabica . . . . ℥j. ss
Mescolate.

Allorquando i bottoni carnosi si sviluppano trop-

po lentamente, l' uso locale del laudano liquido è principalmente indicato; ed essendo troppo abbondanti si può toccare la loro superficie colla pietra infernale.

Fino al presente si è molto temuto il riseccamento di una piccola porzione della membrana interna della palpebra; si opinava che quest' operazione dovesse determinare *l' entropio*. Nulladimeno io non ho giammai veduto accadere un simile accidente, a malgrado che abbia, con questo processo, operati più di trenta tumori saccati negli ultimi tre anni ora decorsi.

Allorchè ne' malati timidi siamo costretti a limitarsi ad evacuare il contenuto di un tumore cistico con una grand' incisione (una puntura colla lancetta non essendo sufficiente), è necessario assicurarsi subito se la ciste si distacca colla suppurazione che ne succede, procurando, se è possibile, di estrarla colle pinzette o in pezzi od in totalità. Se non si consegue cotesto resultato, veduta la spessezza e la consistenza della ciste, bisogna usare i caustici ma con molta precauzione. Si deve, trattando dei tumori saccati, osservare i precetti generali della chirurgia relativi alle malattie di tal genere, e non perdere mai di vista che si opera nelle vicinanze di un organo delicato e facile ad essere offeso in modo spiacevole (*)

(*) Il dottor *Guerin* padre, di Bordeaux (*journal médical de la Gironde*, 1825), stabilì una distinzione fra i tumori cistici delle palpebre, e le lupie che si sviluppano nella spessezza di questo velo mobile. Egli riguarda i primi come prodotti dalla ritenzione dell' umore che separano i follicoli palpebrali, quando la loro apertura è ostrutta da una qualunque causa. Rovesciando la palpebra, si vede infatti che la porzione di congiuntiva corrispondente al tumore cistico è più rossa di quel che nel resto della sua estensione; ciò che non succede nella lupia, giacchè dessa conserva in quel punto il suo colore naturale. Allorchè trattasi di un tumore cistico e che ha di già acquistato un certo volume, il centro di questo rossore sembra turchiniccio, per l' assottigliamento della sua ciste, in quel punto ov'è divenuta trasparente, da lasciare vedere il colore dell' umore che richiude, e che esso pure è ugualmente trasparente, ciò che non

Phlyctenula (ΦΛΥΚΤΑΙΝΑ, *da* ΦΛΥΩ o ΦΛΕΩ *esser pieno*), *Idatide, Grano di Miglio, Miglio, Verruche, Condilomi ed Escrescenze moltiformi delle palpebre.*

Quando una piccola porzione d' epidermide di una palpebra si solleva in forma di vescicola delicata, trasparente, piena d' acqua, e senza che il malato provi dolore, si dà il nome di *Flittene* e *d'Idatide* a tale elevatezza. Questi piccoli tumori acquistano in alcuni casi il volume d' una lenticchia, e restano stazionari talvolta degli anni (1); altre volte, dopo ventiquattro ore sono di già scomparsi spontaneamente.

Per rimediare a cotesta leggiera malattia si taglia

ha luogo nelle lupie, la di cui materia contenuta è sempre pochissima. Sotto il rapporto della cura, questa distinzione è inutile, perchè per ottenere la guarigione dei tumori cistici serve una semplice punzione fatta alla superficie interna della palpebra colla punta della lancetta. Un tal procedere è assolutamente analogo a quello di cui si serve la natura nei casi di guarigione spontanea di questi tumori, che non manca mai quando si ha la fermezza di aspettare, poichè si fa allora una piccola apertura spontanea alla parte interna della palpebra, dalla quale sorte del *liquore linfatico*, simile al chiaro dell' uovo, mescolato talvolta con poco pus. Si crede allora che il tumore sia terminato per risoluzione, ma non va così perchè allorquando cotesta terminazione ha luogo in un tumore qualunque, questo diminuisce costantemente in un modo progressivo, mentre in questo caso la diminuzione si fa istantaneamente, ed a riprese diverse. *Guerin* non riguarda assolutamente senza pericolo i tentativi per asportare la ciste di questi tumori, ed anzi assicura avere veduto più volte il cancro esserne il resultato.

Quando al contrario si ha a medicare delle lupie che si distinguono particolarmente per la loro mobilità che non si riscontra giammai nei tumori cistici, od almeno nel medesimo grado, bisogna assolutamente distruggerne la ciste per impedire la recidiva; ma non vi è punto bisogno per questo di diseccarla: basta, dopo aver fatto sortire per mezzo di una semplice incisione, la materia che contiene, cauterizzarla colla pietra da cauterio, e qualche giorno dopo casca da se stessa. (N. d. T.)

(1) Ved. tav. 1 fig. 2.

la piccola vescichetta nel senso della sua lunghezza; si fa la resezione dell' epidermide sul bordo della palpebra con delle cisoje adatte, e si lava la piaga con acqua, alla quale si può aggiungere una piccola quantità di laudano. Al termine di ventiquattr' ore la guarigione è completa.

Un' affezione che è più frequente delle nominate vescichette, sono alcuni piccoli tubercoli bianchi (*nodicules*) che si sviluppano sulla faccia esterna delle palpebre, rassomiglianti a dei grani di miglio, e contenenti della materia sebacea.

Per ottenerne la guarigione, basta aprirli con un ago, e spremerli per bene.

Le *verruche* che si manifestano alle palpebre, per lo più nelle persone avanzate in età (1), ma talvolta nei soggetti giovani ancora, sono pedicolate o con larga base. Le prime devono essere levate colla loro radica, e medicate coll' unguento basilico o col balsamo d' Arceo; se ne può pure fare la legatura volendo. Quanto alle ultime, *Beer* consiglia di non toccarle, nè di estirparle, tranne il caso in cui essendo state tormentate con de' caustici, etc. sieno divenute dolorose, e minaccino di acquistare un cattivo carattere. Nulladimeno se i soggetti godono buona salute, e che si proceda con precauzione, non si deve temere simile degenerazione; si può al contrario immediatamente, estirpare senza inconveniente, col bisturi, le verruche a base larga, o distruggerle a poco a poco coll' applicazione della pietra infernale, o per mezzo dello spirito di nitro fumante, etc. Nei soggetti cachettici, ed attempati, bisogna agire con maggior prudenza; poichè in tal caso l' effetto dei caustici potrebbe accrescere il numero degli esempj infausti che si trovano registrati in gran numero di opere.

Le verruche di cattivo carattere, circondate da vasi sanguigni varicosi, molto dolorose, crescendo rapidamente, e passando ordinariamente allo stato carcinomatoso (*akrochordon*), che il professor *Beer* ha

(1) Sono particolarmente frequenti nelle donne dopo la cessazione dei loro corsi mensuali.

costantemente vedute complicate di scirro o di cancro della mammella o dell' utero, devono, quanto è possibile, essere risparmiate. Giammai si deve tentare, in questo caso, neppure l' applicazione della polvere del *Frate Cosimo*.

Le palpebre, come ogni altra parte del corpo, ponno divenire, quantunque raramente, la sede di condilomi provenienti o da sifilide inveterata, o da contatto locale del virus venereo. Essi sono talora voluminosi; altre volte poco considerabili, ed attaccano più comunemente i bordi delle palpebre; sono spesso duri, asciutti, qualche volta crepolati e dolorosi; altre volte sono rimarcabili per la loro floscezza.

Il prognostico di quest' affezione non presenta niente di pericoloso.

Si tagliano alla loro radice colle cisoje di *Cooper*, e se sono sintomatici di sifilide confermata, si amministrano le preparazioni mercuriali alcuni giorni prima di farne la resezione. Si toccano le piaghe che ne resultano colla pietra infernale, e ordinariamente la guarigione si fa sollecitamente.

Qualche volta si trovano ancora altre escrescenze alle palpebre, tali che i *nei materni* di color violetto, situati alla faccia esterna, e delle escrescenze moltiformi contro le quali si è preconizzata ogni sorta di caustici, ed una quantità di altri mezzi,

L' applicazione della pietra infernale è in questo caso il miglior compenso da usarsi. Si ponno pure distruggere non solo le escrescenze, ma spesso cancellare per fino l'ultimo vestigio dei suddetti *nei materni*.

Io ne ho ottenuto un rapido successo in due casi che si sono presentati nella mia pratica. Le vegetazioni carnose alla faccia interna delle palpebre (1), (*carunculæ conjunctivæ*), che si riscontrano qualche volta ancora alla congiuntiva oculare, devono essere tagliate, se sono voluminose, e le piaghe devono es-

(1) Ved tav. 1 fig. 3.

sere frequentemente toccate colla pietra infernale, o col laudano (*).

Questa specie d'escrescenza moltiforme che si è designata sotto il nome *d' angiectasie* delle palpebre (ΑΓΓΕΙΟΝ, vaso, ΕΚΤΕΙΝΩ, estendere, distendere), consiste in uno o più tumori di color rosso-turchino, violetto o meno cupo, che ordinariamente sogliono esser molli e spongiosi, rassomiglianti assai ad una mora, e sono situati per lo più nella palpebra superiore. Essi sembrano essere un aggomitolamento di vasi sanguigni, poichè quando si tagliano ne resulta un' emorragia abbondantissima. Si combinano nei bambini di nascita, e si sono riguardati fino ad ora come altrettanti *nei materni*.

Differiscono da quelli in ciò che essi sono suscettibili d'incremento fino ad un certo grado dopo la nascita del bambino, si arrestano poi tutto ad un tratto. È pericoloso il combatterli coi caustici, se si tratta di vere *angiectasie*, perchè cotesti mezzi non sembrano riuscire se non se nei casi di quelle escrescenze moltiformi, che noi non dobbiamo prendere qui in esame. Se è necessario distruggerle val meglio farlo col bisturì; è peraltro necessario osservare i precetti seguenti. Non si deve mai far penetrare il bisturì attraverso *l' angiectasie* stessa, poichè l' emorragia violenta che sopraggiungerebbe, interrompendo l'operazione, la prolungherebbe, rendendola più dolorosa, e si sarebbe nulladimeno costretti di levare coll' istrumento tagliente le ultime tracce della malattia, non volendo esporsi a vederla ripullulare, se particolarmente uno si proponesse di usare i caustici.

Bisogna, per conseguenza circoscrivere costantemente il tumore con due incisioni semi-ellittiche fatte

(*) Non mi è facile comprendere come il Sig. *Weller* proponga indistintamente, in questo stadio di malattia, la *pietra infernale* od il laudano, come se le respettive proprietà fossero perfettamente identiche. Mi giova supporre ch' egli voglia usare la prima come mezzo atto a distruggere le sovrabbondanti vegetazioni e servirsi del secondo per blandire la morbosa irritabilità delle parti, riguardata come conseguenza della stessa malattia, o considerata quale effetto del caustico.
(N. del T.)

sulla pelle sana, sollevarla colle pinzette, ed isolare tutto il tumore dalle parti non affette. Quest' operazione non è difficile se la vegetazione non ha radici profonde; ma nei casi opposti, non bisogna arrestarsi prima di avere distrutte tutte le sue ramificazioni. Si riconosce di avere ottenuto l' intento, quando l' emorragia è mediocre, e che il fondo della piaga non offre più macchie di un bruno-violetto. Non vi è punto bisogno di avvertire ch' è necessario risparmiare il muscolo orbicolare, l' ellevatore della palpebra superiore, e la cartilagine tarso. È cosa prudente aspettare quanto occorre acciocchè il bambino non sia troppo giovine, e che abbia passata l' epoca della dentizione, per mandare ad affetto tale operazione, poichè dessa potrebbe determinare degli spasmi, delle convulsioni, e la morte pur anco. Si medica la piaga con una pomata raddolcente, qual è quella malvina. Del resto, è necessario, per prevenire l'ectropio, che le palpebre sieno tenute chiuse per mezzo delle liste agglutinative di taffetà gommato, fino alla perfetta cicatrizzazione della piaga.

ESOSTOSI DELL' ORBITA.

La malattia non è rarissima; si riconosce facilmente s' essa ha la sua sede alle parti le più esterne; ma il suo diagnostico è molto più difficile quando si sviluppa sulle pareti interne dell' orbita medesima, imperciocchè accade frequentemente che prima di essere abbastanza sicuri della sua esistenza, di già il globo dell' occhio incomincia ad essere spinto fuori dell' orbita medesima.

Gl' individui rachittici, scrofolosi, sifilitici, ed artritici, sono i più soggetti a quest' affezione. Le esostosi sono pure talora prodotte dalle contusioni, ed in questo caso esse hanno quasi che sempre la lor sede alle parti esterne.

La cura dev' esser basata a seconda della causa della malattia. Si devono in special modo raccomandare le frizioni mercuriali, l' empiastro di mercurio con cicuta. Se si riconosce per tempo l' infiammazione del

periostio, che dà luogo ordinariamente a queste esostosi, si possono prevenire per mezzo delle applicazioni di acqua fredda, di sanguisughe, alle quali si fanno succedere le fregagioni mercuriali, nel tempo stesso che si amministrano all' interno quei mezzi generali che convengono.

OSTEOSARCOMA DELL' ORBITA.

Gli osteosarcomi sono preceduti da esostosi che degenerano in seguito in una massa lardacea, molle ed omogenea; ciononostante quest' affezione dell' orbita è rarissima.

L' estirpazione di codesti tumori per mezzo del bisturì, e del ferro rovente, e l' uso dei rimedi propri a combattere la causa che gli ha prodotti, è il metodo il più razionale e sicuro che si possa opporre ad un' affezione che facilmente passa allo stato di cancro e diventa conseguentemente mortale. Qualche volta la carie succede all' esostosi, ed in alcuni casi dessa è accompagnata da suppurazione, mentre in altri non esiste. La cura da contraporre alla malattia è la stessa che quella di ogni altra parte, in cui si può presentare; basta solamente in questo caso aver riguardo alla grande suscettibilità dell' occhio, nelle vicinanze del quale si opera. Le ossa che entrano nella composizione dell' orbita, possono esse pure essere affette dalla vera necrosi. Essa non è in tal caso per lo più, che la conseguenza di violenti contusioni e dev' essere trattata come la necrosi, che attacca qualunque altra parte del sistema osseo.

MALATTIE DEGLI ORGANI CHE HANNO LA LORO SEDE FRA L' ORBITA ED IL GLOBO DELL' OCCHIO.

Infiammazione semplice dell' orbita in generale.

Siccome sotto la denominazione di blefarottalmite, in generale, noi abbiamo compreso lo stato infiammatorio di tutte le parti delle palpebre; medesimamente noi non intendiamo dare il nome d' infiammazione

dell' orbita in generale che all' affezione infiammatoria che interessa tutte le parti situate fra il globo dell' occhio e l' orbita medesima.

Sintomi. Il malato risente dolore sordo, profondo, crescente ogni momento più in tutta la regione orbitaria, e accompagnato dall' immobilità del globo dell' occhio. Prova della difficoltà ad ellevare e muovere la palpebra superiore; li sembra che il globo dell' occhio sia sproporzionatamente più voluminoso dell' orbita; tali sono i primi sintomi di questa infiammazione. Poco a poco il globo oculare è spinto fuori dell' orbita (*esottalmia*), la vista si perde grado grado, e si osserva spesso sopraggiungere in poche ore l' amaurosi la più completa, con ristringimento considerabile della pupilla, immobilità perfetta dell' iride, e gran sensibilità dell' occhio, mentre che il malato prova delle sensazioni dolorosissime, durante le quali egli crede vedere della luce o dei raggi di fuoco (*Fotopsia*).

È solamente allora che la sclerotica, e dopo di essa la congiuntiva, cominciano ad esser rosse, l' iride sporge in fuori, il suo colore turchino o grigio diventa verde; se essa era bruna nello stato normale, diviene di un rosso carico; la pupilla si chiude, e la camera anteriore si ristringe di più in più: durante questo tempo il dolore giunge al suo massimo grado d' intensità; il malato si abbandona ad una specie di furore, e l' infiammazione propagandosi alle meningi, se particolarmente già esiste una violenta febbre infiammatoria, il pericolo diventa sommamente imminente.

All' incominciare del secondo periodo il globo dell' occhio fa ancora una prominenza più considerabile fuori dell' orbita, ed i fenomeni relativi alla luce, o alla fotopsia aumentano, od almeno il malato ne parla incessantemente nel suo delirio. Se ha dei lucidi intervalli; si lamenta di dolore sordo nell' interno dell' occhio, accompagnato da senso di freddo, e da somma pesezza; egli è pure talvolta agitato a causa di forti brividi alternati. Finalmente si vede inalzarsi nella periferia del globo oculare un tumore rosso, molle,

che quanto prima presenta, fra il globo dell' occhio medesimo e l' orbita dei punti pallidi, dando indizi di fluttuazione. Nel tempo stesso le palpebre, particolarmente l' inferiore, sono attaccate da edema, e si accende la febbre suppuratoria. Se non si presenta che un sol punto di suppurazione, il globo oculare è spinto in fuori, ed in questo caso la raccolta purulenta non occupa tutta l' estensione dell' orbita. Questa malattia, per verità rara, attacca, secondo *Beer*, per lo più dei soggetti scrofolosi, artritici o affetti da sifilide; non si può per altro considerare allora quale semplice infiammazione. Io ho nonostante osservato ultimamente un caso ove l' infiammazione si presentò assolutamente semplice in una fanciulla, all' epoca della mestruazione, mentre sotto ogni altro rapporto godeva perfetta salute. L' orbita era stata irritata da una leggiera lesione, nel medesimo momento un inatteso spavento arrestò i suoi corsi, e si sviluppò, senza altra causa, un'infiammazione violentissima in tutta la cavità orbitale.

Il prognostico nel primo periodo è sfavorevolissimo, se particolarmente la malattia è stata trascurata o mal curata nel suo nascere. Una volta che l' infiammazione è bene stabilita, passa allo stato di suppurazione più o meno pericolosa per la vita dell' ammalato. Non si tratta allora della semplice conservazione della vista, ma bensì dell' esistenza e dell' occhio insieme.

Allorchè la malattia è giunta al suo secondo periodo, non si può neppure sperare di conservare la forma dell' occhio; non si deve più pensare che a salvar la vita dell'infermo, poichè se non si prendono allora delle misure efficaci, la suppurazione si propaga nella cavità del cranio, penetrando da qualcuna delle aperture che stabiliscono la loro comunicazione coll' orbita, ovvero le ossa di quest'ultima cavità suppurano lentamente, ed il malato soccombe dopo un tempo più o meno lungo.

La cura del primo periodo deve consistere nella medicatura antiflogistica generale e locale molto energica.

Nel secondo periodo, quando manca la speranza di ottenere la risoluzione, è conveniente di favorire la suppurazione, tanto coi mezzi generali, che coll' applicazione de' cataplasmi, che bisogna aver riguardo di non lasciar raffreddare. Si applica con vantaggio, sul punto di suppurazione che si è formata, il cerotto di aquilon composto, e dei cataplasmi messi al di sopra; si continua nello stesso modo fino a che la fluttuazione sia perfettamente manifesta; si dà allora egresso al pus, facendo una larga apertura colla lancetta. Si mantiene la piaga aperta introducendovi uno stuello di fila imbevute di laudano, e si ottiene così a poco a poco la guarigione.

Tale è la cura di questa malattia in generale; ma vi possono essere dei cangiamenti di forma, i quali determinando delle modificazioni nei sintomi, reclamano delle variazioni pure nella cura. In esempio, l' infiammazione generale dell' orbita è qualche volta il resultato dell' ottalmite universale; in questo caso i segni che hanno rapporto col globo dell' occhio soltanto sono i primi a manifestarsi; più tardi sopraggiungono i sintomi dell' affezione delle altre parti contenute nell' orbita. Oppure l' infiammazione nasce primitivamente dall' orbita stessa; se, in questo caso, la malattia non è violentissima, e che sia riconosciuta nel suo nascere, si può assai di spesso conservare la vista intatta. Quando la suppurazione è stabilita, e che non si dà per tempo egresso al pus, distrugge quà e là il periostio delle ossa dell' orbita: ne resulta la carie che esige tanto più di tempo per la guarigione, quanto essa è più profonda, e quanto meno si può allargare l' apertura esterna. Qualche volta l' infiammazione dell' orbita sembra avere la sua sede particolarmente nel periostio; vi è allora a temere sempre la formazione della carie, circostanza sulla quale *Demours* ha avuto ragione di fissare l' attenzione in un modo particolare.

Io ho pure osservato quest' infiammazione in un caso ov' essa era di natura artritica. Succede talvolta che i muscoli dell' occhio sembrano loro soli essere attaccati da infiammazione. Questi casi assai frequenti sono ordinariamente di natura reumatica, nè passano

allo stato di suppurazione, sopravvenendo per lo più in seguito di raffreddamento della regione oculare, e devono per conseguenza essere trattati come un reuma acuto.

Dietro l' esposto è naturale, che l' infiammazione dell' orbita presenta dei gradi, ugualmente che dei sintomi differenti. Si osserva qualche volta ad un grado leggerissimo nei bambini scrofolosi, ov' essa non è che superficiale: passa allora allo stato di suppurazione, e non offre sintomi gravi che ne caratterizzino il grado il più violento. Presso che alcuna di queste modificazioni dell' infiammazione dell' orbita non può ciò nonostante essere riguardata come semplice.

FERITE DELL' ORBITA.

Quando le ferite dell' orbita sono profonde e molto estese, il prognostico è per lo più cattivo; poichè esse sono frequentemente seguite non solo dalla perdita della vista e dalla distruzione dell' occhio, ma possono pur anco apportare fino la morte stessa. Nulladimeno la natura si mostra in qualche caso più provida di quel che si potrebbe sperare; ed è perciò che in simili casi non si deve giammai affrettarsi a farne il prognostico. Spesse volte dopo ottenuta la guarigione della piaga, qualcuno dei muscoli dell' occhio resta nello stato d' atonia o di paralisia completa incurabile e determina l' obliquità del bulbo oculare, (*lascitas*).

Sono le ferite dell' orbita pure susseguite qualche volta dall' amaurosi completa od incompleta, passeggiera o permanente, cagionata dalla concussione dell' occhio, o dalla rottura di alcuna delle parti che entrano nella sua composizione. I nominati accidenti hanno del pari per resultato la caduta di quest' organo, che sovente è permanente (*ottalmoptosi*) e si accompagna pur essa coll'amaurosi, etc. Tutti questi avvenimenti consecutivi resultano o dalla lesione immediata, maggiore o minore delle parti, o dalla distruzione totale che comparisce dopo la loro paralisi, o per causa della lesione dei nervi che vi si distri-

buiscono. Io ho qualche volta osservato che dei corpi estranei, tali che delle cannucce di pipa, dei pezzi di legno più o meno voluminosi, etc. erano rimasti rinchiusi per lo spazio di quindici giorni nell' orbita, il globo dell' occhio essendo perfettamente paralizzato ; nulladimeno il malato non risentiva presso che alcun dolore , e sospettava appena la presenza di corpo sì voluminoso. Questo fenomeno degno d' osservazione non può essere attribuito senza dubbio che alla paralisi completa delle parti in contatto col corpo estraneo. Talvolta, e particolarmente quando l' istrumento vulnerante ha penetrato verso la parte superiore ed esterna dell' orbita, rimane l' obliterazione della massima parte dei condotti escrettori della glandula lagrimale, con asciuttezza insolita dell' occhio, (*Xeromycter*).

La condotta a tenersi per la cura è, in generale, quella che è stata indicata per le lesioni gravi della regione sopraccigliare. Ci resta adunque a prendere qui in considerazione i cangiamenti che le parti lese hanno subìto nei loro rapporti. Se esiste il prolasso del globo dell' occhio , si deve fare l' estrazione dei corpi estranei che sono rimasti nell' orbita.

Se lo spostamento dell' organo è il resultato di qualche effusione di sangue nella cavità orbitale , bisogna dilatare la piaga per evacuare la materia dello spandimento, il globo oculare riprende allora la sua posizione naturale senza altri soccorsi dell' arte.

Quando il medico è chiamato in soccorso troppo tardi, e che il globo dell'occhio è spinto in avanti dalla tumefazione che resulta dallo sviluppo dell'infiammazione, non si deve cercare di ridurlo nel medesimo istante, bisogna aspettare anzi la terminazione della infiammazione e della suppurazione. In fatti, se questa è stata sorvegliata convenientemente, e che i muscoli dell' occhio non sieno stati danneggiati dalla suppurazione, il globo oculare rientrerà spontaneamente, allorchè questa avrà cessato. Quando il prolasso dipende da soluzione di continuità di uno o di più muscoli dell' organo, esso si dirige dal lato ove quelli che sono rimasti intatti si contraggono con maggior forza.

In tal caso, la riduzione artificiale non serve più a niente, e bisogna aspettare la guarigione completa della ferita (1). Allorchè si mette in pratica un metodo curativo adattato, si vede assai sovente il globo dell' occhio rientrare da se stesso nell' orbita durante la suppurazione, in totalità o parzialmente. Ma se al contrario quest' organo resta fuori della sua cavità dopo la cicatrizzazione della piaga, conviene impiegare i mezzi raccomandati per le piaghe delle palpebre. Se la lesione nulladimeno fosse stata talmente violenta che il globo dell' occhio fosse assolutamente tutto fuori dell' orbita, e pendente sulla guancia; se oltre ciò avesse sofferto una lesione assai grave, che le camere fossero piene di sangue, e che vi fosse cecità completa, la riduzione sarebbe inutile; la conservazione della vita del malato esigerebbe che si facesse il riseccamento del globo dell' occhio, e del tessuto cellulare circonvicino che si trovasse lacerato. Pure si è veduto il globo dell'occhio colpito da cecità dietro essere sortito dall'orbita, e rimasto in questa posizione per nove settimane, essere ciò non pertanto ancora suscettibile di godere della facoltà di vedere, perchè non profondamente leso (*). Vi sono altri effetti consecutivi alle lesioni violenti dell' orbita, che non sono sempre suscettibili di guarigione, come l' obliquità del globo oculare (*luscitas*) allorchè deriva dalla rottura di alcuno dei muscoli dell' occhio. La obliterazione dei condotti escretori della glandula lagrimale accompagnata da cicatrice callosa; nonostante in quest' ultimo caso, quelli dei condotti escretori che non sono obliterati si dilatano poco a poco, e terminano per fare scomparire l' aridità dell' occhio, che era risultata dal nominato accidente (2).

(1) Applicare una specie di sospensorio è quanto si può fare pel momento, affine di sostenere il peso del globo dell' occhio, e riavvicinare le estremità dei muscoli divisi, che tendono ad allontanarsi di più.

(*) Vedi in proposito la recente ed interessantissima osservazione del Sig. D. Massimiliano Rigacci sulla procidenza dell'occhio sinistro. Firenze stamperia Fantosini 1830 (N. D. T.)

(2) Il professor *Beer* non ha giammai veduto resultare l'a-

È inutile di rammentare, che in tutte le lesioni dell' orbita è necessario , dopo avere rimossi i corpi estranei, ordinare il regime antiflogistico severo. Bisogna conseguentemente far ricorso , secondo le circostanze, alle sottrazioni di sangue generali e locali, alle applicazioni fredde, alle misture leggermente lassative, al calomelano, etc. Non v' è punto bisogno di aggiungere che la riunione di prima intenzione è preferibile, ma che non può essere tentata, quando de' frammenti del corpo vulnerante sono rimasti nella piaga senza poterli ritirare. In questo caso, ed in generale in tutti quelli ove l' infiammazione passa alla suppurazione , si è obbligati di favorirla coll' applicazione dei cataplasmi caldi. S' introduce pure uno stuello nell' apertura onde facilitare lo scolo del pus, il di cui ristagno impedirebbe la cicatrizzazione del fondo della piaga. Quando il pus s' accumula nella profondità delle parti, e forma dei sini, è necessario allargare l' apertura, e fare delle iniezioni con acqua tiepida per facilitarne lo scolo. Se le piaghe antiche e mal curate, sono divenute fistolose e callose, richiedono talvolta l' uso della pietra infernale o del precipitato rosso (deutossido di mercurio.)

Nei casi nei quali le ossa dell'orbita sono state gravemente interessate , bisogna principalmente avere riguardo al pericolo che sovrasta alla vita del ferito. Per esempio, s' incomincia da allargare l' apertura esteriore per dare egresso al sangue sparso , e si usa in seguito la cura antiflogistica la più attiva.

ridità considerabile e permanente dell' occhio dietro simili lesioni meccaniche; ma ha però osservato quest' accidente in seguito di quelle prodotte da agenti chimici. In quest'ultimo caso, la congiuntiva oculare si prosciuga, corrugandosi costantemente, da cui resultano la deformità dell' occhio, e la perdita della vista.

MALATTIE DELLA GLANDULA LAGRIMALE.

INFIAMMAZIONE DELLA GLANDULA LAGRIMALE.

Dacryoadenitis, e meglio Dacryadenitis (*da* ΔΑΚΡΥ, ΔΑΚΡΥΟΝ, *lagrime, e* ΑΔΗΝ, *glandule.*

Quest' infiammazione, frequentemente osservata da *Adamo Schmidt* (1), ma rarissimamente da *Beer*, da *Reil* e da molti altri, incomincia sempre dal tessuto cellulare che circonda la glandula, e si propaga in seguito in quello che inviluppa le sue granulazioni (*acini della glandula lagrimale*) ma non attacca giammai il corpo stesso della glandula. I rapporti diretti di questo tessuto cellulare colla dura madre, col periostio dell' orbita, i numerosi nervi, e le altre parti delicate e importanti delle prossimità della glandula lagrimale, rendono ragione per cui quest' infiammazione è una delle più pericolose.

Sintomi. Nel mentre che l' occhio è attaccato da aridità che aumenta grado grado, il malato è sorpreso ad un tratto da dolore gravativo fisso e pungente nella regione temporale, che si estende al globo dell' occhio, alla fronte, alle mascelle superiore e inferiore, e per fino all'occipite, facendosi sentire più particolarmente dietro al globo dell' occhio. La palpebra superiore si tumefà nel punto che corrisponde alla glandula lagrimale. Dessa diventa dura, acquista un colore rosso-scuro, si tende, diventa lucida, sommamente sensibile. La congiuntiva va soggetta ad una leggiera tumefazione, si colorisce di rosso quasi esclusivamente verso la commettitura esterna; il globo dell' occhio è molto teso e sensibilissimo. Nello stesso tempo la glandula lagrimale, crescendo di volume, respinge il globo dell' occhio verso la commettitura interna, talchè la cornea è evidentemente diretta dal lato del naso.

A proporzione che l' occhio sporge fuori dell' orbita, la facoltà di vedere diminuisce grado grado; la pupilla appiccolisce; l' iride diventa assolutamente con-

(1) *Ueber die Krankheiten des Thrœnenorgans*, Wien, 1803, p. 134.

tratta; il malato crede spesso scorgere la luce, e la mobilità del globo dell' occhio diminuisce vieppiù. Finalmente, coll' aumento del dolore, sopraggiunge la febbre infiammatoria, che è accompagnata da delirio più o meno considerabile.

Allorchè l' infiammazione è giunta al suo massimo grado, si sviluppa ordinariamente nello spazio di tre a sei giorni, un punto di suppurazione, presentando una fluttuazione distinta nella congiuntiva oculare, o alla faccia esterna della palpebra superiore. Nel tempo stesso, la vista folgoreggiante, ed altri fenomeni luminosi (*fotopsia*) aumentano, il globo dell'occhio è respinto con maggior forza verso il naso e l' ammalato prova un dolore pulsativo. All' aumento del tumore della palpebra superiore, s aggiunge la sensazione di freddo, e di pesezza incomoda nell' occhio, e dei brividi continui.

L' *etiologia* della *dacryadenite* è tuttora assai oscura. Secondo *Schmidt* essa attacca principalmente i giovanetti, ben portanti per ogni altro rapporto, nell'età di sette a diciannov' anni, che sono stati precedentemente sotto l'influenza della diatesi scrofolosa. Quest'autore l'ha costantemente veduta esser prodotta dal rapido cangiamento di temperatura, o dalle correnti d' aria fredda. Sembra ch' essa costituisca raramente l' infiammazione semplice.

Quando la malattia è bene conosciuta durante il periodo d' infiammazione, e che è trattata in modo conveniente, il prognostico non è tanto funesto quanto nei casi d' infiammazione generale dell' orbita; ma diventa gravissimo, quando in conseguenza di cattivo trattamento, ec. la flogosi si è diffusa a tutta la cavità orbitale. Se il globo dell' occhio sporge di già fuori della sua cavità, è impossibile di ottenerne la risoluzione.

Nel periodo di suppurazione, il prognostico non è tanto increscevole se l' ascesso già formato è tosto aperto per dare esito al pus; poichè dopo l' evacuazione della raccolta purulenta, il globo dell' occhio rientra nell'orbita e accade spesso che la vista si ripristina poco a poco. Soltanto l' organo rimane an-

cora per più o meno tempo diretto verso il naso, e resta conseguentemente l' obliquità dell' occhio, (*luscitas.*). Se la suppurazione s' è impadronita di tutte le parti dell'orbita, il prognostico dev' essere il medesimo che quello del secondo periodo dell' infiammazione dell' orbita stessa.

Nel periodo infiammatorio, si deve sempre mettere in pratica la cura antiflogistica energica. Si prescrive per conseguenza il salasso. Se questo non apporta pronto sollievo si applicano cinque o sei sanguisughe, alle quali si sostituiscono delle compresse imbevute di un liquore freddo, e si obbliga l' ammalato ad un regime dolce. Si può in oltre fare una derivazione sul canale intestinale, se pure ciò diventa necessario, etc.

Tuttavolta che l' infiammazione minaccia di terminare per suppurazione, bisogna facilitarne la formazione applicando de' cataplasmi caldi, composti di cicuta, di fiori di cammomilla mescolati con sostanze emollienti, tenendo il tumore ricoperto con cerotto d' aquilon e di cicuta fintantochè presenta della durezza, e finchè l' occhio non è rientrato nell' orbita.

Se i dolori e l'agitazione sono considerabili , si amministra l' oppio internamente ; se l' ascesso è completamente formato e che la fluttuazione vi sia sensibile, si apre colla lancetta. Ottenuta l' evacuazione del pus, s' introduce nell' apertura uno stuello spalmato di un miscuglio di tintura d' oppio e di olio di mandorle, o di unguento digestivo, che si fa penetrare fino al fondo della piaga, colla veduta di stimolarla. Si vede allora la cavità dell' ascesso riempirsi di bottoni carnosi, e la cicatrizzazione non tarda a formarsi.

La guarigione non si ottiene sempre sì facile ; poichè accade spesso, dopo l' apertura dell' ascesso , che il pus degenera in sanie, e si vede sortire dall' apertura, i di cui bordi sono allora callosi , una fungosità di un rosso pallido , trasudante facilmente sangue, la quale annunzia l'esistenza di un'ulcera fistolosa, mantenuta probabilmente dalla carie dell'apofisi orbitale dell' osso frontale. Se introducendo allora

una tenta nell' apertura s' incontrano delle scabrosità ed inuguaglianze in quest' osso messo allo scoperto in seguito della suppurazione, si può riguardare l' esistenza della carie come quasi certa.

Conviene allora ingrandire l' apertura col bisturì, e farvi penetrare profondamente degli stuelli spalmati di unguento digestivo, al quale si mescola della polvere di mirra, ad oggetto di favorire l' esfogliazione. Allorchè quest' ultimo resultato si è ottenuto, non rimane che a procurare la cicatrizzazione.

Oltre la carie, l' ascesso della glandula lagrimale può ancora essere seguito da ulcera fistolosa, senza carie resultante dalla lesione di un canale escrettore della glandula medesima; pur nonostante tale accidente è raro. In tal caso l' apertura fistolosa dà egresso ad un miscuglio di sanie e di lagrime, od anco - delle pure lagrime; ciò che può chiamarsi fistola laa grimale, o meglio una fistola della glandula lagrimale. Verso la fine, quando pure l' ulcera è guarita rimane spesso alla palpebra superiore vicino all' angolo esterno, un' apertura capillare, le di cui pareti sono callose; quest' apertura lascia trapellare di tanto in tanto, durante il giorno, delle lagrime assolutamente limpide. Le nominate aperture capillari che corrispondono alla glandula lagrimale sono difficilissime a guarire. Nulladimeno il mezzo il più efficace che si è impiegato contro di esse, consiste nel toccarne il fondo colla pietra infernale o ad introdurre, con precauzione, fino al fondo dell' apertura callosa uno specillo finissimo rovente.

SCIRRO DELLA GLANDULA LAGRIMALE.

Il vero scirro della glandula lagrimale (che non bisogna confondere col semplice indurimento consecutivo della dacryadenite) è per lo più accompagnato dall' affezione scirrosa delle parti circonvicine, e dello stesso globo dell' occhio. Questa malattia estremamente rara, si riconosce dai sintomi seguenti: l' occhio è ricalcato verso la commettitura interna, e sporge fuori dell' orbita verso la sua parte inferiore; non

è doloroso, non presenta che poco rosso, ed è quasi immobile.

Ciò ch'è soprattutto rimarcabile, si è che non può esser diretto verso la glandula lagrimale. Si scorge verso la commettitura esterna un tumore immobile, duro, inuguale, ed assolutamente indolente, fintanto che lo scirro non tende a passare allo stato di carcinoma. Il globo dell' occhio stesso è asciutto, i bordi delle palpebre sono incrostati di materia sebacea quasi disseccata. La cornea è più o meno opaca, e prende pure l' aspetto cadaverico, se la malattia conta lunga data. Del resto, dai segni commemorativi resulta, che cotesta disorganizzazione è stata immediatamente preceduta da infiammazione della glandula lagrimale.

Beer ha osservato, che gl' individui scrofolosi dotati di temperamento *flemmatico, e poco sensibili*, sono i più soggetti a questa malattia.

Quanto al prognostico di quest' affezione è a rimarcarsi che il malato può portarla molti anni senza che la sua salute ne sembri affetta.

Il prognostico non diventa gravissimo che nel caso ove lo scirro passa allo stato di cancro. *Beer* ed altri medici pensano che questa malattia è al disopra delle risorse dell' arte, e che nè i medicamenti, nè l' operazione non hanno alcun potere contro di essa. Ciò nonostante si sono usati per combatterla, particolarmente in Francia, la cicuta, gli oppiati, l' idroclorato di barite, etc. tanto all' esterno, quanto internamente. (*)

(*) Per la risoluzione dei tumori scirrosi sono oggi assai accreditate le preparazioni *iodiche* sì per uso esterno che internamente. E siccome usandole con criterio non ponno nuocere menomamente, sarei di parere non dovessero essere omesse.

Dietro le esperienze di *Cruveilhier* molti si giovano pure del *sotto-carbonato di soda*, servendosi della via cutanea, unendo cioè mezz' oncia del nominato sale a once due di olio di oliva per farne delle frizioni. Lo esibisce anco per bevanda in mezzo boccale d' infusione di tiglio, nella quale vi scioglie in principio, una dramma e quindi due del suddetto sotto-carbonato di soda, da prendersi metà la mattina e metà la sera. Per maggiore dilucidazione si veda l'annotazione delle pag. 118 e 119.(N. dl T.)

L' operazione presenta molte difficoltà; ma ecco come vi si procede: un ajuto, appoggiando contro il suo petto la testa del malato, solleva la palpebra superiore coll'indice e il dito medio di una mano, mentre abbassa la palpebra inferiore colle medesime dita della mano opposta. L' operatore si serve di un bisturì fisso sul suo manico, per fare con precauzione un' incisione al di sotto del tumore, ed al punto ove la palpebra superiore si unisce al globo dell' occhio, avendo attenzione di non interessare quest' ultimo. Dopo essersi aperta una strada coll' accennato istrumento fino alla glandula indurita, l' afferra con un piccolo oncino doppio, e l' isola completamente delle parti circonvicine, procurando di non lasciare nel fondo della piaga alcuna parte che sia nello stato d' indurimento. Si usa in seguito una medicatura semplice, e si tratta in modo adattato l' infiammazione consecutiva.

AUMENTO ANORMALE DELLA SECREZIONE DELLA GLANDULA LAGRIMALE.

Epiphora, *Dacryorrhysis* (*da* ΔΑΚΡΥΟΝ, *lagrime*, *e* ΡΕΩ, *colare*), *Flusso lagrimale*, *lagrimazione*.

S' intendeva ne' tempi andati per flusso lagrimale o lagrimazione quello stato nel quale le lagrime colano incessantemente dagli occhi, tanto nel caso che la malattia dipenda da accresciuta attività della glandula lagrimale quanto ch' essa sia dovuta alla diminuzione, od abolizione completa della funzione dei condotti lagrimali. Il celebre *Adamo Schmidt* (1) è il primo che abbia stabilita una distinzione fra questi due stati. Egli ha designato il primo sotto il nome di *Dacryorrhysis*, *Ephiphora*, ed il secondo sotto quello di *Dacryostagon*, *stillicidium lacrymarum*.

Vi sono diverse specie di *dacryorrhysis*, che richiedono un trattamento differente. Tal malattia è alle volte un sintoma precursore o concomitante di presso che tutte le ottalmie semplici o poco forti. Questa

(1) L.c., p. 203.

specie si dissipa ordinariamente coll' infiammazione stessa e non merita conseguentemente che noi vi si trattenghiamo. Spesso la *dacryorrysis* è la conseguenza d' ottalmie, particolarmente nei soggetti sensibilissimi. Può rivestire un carattere di cronicità, e si esaspera comunemente allorchè il tempo è umido, e migliora al contrario nei tempi asciutti e caldi. Si ottiene la guarigione dell' epifora con cure adattate, come coll' applicazione sull' occhio molto sensibile, di compresse asciutte e calde, e se l' esaltazione di sensibilità è generale, coll' amministrazione simultanea di medicamenti all' interno, tali che l' estratto di giusquiamo, esibito in principio colla veduta di smorzarne la sensibilità, ed in seguito l' uso dei tonici, etc. Finalmente si ponno puranco impiegare all' esterno dei derivativi, come i rottori, i vescicanti, e dei collirj nei quali si fa entrare una leggiera dose di percloruro di mercurio e d' oppio, o la soluzione di pietra divina coll' acetato di piombo, e la tintura d' oppio zaffranata, etc. È importantissimo di regolarsi con precauzione, nell' uso degl' indicati mezzi, attesa la sensibilità dell' occhio ammalato.

Una terza specie *d' epifora* si osserva come sintoma concomitante della scarlattina, della rosolia, e del vajolo. Scomparisce ordinariamente colla malattia principale, e non richiede alcuna cura particolare; ma se per altro lo scolo delle lagrime persiste, e diventa cronico, conviene trattarlo come abbiamo indicato. Finalmente l' enunciata terza modificazione del dacryorrysis è talvolta pure un accidente che persiste nei soggetti sifilitici, scabbiosi, scrofolosi, artritici, e scorbutici; in questi casi, tali affezioni, indipendentemente dai loro sintomi ordinari, si manifestano ancora coll' epifora.

Si ottiene la guarigione dell' ultima varietà negli individui sifilitici, e scabbiosi, colla cura interna, amministrando del mercurio nei primi, e nei secondi dello zolfo; e sottomettendo gli uni e gli altri all' uso dei collirj preparati col sublimato od all'introduzione, due volte ogni giorno, di una certa quantità di pomata citrina verso l' angolo interno dell' occhio.

Il dacryorrysis negli scrofolosi dev'esser trattato dietro i precetti raccomandati per la malattia scrofolosa. I topici si limitano in questo caso a delle compresse calde ed asciutte, secondo la sensibilità del soggetto e dell' occhio in particolare.

Se il malato è fornito di sensibilità più ottusa, si usano gli astringenti di già indicati, o la pomata preparata col deutossido di mercurio (precipitato rosso).

Il miglior mezzo per combattere il dacryorrysis artritico, allorchè l' artritide non può esser guarita, consiste nel mantenere per molto tempo dei rottori che agiscano come mezzo di derivazione, in vista della *tendenza morbosa* della glandula lagrimale. Nell' epifora degli scorbutici, che non attacca generalmente che la classe la più indigente, le lagrime hanno talvolta l' aspetto del siero del sangue, e sono pure in certi casi mescolate a del puro sangue (lagrime di sangue, *dacryohaemorrhysis*). I mezzi ai quali un tale accidente si arrende più facilmente, consistono nel cangiamento favorevole del regime, e dell' abitazione, nell' esercizio conveniente del corpo, preso in atmosfera fresca e sana. Gli astringenti, e principalmente il decotto di scorza di quercia coll' allume sono i migliori topici che gli si possano opporre.

ALTERAZIONE DEL FLUIDO LAGRIMALE.

La secrezione delle lagrime può, non solo andare soggetta a delle modificazioni sotto il rapporto della qualità, ma può pure essere alterata nella sua composizione. Per esempio, si trova qualche volta più ricca ne' principj salini che all' ordinario. Mi è accaduto in un caso d' itterizia violento, di osservarvi una tinta manifestamente giallastra; ma la mancanza di esatta analisi, ci mette spesso nell' impossibilità di giudicare dei vantaggi che noi potremmo ritrarre dalla chimica per mettere in chiara luce questo punto di patologia. Profitto della presente circostanza per parlare di uno stato rimarcabile delle lagrime, in cui si vede questo fluido produrre delle concrezioni calcolose (*da-*

cryolithes). Ve ne sono molti esempi; il più istruttivo, il più circostanziato, ed il più degno d' osservazione nel tempo istesso è quello riportato da *Ph. de Walther* (*Journal de Chirurgie und augenheilkunde* **1**. B. **1**. **4**. S. **165**), ch' io repeterò in poche parole.

La ragazza, d' altronde sana, nella quale il Sig. *di Walther* osservò le concrezioni calcolose era stata ad un tratto ammalata di odontalgie fortissime dalle quali non fu sollevata se non se coll'estrazione successiva di più denti. In seguito, l'ammalata andò soggetta a delle stipsi ostinate, accompagnate da coliche intestinali che cedettero all' uso delle fomentazioni e dei clisteri.

Circa quattro mesi dopo la giovanetta si lamentò di dolore cocente e pungente nell' occhio sinistro, che aumentava nei movimenti del globo dell' occhio, ed ugualmente esponendolo alla viva luce del sole. Esaminando l' occhio con attenzione, si trovò verso la ripiegatura della congiuntiva, fra il bulbo oculare e la palpebra inferiore, e verso la commettitura esterna, un calcolo bianco, angoloso, del volume di un pisello, che si stritolò facilmente fra le dita, e vi lasciò un residuo sabbioso e pinguidinoso.

Dopo qualche giorno, si trovò nel medesimo luogo un altro calcolo precisamente simile al primo.

In questo tempo, l' infiammazione dell' occhio continuava a fare dei progressi ; si accompagnò alla fotofobìa, ed all' aumento della secrezione lagrimale. Il sig. *De Walther* prescrisse due salassi in quattro giorni, e assoggettò la malata alla cura antiflogistica energeia.

La produzione degli accennati calcoli nella parte malata divenne sì rapida, che immediatamente se ne estrassero due, e verso la fine anco tre per giorno, i quali erano anco più grossi dei precedenti.

Si fece prendere internamente la preparazione seguente.

℞. Carbonato di potassa purificato . ʒj. ß.
Fate disciogliere in acqua di cannella . . . . . ℥. jv.
Aggiungete siroppo di diacodio. . ℥. ß.
Mescolate.

Da usarsi quattro volte ogni giorno alla dose di un mezzo cucchiajo da zuppa.

La malata beveva nel tempo stesso tisana di viole (*jacea o viola tricolor.*). Le orine divennero torbe, e la produzione dei calcoli cessò poco a poco; ma dessa si presentò quasi subito nell' altr' occhio, talchè bisognò tornare all' uso dei soliti mezzi, che di nuovo produssero un favorevole resultato. La durata di questa singolare affezione fu di dieci settimane.

Qualche anno dopo, la malattia recidivò, ma fu assai meno grave e cedè più sollecitamente ai mezzi che noi abbiamo sopra indicati.

OBLITERAZIONE DEI CANALI ESCRETTORI DELLA GLANDULA LAGRIMALE.

Atresia ductuum excretoriorum glandulæ lacrymalis.

Quest' obliterazione ha spesso luogo in seguito di piaghe o abbruciature accadute nella regione della glandula lagrimale.

Per lo più, qualcuno dei condotti delle lagrime resta ancora aperto, e suscettibile di adempire le sue funzioni. I segni che indicano tale obliterazione sono l' asciuttezza (*xerophthalmios, scheroma*) e l' immobilità dell' occhio, accompagnate da sensazione analoga a quella che produrrebbe la presenza di una quantità di polvere fra le palpebre. Allorchè si esamina l' occhio con attenzione, si riscontra verso l'angolo superiore esterno dell' orbita, una cicatrice che si estende talvolta fino alla congiuntiva. Nulladimeno l' asciuttezza dell' occhio, accennata dal malato non è visibile dal medico, poichè quest' organo sembra rilucente, ed umido.

Il prognostico è favorevolissimo ; giacchè quei condotti lagrimali che sono rimasti illesi si dilatano poco a poco e mantengono l' occhio nello stato di umidità conveniente.

La cura palliativa, la sola che è qui applicabile deve consistere nell' uso dei collirj puramente mucillagginosi,composti o col salep, colla radica di bismalva, colla decozione di malva, colla mucillaggine di gomma arabica, etc., per mezzo delle quali sostanze si mantiene l' occhio costantemente umido.

TUMORE LAGRIMALE SVILUPPATO NEL TESSUTO CELLULARE.

Dacryops (*da* ΔΑΚΦΡΥ, *lagrima*, *e* ΩΨ, *occhio.*)

Sintomi. Allorchè cotesto tumore saccato , che ingrossa rapidamente per l' effusione di lagrime è alquanto considerabile, si osserva alla palpebra superiore vicino all' angolo esterno. Desso è elastico, circoscritto, indolente, e del colore della pelle. Giudicandone col tatto sembra penetri profondamente nell' orbita, e determina (allorchè si comprime alquanto fortemente) la sensazione gravativa nel globo dell'occhio, come pure una fugace fotofobia. Se si solleva la palpebra superiore, scostandola dal globo dell' occhio, e pigiando il tumore al di fuori, la congiuntiva sporge in avanti sotto forma di borsa ritonda, nella quale si sente distintamente la fluttuazione.

La causa prossima di cotesta malattia consiste , secondo l' avviso di *Schmidt* (l. c. p. 68.) in ciò che l' estremità dei condotti escretorj della glandula lagrimale si aprono nel tessuto cellulare, sotto la congiuntiva oculare, da cui resulta l' accumulamento di una certa quantità di lagrime, la quale distendendo una cellula, od areola , forma così una specie di tasca.

Schmidt e *Beer* che descrivono la malattia come rara, l' hanno costantemente osservata nei bambini. L' ultimo di questi autori l' ha veduta due volte sopravvenire in seguito di lesione esterna.

A malgrado che l' affezione non porti seco gravi inconvenienti per l' occhio, è nonostante difficile di

guarirla perfettamente, tanto per l' impazienza del malato, quanto pel pericolo resultante dal luogo sul quale si deve operare.

Ecco il processo operatorio che si deve prescegliere allorchè cercasi di ottenere la guarigione completa. Un ajuto solleva la palpebra superiore, scostandola dal globo dell' occhio, rispinge il tumore di alto in basso ed in avanti; l'operatore col bisturì fà un' incisione sulla congiuntiva che lo ricuopre, penetrando fino sulla ciste che è sempre sottilissima; la prende allora per mezzo di pinzette fini, ne fà la dissezione con bisturì a lama flessibile, spuntata e ritondata, avendo riguardo di dividere il tessuto cellulare, piuttosto pigiando che segando. Quando la ciste è stata diseccata da lontano quanto è possibile, si passa nella ferita un ago curvo, armato di un grosso filo di seta semplice; gli si fà attraversare la porzione di ciste superstite, il muscolo orbicolare e la pelle, e si fà sortire vicino al bordo della palpebra superiore, e della commettitura esterna, in modo tale da stabilire un vero setone. Se le trazioni frequenti fatte sul filo non determinano infiammazione nello spazio di ventiquattr' ore, si spalma con sostanze caustiche, in principio deboli, delle quali se ne accresce in seguito l' attività. Si può usare a tale oggetto la dissoluzione di pietra infernale, di potassa caustica, o di butirro d' antimonio. Se non ne resulta un' infiammazione sufficiente della ciste, o la sua distruzione per mezzo della suppurazione consecutiva, si deve rinunziare alla speranza della guarigione radicale, bisogna limitarsi cioè alla cura palliativa, che consiste nell'impregnare di una dissoluzione di acetato di piombo, o di pomata di tuzia, etc., il filo che fà l'ufficio di setone, da cangiarlo frequentemente di posto per ottenere un' apertura callosa. Essendo questa diventata libera per la soppressione del filo, il malato può vuotare il tumore a misura ch'esso si riproduce, usando la pressione per fare sortire le lagrime attraverso l' apertura conservata. *Schmidt* designa questo tumore così provvisto di un' apertura, sotto il nome di *Dacryops fistulosus*.

IDATIDE DELLA GLANDULA LAGRIMALE

Hydatis glandulæ lacrymalis, Glandula lacrymalis hydatoidea.

Questa terribile malattia, che fortunatamente è molto rara, consiste, secondo gli osservatori, in ciò che una delle areole del tessuto cellulare che unisce fra loro le diverse granulazioni componenti la glandula lagrimale, venendo ad essere distesa in forma di vescichetta dal fluido lagrimale, che vi si è diffuso, e decomposto, si separa dal tessuto cellulare vicino, e rappresenta in tal modo un' idatide indipendente, senza aderenza, situata fra le dette granulazioni della glandula lagrimale. Allorchè il suo incremento è molto lento, spinge l' occhio fuori dell' orbita, senza sviluppare alcuna infiammazione (*exophthalmos*); oppure quando il suo accrescimento è più rapido, si accompagna all' infiammazione del globo dell' occhio (*exophthalmie*); che in tutti i casi è diretto verso il naso. Quando l' incremento dell' idatide si fa lentamente e si complica dell' *esottalmia*, si riconosce la malattia ai caratteri seguenti: il malato si lamenta di dolore sordo profondo, avente la sua sede nell' orbita; gli sembra che il globo dell' occhio sia spinto di dietro in avanti. Tale sensazione è particolarmente risentita allorquando quest'organo ne' suoi movimenti si dirige verso la glandula lagrimale. Allora il bulbo oculare, pochissimo rosso, sporge fuori dell' orbita nella direzione indicata, producendo una sensazione di tensione dolorosa nell' occhio stesso e nella metà della testa del medesimo lato. L' organo della vista diventa grado grado arido; il minimo dei suoi moti non può avere luogo senza essere accompagnato dal fenomeno della fatopsia; si eseguiscono in principio difficilmente e finiscono per diventare assolutamente impossibili. La facoltà di vedere esiste ancora, soltanto è talora accompagnata da diplopia. Gli oggetti sembrano sfigurati; nulladimeno in certi momenti non presentano niente di straordinario. Finalmente la vista poco a poco s' imbarazza, e termina per perdersi affatto.

I dolori di testa che non hanno mai cessato, aumentano d' intensità; il muscolo obliquo superiore dell' occhio (grand' obliquo di *Chaussier*) è obbligato secondo *Schmidt* ad un movimento spastico continuo, (fenomeno che *Beer* non ha mai osservato.) Il globo dell' occhio prende un aspetto sordido e cadaverico, sembra anzi annunziare la morte vicina, nel tempo che tutte le funzioni si eseguiscono ancora assai bene. Si sente allora distintamente una durezza ostinata verso la commettitura esterna, fra l' occhio ed il bordo esterno dell' orbita.

Allorquando la malattia è accompagnata d' *esottalmia*, si manifesta coi sintomi seguenti: Il globo dell' occhio infiammato è più voluminoso e spinto fuora dell' orbita. Il malato risente pure dei dolori nel fondo della cavità orbitale, ma gli riferisce piuttosto al bulbo dell' occhio, che è sollecitamente disorganizzato dalla suppurazione, se non gli si dà tosto esito; procastinando si squarcia spontaneamente, cagionando dei dolori atrocissimi, e dall' apertura ne scola un miscuglio di sangue e di pus di cattiva natura. L' occhio non s' infossa, ma rimane fuori dell' orbita, sotto forma di massa carnosa irregolare. La cefalalgia continua, il sonno e l' appetito sono turbati, e la glandula parotide del lato malato si tumefà. Nella regione della glandula lagrimale si sente, come nel caso precedente, della durezza non ordinaria quasi ondeggiante.

La causa diretta dell' idatide della glandula lagrimale è ancora sconosciuta.

Il prognostico è sempre incerto. Non è favorevole allorquando l' idatide è di già sviluppatissima. Quando l' occhio spinto fuori dell' orbita ha perduta la facoltà di vedere, ed ha preso l' aspetto cadaverico, senza che vi esista *esottalmia*, il malato non tarda a soccombere in conseguenza di accidenti in principio comatosi, ed in seguito apopletici. Se esiste al contrario l' *esottalmia*, l' occhio è non solo disorganizzato quando la malattia si trascura, ma si vede di più farsi poco a poco la distruzione delle ossa dell' orbita, dietro la quale lentamente arriva la morte.

Cura. Siccome è impossibile in questa malattia fare una diagnosi certa al suo principio, e siccome l' idatide non può essere estirpata, perchè in quest' operazione s' interesserebbe qualcuna delle parti circonvicine, tale che il ganglio ottalmico, la glandula lagrimale, il muscolo retto esterno dell' occhio, etc, si è obbligati di ricorrere all' operazione seguente, come mezzo palliativo. S' immerge profondamente una lancetta a lama stretta sotto la palpebra superiore, vicino alla commettitura esterna, e nella direzione della glandula lagrimale, fino a che non si vede colare l' umore contenuto nell' idatide; s' introduce in seguito nella ferita una piccola tasta di fila in forma di stuello oppure una corda di budello spalmata di pomata saturnina, coll' intenzione di stabilire una piaga fistolosa, ad oggetto di poter dare egresso all' umore sanguignolento che potrebbe accumularvisi in seguito. Si è qualche volta assai fortunati potendo estrarre da quest' apertura la ciste distaccata, per mezzo di una pinzetta. Se il bulbo dell' occhio spinto fuori dell' orbita è affetto da cecità, se presenta l' aspetto sordido e cadaverico, o se è fortemente infiammato, e che abbia di già subìto un cangiamento di forma, non si deve conservare molta speranza, limitandosi soltanto al metodo palliativo che abbiamo indicato.

MALATTIE DEL SACCO LAGRIMALE.

INFIAMMAZIONE SEMPLICE DEL SACCO LAGRIMALE.

(*Dacryocystitis.*)

Sintomi. Un tumore duro, circoscritto, reniforme e sensibile s' elleva nella regione del sacco lagrimale, accompagnato da dolori sordi, che si propagano fino al naso ed al globo dell' occhio; vi si aggiungono i segni della corizza con scolo di acre mucosità dal naso. Il tumore diviene rossissimo, nè permette il minimo contatto. Sopraggiunge contemporaneamente la lagrimazione, e l' assoluta aridità delle fosse nasali.

Le guance e le parti circonvicine sono in questo caso per lo più attaccate d' erisipela, che si associa, particolarmente nei soggetti delicati, ad altri malori ed alla febbre. Finchè l' infiammazione non si è resa intensa, una pressione fatta sul sacco fa sortire dai punti lagrimali una piccola quantità di muco di un bianco-giallastro, mescolato a delle lagrime. Ma al contrario se l' infiammazione del sacco lagrimale è assai violenta, le narici diventano vieppiù asciutte, e l' occhio lagrimoso, ciò che dipende da difetto d' assorbimento delle lagrime pei punti lagrimali. Egli è in questo periodo soltanto che incomincia il distendimento reniforme della parte anteriore del sacco lagrimale, o per lo meno essa aumenta allora più rapidamente, imperocchè gli umori che continuano ad esser separati dalla superficie di cotesta cavità non trovano egresso dalla parte superiore nè dall' inferiore. Questa dilatazione porta seco un aumento d' intensità dell' infiammazione, al punto che diventa impossibile di opporsi alla suppurazione.

Alla fine del secondo stadio o periodo blennorroico, il sacco lagrimale separa una sì grande quantità di muco, che il canale essendo per lo più ostrutto la parete anteriore del primo, che non è appoggiata sopra alcuna parte ossea, è sì fortemente dilatata, che vi si riscontra la fluttuazione prima ancora che il pus siasi stabilito. La membrana mucosa che riveste le fosse nasali, e la caruncola lagrimale separa essa pure delle mucosità in molto maggiore copia. È a quest' epoca che si decide della malattia; poichè o l' intensità dei fenomeni inflammatorj cessano, il canale nasale riacquista la sua pristina libertà, il prodotto della secrezione mucosa diviene più tenue, e la separazione può continuare ancora assai lungo tempo; oppure, il tumore del sacco lagrimale aumentandosi viemmaggiormente, il rossore divenendo più intenso e la pelle più lucente, si sente un' ondulazione distinta e si osserva verso il centro del sacco lagrimale un punto giallastro, rammollito, su cui si deve affrettare di farvi l' apertura, ad oggetto di evitare la formazione della vera fistola del sacco lagrimale.

Se si confida l' apertura dell' ascesso alla natura non si fa costantemente se non se piccola e fistolosa, insufficiente a permettere l' uscita della porzione la più consistente del pus, circostanza che si oppone all' abbassamento e vuotamento completo del tumore.

Finalmente, in conseguenza di sistema curativo conveniente, si vede diminuire la secrezione mucosa del sacco lagrimale, e riprendere le sue qualità naturali. L' apertura del sacco guarisce in seguito spontaneamente, o per mezzo dei soccorsi dell' arte; ma più comunemente rimane una fistola capillare strettissima, per la quale indicheremo più lungi la condotta a tenersi. Allorchè cotest' infiammazione ugualmente che la suppurazione fanno un corso rapido, e che il sacco lagrimale è stato aperto in tempo, la membrana che tappezza il canale nasale non è ordinariamente che tumefatta, ed il condotto non è se non che ristretto senza essere obliterato. Allorquando la malattia è abbandonata a se stessa, se il tumore non è aperto per tempo, se l'infiammazione procede con lentezza, come ciò accade ordinariamente negl' individui di debole costituzione, scrofolosi etc. e che l' affezione recidivi spesso, succede qualche volta che si fa alla superficie della membrana mucosa del canale nasale della secrezione di linfa plastica che determina l' aderenza delle pareti delle membrane medesime fra di loro e l' obliterazione del canale; nulladimeno l' aderenza può stabilirsi per un' agglutinazione immediata.

Un altro inconveniente resulta pure dalla negligenza cagionata nella cura della malattia, e dall'omissione dell' apertura dell' ascesso. Il pus corrode la membrana del sacco lagrimale in uno de' suoi punti e dà luogo alla carie delle ossa; può questa attaccare morbosamente quelle pure del bordo dell' orbita, non potendo il pus aprirsi una strada al di fuori per i seni fistolosi, attesa la lunga data ch' esso ha soggiornato nel tessuto cellulare che separa il globo dell' occhio dal sacco lagrimale.

Nei soggetti sani la dacryocystite semplice può

anco (1) essere il resultato di una contusione ricevuta sotto l' angolo interno dell'occhio; ma lo stato semplice di questa infiammazione è rarissimo; dessa è più spesso complicata dalle affezioni scrofolose, sifilitiche, artritiche, catarrali, reumatiche etc.

Durante il periodo infiammatorio si puo emettere un prognostico favorevole se il sacco lagrimale non ha sofferta una contusione troppo forte, o qualche lacerazione. Allorchè non puossi ottenere la risoluzione dell' infiammazione, per lo più ne consegue una secrezione mucosa anormale che si accumula nel sacco lagrimale, accidente che *Schmidt* designa sotto il nome di *dacryops blennoideus*, e di cui si ottiene facilmente la guarigione.

Se l' infiammazione fu fortissima, e che sia stata abbandonata a se stessa, ne resulta spesso l' obliterazione completa o incompleta del canale nasale. I condotti lagrimali si chiudono talora essi pure nello stesso modo, e ne viene l' epifora continua incurabile.

Nel corso del secondo periodo è difficile a farsi un prognostico certo relativamente alla secrezione mucoso-purulenta del condotto lagrimale. Al principio di questo stadio, al contrario, quando il serbatojo delle lagrime non secerne ancora che semplice mucosità, si può più facilmente aspettarsi un termine favorevole; poichè in tal caso il medico può ancora lusingarsi di ottenere una suppurazione che sia suscettibile di essere condotta ad un fine felice. Ma se la suppurazione esiste di già, il prognostico non può esser favorevole se non quando dessa è da poco tempo

(1) Io conosco un caso rimarcabile di *dacryocystite cronica*, seguito dal *dacryops blennoideus*, che si presentò nella moglie di un sarto. Cotesta donna mangiando un giorno delle ciliege, un nocciolo penetrò, senza sua saputa, (forse essa rideva in quel momento) nelle fosse nasali da uno dei loro orifizii posteriori, e si arrestò nella parte inferiore del condotto lagrimale. La presenza del corpo estraneo aveva prolungato la malattia oltre nove mesi, quando fu scoperto dal mio amico il dottore *Bartky*, che ne fece l' estrazione, e la malattia ebbe termine sollecitamente.

stabilita ; imperciocchè è caso disgraziatissimo allorquando il sacco lagrimale è sul punto di rompersi , o quando di già vi ha un' apertura fistolosa. In quest' ultimo caso, il resultato della malattia può essere l' atonia durabile, ed anco la distruzione completa dei punti e dei condotti lagrimali. Se si commette l' imprudenza di far cicatrizzare l' apertura fistolosa senza avere riguardo all' obliterazione del canale nasale, ugualmente che de' suoi condotti lagrimali , il muco che continua ad essere separato dal sacco lagrimale vi si accumula, e si vede sviluppare un tumore, la di cui superficie non differisce pel colore da quella del rimanente della pelle. È quest' accidente che il professor *Beer* chiama col nome d' idropisia del sacco lagrimale , *hydrops sacci lacrymalis*.

Si giunge a guarire la malattia durante il periodo infiammatorio per mezzo delle compresse imbevute nell' acqua fredda o nell' ossicrato, e facendo spesso inalare per le narici dell' acqua ugualmente fredda. Secondo l' urgenza, si fanno ancora delle applicazioni di sanguisughe , procurando di mantenere aperte per qualche tempo le ferite da esse prodotte. Al momento che si è giunti a soggiogare l' infiammazione, è utile di fare usare con precauzione , intorno del sacco lagrimale, e più volte il giorno, delle fregagioni con dell' unguento mercuriale , (*unguentum hydrarg.*) Se l' infiammazione è complicata da affezione catarrale, reumatica, artritica, sifilitica, etc. bisogna durante il primo periodo fare inalare dell' acqua tiepida in luogo della fredda. Nel secondo stadio, allorchè si vede che i tentativi per conseguire una risoluzione sono stati inutili, quanto rimane a fare di meglio si è di favorire la suppurazione nel sacco lagrimale per mezzo degli emollienti, e di aprire il' ascesso col bisturì in forma di lancetta, tosto che l centro del tumore è rammollito, e che la fluttuazione vi è manifesta.

Si favoreggia in seguito l' evacuazione del pus e delle mucosità, injettando con precauzione dall' apertura, dell' acqua tiepida di rose, o mescolata, secon-

do le circostanze, col laudano liquido del Sydenham, coll'acetato di piombo, e con delle sostanze mucillaginose. Se dopo l' evacuazione del pus e del muco vi resta qualche durezza, è necessario procurarne il rammollimento con applicazioni di cicuta e di canfora, etc, S' introducono contemporaneamente nella piaga delle fila bagnate di laudano liquido, ricuoprendole con cerotto di diachilon composto. Cessando la suppurazione, e non restando se non che una secrezione mucosa anormale, si usa la dissoluzione di pietra divina che si istilla nell' angolo interno dell' occhio, o che si injetta dall' apertura della piaga.

℞ Pietra divina	gr:	ij.
Acqua di rose.	ʒ	jv,
Laudano liquido del Sydenham . .	℥	ss:
Mucillagine di gom: arabic . . .	ʒ	ij.

Mescolate.

Questi collirj devono costantemente essere usati liquidi.

Quello di *Conradi* (1) è ugualmente utile, in particolar modo se la malattia è congiunta alla discrasia scrofolosa. Se le pomate diventano necessarie, se ne ricuopre uno stuello che s' introduce una volta ogni giorno nella piaga. Non è mai prima che la secrezione mucosa sia ritornata allo stato normale, che il medico possa occuparsi di ristabilire il passaggio delle lagrime per il canale nasale, dopo cioè essersi preventivamente assicurato della permeabilità dei condotti lagrimali, o della possibilità di renderli liberi. Se la narice resta arida dal lato ammalato, e che la introduzione della sonda faccia presumere il gonfiamento della membrana mucosa del sacco lagrimale e del canale nasale, si hanno spesso degli eccellenti effetti dall' uso della pomata contenente una leggierissima proporzione di precipitato rosso, di cui se ne riveste superficialmente uno stuello, che s' introduce

(1) Vedetene la formula all' articolo *ottalmia semplice in generale*.

nella piaga. Si possono, in esempio, impiegare le preparazioni seguenti.

℞ Deutossid. di mercur . . . . gr: j. ij. iij.
Laudan. liq. del Sydenham . . ʒ . . j.
Assongia. . . . . ʒ . . zj.
Mescolate.

℞ Deutossid. di mercur. . . . . gr. j. iij.
Protossid. di Zinco. . . . . gr. jv. vj.
Assongia . . . . . ʒj.
Mescolate.

Al protossido di zinco si aggiungono sovente con vantaggio dieci a quindici gocciole di acetato di piombo liquido. Allorchè il tragetto delle lagrime è ristabilito, si può far cicatrizzare la piaga colla speranza della guarigione radicale. Ma è indispensabile la continuazione dei topici fino a che la secrezione purulenta del serbatojo lagrimale abbia cessato, e che non si osservi più sullo stuello, che dev' essere rinnovato ogni giorno, che una piccolissima quantità di muco puriforme, esclusivamente prodotto dalle pareti dell' apertura della piaga. È utile continuare ancora per qualche tempo l' uso di codeste pomate, quando la piaga esterna è di già chiusa.

S' introducono nell' angolo interno dell' occhio, ove esse vengono assorbite dai punti lagrimali, e penetrano fino nel sacco lagrimale e nel canale nasale. Allorchè trattasi di fistola del sacco lagrimale avente un' apertura callosa alla pelle, è necessario dilatarla in alto ed in basso, introdurre quindi fino al fondo della piaga le fila imbevute di laudano liquido, che si ricuoprono con cerotto d' achilon, applicando poi sopra questi dei cataplasmi caldi, fatti col latte, colla cicuta, colla saponaria e colla canfora, fino a tanto che la durezza callosa sia intieramente dissipata.

Il primo periodo della *dacryocistite* lungi dall' avere costantemente l' intensità necessaria onde poter passare allo stato di suppurazione, può apportare al contrario, per qualche tempo, la *blennorrea per-*

manente del sacco lagrimale, durante la quale la sua membrana mucosa si trova nello stato di subinfiammazione.

In queste affezioni subinfiammatorie, costantemente croniche del sacco lagrimale, non vi ha spesso dolore alcuno, talchè il malato non risente della tensione incomoda se non che quando il muco si è raccolto in gran quantità nel sacco; i segni della corizza mancano qualche volta pur essi. Codesti stati diversi d' infiammazione sono raramente semplici, riconoscono all' opposto, più ordinariamente una qualche affezione profonda, reumatica, artritica etc. Vi si aggiunge costantemente l'ingorgo cronico della membrana mucosa del sacco lagrimale, che talvolta aumenta, ed altre volte diminuisce, seguendo i cangiamenti ammosferici, cioé secondo che il tempo è umido e freddo, asciutto e caldo. Tal forma di malattia può cangiarsi in *dacryocistite acuta*, e dessa può allora passare allo stato di suppurazione. Cotesta affezione può talora cagionare la distensione della parete esterna del sacco lagrimale, e noi ne parleremo nel capitolo seguente, sotto il nome di *ernia del sacco lagrimale*.

Le frizioni di unguento mercuriale sono ugualmente vantaggiose che nel principio; il gonfiamento della membrana interna del sacco lagrimale e la secrezione mucosa, cedono assai di spesso all' uso della dissoluzione di percloruro di mercurio, di pietra divina mescolata al laudano od all' acetato di piombo, etc. che vi si istilla tre o quattro volte per giorno; solamente la guarigione si avanza a passi lentissimi. Essendo la malattia troppo antica, la lusinga di risanamento della parte è impossibile; in tal caso si raccomanda al malato di comprimere più volte il giorno il sacco ad oggetto di facilitare la sortita del muco; è questo il miglior mezzo di prevenire la distensione del sacco lagrimale, e d'impedire la sua infiammazione acuta, infiammazione che si riprodurrebbe costantemente.

È inutile l' avvertire che è necessario prendere sempre in considerazione le affezioni generali, che

sono spesso la sola causa che produce ed alimenta le infiammazioni del sacco lagrimale. Nei casi nei quali non vi sono delle indicazioni speciali da adempire, si fa ricorso ai mezzi dei quali vado a parlare. Io ho amministrato il *calomelano* con vantaggio particolare, nei casi ordinari, verso il fine del primo periodo ed all' incominciare del secondo, soprattutto in quantità capace a produrre delle evacuazioni mattina e sera, cioè alla dose di un grano e mezzo a due e mezzo ogni volta,

Se si suppone l' esistenza del trasudamento di linfa plastica o coesiva nel canale nasale, val meglio dare il calomelano epicraticamente fino a che non si vedono sopraggiungere i segni dell' affezione degli organi salivari. È necessario qualche volta ancora, secondo le circostanze, aggiungere l' uso di altri medicamenti, tali che lo zolfo dorato d' antimonio (deuto-solfuro d' antimonio) etc. In alcuni casi ove il sacco lagrimale era la sede di subinfiammazione cronica, in soggetti scrofolosi, io ho ottenuto dei buoni resultati dall' uso prolungato dell' *etiope antimoniato*,combinato col rabarbaro, colla resina di guajaco, col tartaro tartarizzato (prototartrato di potassio) Vi è un mezzo che non è facile rimpiazzarsi da altri migliori nelle flemmasie discrasiache , desso consiste nel *cerotto di tartaro stibiato* che si tiene applicato dietro l' orecchio del lato affetto , fino a tanto che le bolle, delle quali se ne forma un' eruzione , non sono aperte.

Allorchè l' infiammazione è intensa, sia o no accompagnata da febbre , è utile far prendere , per qualche giorno , dei *lassativi antiflogistici*. Finalmente i piediluvi sono qualche volta necessari per finire la cura, e spesse fiate si ritraggono dei considerabili vantaggi dai bagni generali tiepidi , e dall' abitare in aria pura, asciutta e calda.

Se i condotti lagrimali ed il canale nasale sono obliterati, si dovrà mettere in pratica il metodo curativo che sarà indicato in altro luogo parlando della fistola del sacco lagrimale (1).

(1) La *dacryocystite* che noi abbiamo considerata par-

Hernia et hydrops sacci lacrymalis.

Queste due malattie essendo sovente prodotte l' una dall' altra, noi le descriveremo contemporaneamente.

ticolarmente come un' infiammazione semplice, si presenta nulladimeno di rado con gli opposti caratteri di semplicità. Le forme variolose, morbillose, scarlattinose, psoriche, sifilitiche, scrofolose etc. sono assai più frequenti; noi diremo ancora qualche cosa su queste modificazioni della *dacryocystite semplice*.

Si osserva assai di frequente l' infiammazione del sacco lagrimale accompagnare la rosolia, la scarlattina, ed il vajolo; finchè la flogosi predomina, bisogna combatterla colla cura antiflogistica leggiera, giacchè dessa si sviluppa per lo più in soggetti molto deboli; si fa ancora concorrere utilmente l' uso dei bagni, e di un mite calore. Con questi mezzi non si riesce costantemente ad abbattere l' infiammazione, ma spesso se ne impedisce la suppurazione.

In seguito di quest' infiammazione, rimane ordinariamente uno scolo mucoso, sovente cronichissimo (*dacryoblennorrhea*, *blennorrhea sacci lacrymalis*), che tiene in qualche modo il mezzo come si è detto qui sopra, fra la risoluzione e la suppurazione, e che scomparisce talora per se stessa nelle ragazze alla prima mestruazione, od alla prima gravidanza nelle maritate. In queste blennorree bisogna nettare l' occhio, e comprimere frequentemente il sacco lagrimale, ad oggetto di opporsi che il muco, ammassandovisi, non cagioni l' ernia di questo serbatojo.

L' uso del mercurio è indicato nella *dacryocystite sifilitica*, così pure l' unguento napoletano all' esterno produce degli eccellenti effetti. Si vede spesso la carie di essa essere la conseguenza dell' infiammazione del sacco lagrimale. È soprattutto utile nella cura della *dacryocystite psorica* mantenere aperta la traspirazione cutanea; è per ciò che i bagni solforosi sono utilissimi.

Le *dacryocystiti artritiche* che si manifestano spesso improvvisamente, sotto forma di eresipela, quelle che sono congiunte all' affezione scrofolosa, e fanno un corso assai più cronico, sono più difficili a guarirsi delle prime. Esse attaccano principalmente le donne e le ragazze. Il progno-stico che si può dare su queste affezioni è infausto se i soggetti sono deboli. Vedete, per la cura della seconda varietà, quella dell' ottalmia scrofolosa.

Si riconosce l' ernia del sacco lagrimale da un tumore reniforme, indolente, senza cangiamento di colore alla pelle, avente la sua sede sotto l' angolo interno dell' occhio; allorchè si pigia col dito, si vede sortire dell' umore mucoso mescolato a delle lagrime per i punti lagrimali, o pel canale nasale, quando questi si chiudano i primi comprimendo col dito; si vuota così il tumore, ma poco dopo si riempie di nuovo. Cotest' affezione consiste nel rilasciamento e nella distensione della parete anteriore del sacco lagrimale; si considera generalmente come la conseguenza della *dacryocystite*.

Se la malattia non offre che una semplice ernia, il prognostico è favorevolissimo. Ciò nonostante se l' affezione è antica, e che il fluido raccolto non sia stato frequentemente spremuto, il suo trattenimento nel sacco lagrimale, fa si ch' esso va soggetto qualche volta ad un' alterazione che lo rende suscettibile d' irritare la parete interna del sacco. Questo s' infiamma, l' infiammazione si propaga alle parti circonvicine; diventa vieppiù violenta ed eresipelatosa, particolarmente nelle persone che hanno la pelle delicata; il tumore si eleva, gradatamente si rammollisce nel centro ov' esso termina per aprirsi, e ne può resultare la vera fistola lagrimale.

La trasformazione dell' *ernia* nell' *idropisia* del sacco lagrimale è ancora più facile.

Si guarisce cotest' affezione stabilendo una pressione permanente sul tumore per mezzo delle compresse graduate sopra le quali si applica una pallottola di pelle, che è mantenuta in sito per mezzo di una fascia unitiva stretta. Si può accrescerne la pressione bagnando le compresse medesime con dei liquidi astringenti. Quando la malattia non sembra consistere se non che nella leggiera ostruzione del canale nasale prodotta dalla presenza di mucosità, i liquidi discretamente astringenti ponno bastare per apportare la guarigione, come l'hanno osservata *Louis*, 'l Professor *Beer*, etc. (') Si usano a tale affetto i

(') Trattato delle malattie chirurgiche.

vapori dell' infusione di fiori di sambuco, di meliloto e di cammomilla, che si fanno penetrare nel naso per mezzo di un imbuto, mentre che si fanno allo esterno delle applicazioni di acqua di *goulard*, o colla decozione di rose, o con altri mezzi astringenti analoghi.

L' idropisia del sacco lagrimale si riconosce al contrario, dal presentarsi un tumore reniforme, elastico e indolente, che occupa l' angolo interno dell' occhio, aumenta gradatamente di volume, la di cui superficie si scolorisce in proporzione ch' essa si sviluppa, e non si vuota nè pei punti lagrimali nè pel canale nasale allorchè si comprime col dito. Dessa non comincia a fare provare la sensazione di pressione continua nel naso, nella regione sottociliare, e sull'occhio medesimo se non se quando minaccia di aprirsi; ma prima che quest' accidente sopravvenga, essa può acquistare il volume uguale a quello di un uovo di piccione.

Si riconosce dai sintomi antecedenti che la malattia è consecutiva all' obliterazione dei condotti lagrimali, e del canale nasale. Siccome il sacco lagrimale, quantunque ostrutto superiormente e inferiormente, continua sempre a separare del muco, si riempie a poco a poco, e presenta, secondo che la malattia è antica o che il contenuto è più fluido o più denso, un tumore che è alle volte fluttuante, ed altre solido e resistente.

Il prognostico è sempre dubbio, poichè a malgrado che il tumore possa costantemente essere demolito coll' operazione, resterebbe a sapersi se dopo questa i condotti lagrimali ed il canale nasale saranno suscettibili di essere ristabiliti.

Per ottenere la guarigione del tumore, si apre con un bisturì a forma di lancetta (1), si spreme il muco che contiene, e si injetta nel sacco lagrimale dell' acqua tiepida per mezzo dello schizzetto d' Anel (2) per liberarlo da tutte le mucosità. Essendo

(1) Si può servire di quello rappresentato nella .Tav. v fig. 4.

(2) Vedete Tav. v. fig. 3.

il muco troppo consistente per essere espulso colle indicate injezioni, si estrae a poco a poco con delle piccole pinzette, si distacca con una stecca di balena la massa ancora aderente al fondo del sacco, e si fa sortire per mezzo delle injezioni. Ciò eseguito, s' introduce attraverso della piaga, fino nel sacco lagrimale, una faldella di fila inzuppata di acqua tiepida, che si fissa con un cerotto agglutinativo inglese (taffetà gommato), che si lascia fino al giorno seguente.

La condotta successiva a tenersi per la cura essendo presso che assolutamente la stessa che quella per la fistola del sacco lagrimale, noi crediamo cosa utile di riunire ciò che concerne le due affezioni nel capitolo seguente (1).

FISTOLA DEL SACCO LAGRIMALE.

Fistula sacci lacrymalis.

Quest' affezione consiste nell' ulcera della membrana mucosa del sacco lagrimale avente un orifizio calloso stretto. È indispensabile, prima di tutto, esaminare con ogni accuratezza lo stato in cui trovansi i punti ed i condotti lagrimali, ugualmente che l' orifizio del canale nasale. Vi si procede (2)

(1) Questa malattia ha formato il soggetto di molte ricerche, ed è stata descritta con pari cura dai medici. Nè resultata un' immensa quantità di metodi curativi, che ciascuno si è ingegnato di modificare e perfezionare. I principali autori che se ne sono occupati sono *Laforest*, *Petit*, *Monrò*, *Cabanis*. *Palucci*, *Bianchi*, *Pouteau*, *Louis*, *Lecat*, *Pamard*, *Walther*, *Dessault*, *Richter*, *Jurine*, *Scarpa*, *Woolhouse*, *Schmidt*, *Beer*, *etc.*

Io non produrrò già i loro processi poichè me ne manca lo spazio ; mi limiterò a parlare di quelli che mi sembrano essere i migliori, e che sono tenuti per tali dalla massima parte dei medici. Coloro che bramassero conoscere gli altri potranno consultare l' opera di *Boyer*, e gli elementi di chirurgia di *Richter*.

(2) É caso estremamente raro che i punti lagrimali sieno bliterati ; si trovano più spesso ristretti ; sono allora appena isibili.

introducendo verticalmente nei medesimi la sonda d'*Anel*, spingendola rapidamente fino all'angolo del condotto lagrimale (1). Tenendo in seguito una direzione orizzontale si fa scorrere pel condotto lagrimale inferiore, ed una direzione obliqua si richiede per il dutto lagrimale superiore. Si giunge in tal modo nel sacco lagrimale, avendo riguardo di distendere il condotto nel senso della sua lunghezza, e facendo una leggiera trazione sulla pelle ad oggetto che la sonda non incontri alcun' ostacolo. Se colla sonda si sente distintamente la parete interna del sacco lagrimale, si può esser certi che non esiste alcuna obliterazione nel condotto, poichè se vi fosse, la sonda s'arresterebbe nel suo passaggio, nè potrebbe essere spinta più oltre.

Si riconosce che l' impermeabilità dei condotti lagrimali dipende da rilasciamento quando l'apertura dei punti lagrimali è larghissima, e straordinariamente spalancata, e quando vi è la mancanza completa di quella contrattibilità che presentano costantemente nello stato naturale, allorchè cioè si toccano colla sonda. Questa dilatazione dei punti e condotti lagrimali, alla quale *Morgagni*, *Petit*, etc: hanno prestata una particolare attenzione, nella pluralità dei casi, altro non è senza dubbio, che la paralisi di queste parti, affezione che è assai frequente, ma che disgraziatamente non può essere per lo più guarita in modo da ristabilire il corso naturale delle lagrime, da quegli stessi mezzi pur anco che sembrano i più sicuri. La persona dell' arte che possiede un tatto delicato, distingue col mezzo della sonda l'ostruzione dei condotti lagrimali prodotta da muco o da ristringimento resultante dall' ispessimento della membrana muccosa che li riveste.

Del resto dopo di avere ristabilita la permeabilità dei condotti, è facile di assicurarsi se dessi godono della loro facoltà assorbente naturale; perciò

(1) Qualche volta il canale lagrimale si chiude spasmodicamente durante quest' operazione, ciò che impedisce alla sonda di progredire il suo corso.

esperimentare basta istillare nell' angolo interno dell' occhio qualche gocciola di un liquido semplice colorato; se scomparisce da questo punto e si presenta all'apertura esterna del sacco lagrimale si ha la prova che l' assorbimento ha luogo.

Allorchè siamo assolutamente assicurati della permeabilità dei condotti lagrimali, si passa all' esame del canale nasale. S'introduce orizzontalmente uno specillo finissimo di balena nell' apertura del sacco lagrimale, fino alla sua estremità inferiore; allora gli si imprime una direzione verticale, facendogli eseguire dei moti di rotazione fra le dita, e procurando d'introdurlo nell' orifizio del canale nasale. Se non ci riesce di far penetrare la sonda nel naso, ciò può dependere dall'ispessimento delle pareti del sacco lagrimale, o dalla presenza di fungosità, oppur anco da granulazioni della membrana muccosa dello stesso canale che si oppongono al di lei passaggio (1). Si tenta allora di penetrarvi collo specillo d' argento di *Méjean*. Se con tal mezzo non si ottiene miglior successo, se s' incontra sempre un ostacolo non molto resistente, e che il malato nell' atto della pressione che fa la sonda nel punto d'arresto si lagna di dolore, si può riguardare come certa l' esistenza dell' obliterazione del canale nasale. Quando, al contrario, la corda oltrepassa l' ostacolo, qualunque ne sieno il dolore ed il tempo impiegato per arrivarvi, è sempre possibile che il canale conservi la sua permeabilità.

Allorchè si è penetrati con una sonda assai profondamente nel canale nasale, purchè dessa vi rimanga impegnata, si lascia fino alla medicatura successiva; soltanto bisogna avere riguardo di fissarla alla fronte, e di mettere accanto ad essa una tasta di fila nell' apertura del sacco lagrimale, che si ricuopre

(1) Alcune volte la sonda di balena, a malgrado della sua sottigliezza, non può passare. Mi è accaduto più volte in questi casi, di riuscire assai più sollecitamente a vincere l' ostacolo, facendo uso di un cantino da violino tagliato a punta ad una della sua estremità. Queste corde, per la loro massima flessibilità, fanno trovare la vera strada più presto di quello che servendosi d'ogni altro mezzo.

col cerotto agglutinativo inglese (taffetà gommato) tagliato in forma semilunare. Ogni giorno si può spingere la sonda più profondamente , per giungere all' estremità del canale nasale. Essendo questo aperto, manca però la larghezza necessaria , s' incomincia allora ad usare una corda di budello spalmata d'olio di mandorle dolci , che preventivamente sia stata rammollita un poco alla sua estremità , masticandola. Si fa penetrare sei pollici almeno , ad oggetto che rammollita che sia nel naso , possa , dopo qualche ora, essere rigettata facilmente fuori delle narici, allorchè il malato si soffia il naso.

L' estremo superiore della corda ancora avvoltolato dev' essere fissato sulla fronte dell'ammalato ; si medica come si disse precedentemente collo stuello di fila , ed il cerotto agglutinativo semilunare, e si fissa con altro cerotto sopra all' ala del naso l'estremità della corda che sorte dalla narice.

Tutti i giorni si rinnuova la medicatura; una porzione della corda arrotolata dev' esser tirata in basso dal malato, e contemporaneamente si fa un' injezione colla veduta di diminuire la gonfiezza della membrana mucosa del canale nasale. Così quando cotesta membrana non è che poco tumefatta e molle, (circostanza che può essere indicata dalla sonda) , basta umettare di laudano la corda di budello , e fare delle injezioni colla dissoluzione di pietra divina , o col miscuglio di laudano e di acqua saturnina.

Se la faccia interna del sacco lagrimale presenta , al contrario , della tumefazione resistente , ma eguale , si usa la pomata di precipitato rosso che si rende ogni tanto tempo più forte , ed in ultimo si fanno delle injezioni colla dissoluzione di sublimato e di laudano liquido, avendo la precauzione di saturarlo grado grado.

Allorchè il sacco lagrimale è la sede di tumefazioni ineguali , granulose , è necessario ricorrere all'uso della pomata citrina della farmacopea di Edim-

burgo (1), e fare delle frizioni mercuriali nella circonferenza dell' apertura del sacco lagrimale.

Durante l' uso di questi mezzi si aumenta poco a poco il volume della corda; in tal modo si passa

(1) Alcuni pratici impiegano la pietra infernale tanto sotto forma polverulenta, quanto sciolta; per introdurre la quale si servono d' instrumenti, e di altri mezzi destinati esclusivamente a quest' oggetto. Lo stesso mio precettore il Cav: Vaccà, troppo presto rapito alla scienza, usava esso pure la pietra infernale sotto forma di pomata. Dopo che fatta aveva con un bisturi una conveniente incisione al di sopra del tendine orbicolare, uno specillo metallico era introdotto sulla lama del nominato coltello che gli serviva di guida. Era questo destinato a stasare il sacco e condotto nasale onde dar passaggio ad una corda di budello, della lunghezza di circa sei od otto pollici. Ad un'estremità della quale corda raccomandava un gomitolino di seta incerata il quale doveva rimaner fuori della fatta apertura. Masticata l'altra estremità della corda per renderla molle, l' introduceva ove aveva estratto lo specillo, fino a che non incontrava ostacoli. Accadeva talvolta che nella prima introduzione la corda compariva fuori della narice corrispondente; nel caso opposto fissata l' estremità superiore della medesima col gomitolino alla fronte, attendeva che rammollita sortisse della nominata apertura, raccomandando al malato di soffiarsi spesso il naso. Ottenuto l' intento più o meno presto, tirando a se l'estremità della corda esita della narice anteriore, accompagnava coll' altra mano il filo di seta in modo da farlo scorrere pel centro e non mai per gli angoli della ferita onde risparmiare un inutile dolore al malato. Comparsa la seta fuori della narice la disimpegnava dalla corda per sostituirvi un piccolo setoncino formato di poche fila lunghe finissime, e spalmato, finchè esisteva molta infiammazione, con semplice pomata di cera e olio. Ciò fatto il setone era ritirato nella solita direzione e colle stesse precauzioni, in alto, fino vicino all' angolo superiore della fatta incisione. L' estremità inferiore di questo corpo dilatante era tagliato a livello della narice, ossivero legato con un filo, e questo fissato all' ala esterna della narice per mezzo di cerotto agglutinativo. Se l' ostruzione del condotto o malattia del sacco lo esigevano, alla semplice pomata, sostituiva il Cav: Vaccà quella fatta con pietra infernale, usandone con quel sano criterio, che mai soleva essere disgiunto dal suo operare. La cura così stabilita aveva un periodo più o meno lungo, ma generalmente non contava meno di sei od otto

gradatamente dal cantino alla corda del *la*, e finalmente a quella del *rè*, usando la precauzione di fare di tempo in tempo delle injezioni esploratrici. Quantunque si sia così giunti a rendere il suo diametro naturale al canale nasale, accade nulladimeno qualche volta, che dopo avere fatto uso delle corde di budello per più mesi, i ristringimenti si riproducono, talchè questa lunga cura è stata a pura perdita di tempo. Si può ragionevolmente aspettarsi questo resultato allorchè l' affezione è antichissima, e se l' infiammazione del sacco lagrimale è recidivata più volte.

Tali riproduzioni sono costantemente a temersi nei soggetti dotati di pelle *vulnerabile* (1), che sono dispostissimi alle affezioni catarrali e reumatiche. Non si deve lasciare cicatrizzare la piaga esteriore, dopo avere usate per due o tre mesi le corde di budello, neppur quando il resultato dei mezzi adoprati fino allora promettesse un esito felicissimo. L'esperienza m' ha dimostrato che in questi casi l' introduzione di una tenta di piombo, del volume di una corda di *rè* è utilissima; interessa però non perdere di vista alcune circostanze necessarie al successo della cura. Bisogna soprattutto che la tenta sia fatta del piombo il più puro, che sia assai voluminosa per riempire perfettamente il canale, e che possa essere introdotta comodamente e senza offendere le parti vicine. In oltre essa dev' essere piuttosto corta, affinchè l' estremità che penetra nel canale suddetto sia lontana una mezza linea, o tre quarti dalla volta delle fosse nasali. Una tale condizione è di tutto rigore, perchè se l' estremità della tenta si estendesse

mesi. Io per altro l' ho veduta più di una volta esser protratta oltre il vigesimo. L' indizio di guarigione era la diminuzione graduata, fino alla scomparsa totale della marcia. Difendeva la piaga esterna con semplici fila arrotolate. Le medicature erano rinnovate ogni 24 ore, e gradatamente ingrossato il setone. (N. del T.)

(1) Vedete la nota apposta all' articolo *anchilope* per il valore che l' autore attacca a questa parola: *pelle vulnerabile*.

fino su questa parte, sotto il cornetto inferiore, a ciascun movimento che facesse il malato soffiandosi il naso, ridendo, e camminando puranco, o essendo in vettura, il piombo verrebbe a urtare sul punto corrispondente alla sua estremità, e vi determinerebbe un'infiammazione che non solo persisterebbe per molto tempo, ma che si potrebbe diffondere fino al canale nasale, e produrre il suo ristringimento. Ognun vede che in tal caso la tenta di piombo sarebbe più nociva che vantaggiosa. È pure utile precauzione spalmare la tenta d'olio di mandorle dolci, ad oggetto di rendere più facile la sua introduzione. L'estremità che sorte verso l' angolo interno dell'occhio dev'essere incurvata con un pajo di pinzette, ed ogni due giorni il sacco lagrimale dev' essere pulito facendovi delle injezioni con acqua tiepida. Si può continuare l'uso della tenta fino a che non vi sarà fondata supposizione di non veder più riprodursi l'infiammazione, e conseguentemente dei ristringimenti del canale. I malati si sottomettono volonterosi a tale prolungamento di cura, perchè non gli apporta se non che pochissimo incomodo (*).

Si riconosce che la fistola del sacco lagrimale è accompagnata da carie, allorchè si vedono delle mac-

(*) Il luminare fra i Chirurghi italiani, il defonto, ma sempre immortale Cav: Antonio *Scarpa*, servivasi pur esso da gran tempo delle taste o tente metalliche per la cura della fistola lagrimale, tranne nel primo stadio. Incominciava nel secondo periodo della malattia (giacchè in più di uno viene da esso divisa) a far uso del così detto spillo d' argento munito di una testa a guisa di chiodo, la quale appoggia esternamente sul sacco Sostituiva a cotesto corpo dilatante e conduttore delle lagrime altra tasta di piombo più grossa tutta solida, portante una laminetta atta a comprimere la parete esteriore del sacco lagrimale. Continuava l' uso di questa fin che le circostanze lo esigevano, usando contemporaneamente altre precauzioni di pulizia, che con maggior dettaglio e più chiarezza può meglio riscontrarsi nell' aureo trattato del medesimo autore sulle principali malattie degli occhi, edizione del 1816. tom. 1. pag. 1. alla 74. Tav. 3. Fig: XIV. e X. del Tom. 2. N. del T.)

chie livide circoscritte, delle escrescenze fungose, della sanie mescolata a delle granulazioni nerastre; ma è soprattutto col mezzo di una tenta che si riscontra la porzione di osso denudato ed aspro. Cotesta complicazione è grave, poichè la guarigione si fa costantemente aspettare lungo tempo quando non solo si deve distruggere la carie, ma ancora quando rendere si deve la permeabilità al canale nasale. Tali affezioni delle ossa sono, per lo più, dovute a delle discrasie, quando cioè delle infiammazioni, continuamente rinascenti del sacco lagrimale portano seco delle ulcerazioni della membrana mucosa e del periostio, che distruggono, denudando in uno o più punti le pareti ossee della cavità.

Se la carie è prodotta da affezione sifilitica, s'estende ordinariamente dal naso verso le pareti ossee del canale lagrimale; quando al contrario codest'affezione succede al vajolo, alle scrofole, etc, essa incomincia ordinariamente verso la parte superiore del canale, e non si propaga che col tempo nelle fosse nasali. Esplorando attentamente l' organo con una tenta d' argento, è facile assicurarsi se l' affezione ossea appartiene alla *necrasi* od alla *carie*, imperocchè nel primo caso l' osso è denudato, ma non offre scabrosità molto rimarcabili. Se la natura è convenientemente secondata, non produce sempre l' esfogliazione, ma spesse volte si vedono svilupparsi dei bottoni carnosi, i quali partendo dal bordo del periostio, ricuoprono l' osso denudato, e lo ristabiliscono qualche volta assai sollecitamente nel suo stato normale. Quando all'opposto, vi ha la carie, la superficie dell'osso è disuguale, corrosa, rammollita, e dalla quale si tramanda una considerabile quantità di sanie tenue, di color cupo, e di odore fetido.

La guarigione è allora assai più lenta, poichè i bordi del periostio distrutto, che circondano la superficie cariata, non ponno riavvicinarsi per ricuoprire l' osso denudato, se non quando tutta la porzione ossea affetta sarà stata espulsa e distrutta dalla suppurazione. Se la carie è congiunta ad una discrasia, è naturale di combattere questa, poichè trascurando tale precauzione è difficile ottenerne la guarigione

Così, in esempio, se riconosce un' affezione sifilitica, bisogna occuparsi di combatterla, sia colla cura mercuriale per mezzo delle frizioni, sia colla cura famelica, alla quale si aggiunge l' uso dei bagni tiepidi. Per le medicature locali si fa uso della dissoluzione d' ipercloruro di mercurio unita a della mucillaggine, o vi si sostituisce la pomata preparata col deutossido di mercurio ed il laudano, avendo cura di non trascurare i mezzi dilatanti ordinarj. Si giunge in tal modo alla guarigione, ottenendo l' esfogliazione delle parti ossee necrosate, o lo sviluppo di bottoni carnosi sulla superficie cariata, e conseguentemente la cicatrizzazione del punto ulcerato. Se la carie si è sviluppata sotto l' influenza delle scrofole, o del vajolo, od in conseguenza della soppressione di eruzioni cutanee, si deve combatterla col metodo curativo antiscrofoloso, etc. S' incomincia a far prendere il calomelano internamente ed in seguito l' etiope antimoniale, la dulcamara, il calamo aromatico, etc. combinati coll' assafetida, per i soggetti leucoflemmatici.

Del resto, è questo il caso di mettere in pratica i bagni caldi colla potassa del commercio (sottocarbonato di potassa) od il sale marino, e le derivazioni, stabilendo dei punti d' irritazione alla pelle, e procurando di mantenerli in attività il più possibile. Nelle medicature si usano delle pomate composte di deutossido di mercurio, di mirra, di trementina, di laudano, etc. e quando l' esfogliazione si fa troppo lentamente, vi si aggiunge l' olio di sabina.

Allorquando si sono combattute con successo le discrasie sotto l' influenza delle quali si è sviluppata la carie, o quando cotesta non sia sopraggiunta che per l' effetto di una causa locale, gli autori raccomandano di portare il ferro rovente fino al fondo della piaga, col mezzo di tubi, che servono a difendere le parti vicine. Io non posso accomunare la mia colla loro opinione relativamente all' uso di codesto mezzo: credo anzi sia più conveniente di continuare più lungo tempo l' applicazione dei topici che abbiamo indicati, giacchè con essi si ottiene l' intento

con uguale sicurezza, e più vantaggio. D' altronde, l' introduzione di una grossa candeletta di piombo, apporta al canale un diametro assai grande atto a permettere in seguito il libero passaggio alle lagrime; mentre che per l' applicazione del ferro candente non si ottiene, tutto al più, che la distruzione della carie, e l' obliterazione completa del sacco lagrimale. Quando la carie occupa una grandissima estensione di questo serbatojo, bisogna, in generale, rinunziare alla speranza di vederla riesercitare le sue funzioni, poichè per lo più si oblitera allora o completamente o parzialmente. Quando si è rimediato in modo durabile, e completamente alla tumefazione del canale nasale (ciò che esige ordinariamente più mezzi), se l' acqua tiepida injettata per l' apertura del sacco lagrimale sorte liberamente pel naso; se lo stuello introdotto nell' apertura non si carica più di muco, si può con ogni sicurezza lasciar cicatrizzare l' apertura esterna del sacco lagrimale. A tale oggetto si ricruentano i labbri della piaga coll' istrumento tagliente, e si riuniscono per mezzo di striscie di taffetà gommato. Per lo più succede che la piaga si chiude lasciando ancora una piccola apertura capillare, di cui si facilita la cicatrizzazione completa cauterizzandola colla pietra infernale.

Il Professor *Dupuytren* procede al ristabilimento del canale nasale, senza il soccorso delle corde di budello, e senza candelette. Esso v' introduce una piccola cannula d' oro, della forma di quelle di cui si serve *Richter*, ma meno ricurva di coteste. Egli ha praticata quest' operazione più di sei cento volte, e quasi costantemente con successo. A malgrado che molti medici distinti abbiano esposto numerose e gravi objezioni contro il processo in discorso, ugualmente che contro di altri analoghi, io penso nulla meno che i medici tedeschi dovranno prestarvi maggior attenzione, e sottoporlo di nuovo all'esperienza. Questo motivo, unito alla gran voga di cui gode oggigiorno il preconizzato metodo in Francia, mi determina ad esporlo in poche parole.

Il Professore *Dupuytren* si serve di un bisturì

retto ordinario, a lama stretta, ed assai forte; di una cannula d'oro di undici a dodici linee di lunghezza, leggiermente conica, simile alla curvatura del canale nasale; ne tiene di diversi calibri, secondo l' età delle persone, ma essa non oltrepassa giammai il volume del tubo di una piccola penna di corvo. Alla sua estremità superiore essa presenta un orlo che sporge in fuori, e termina inferiormente in una smussatura a becco di flauto. La cannula è sostenuta da una spina d' acciaro, curvata ad angolo retto, terminata da una punta smussata, potendosi liberamente muovere nel suo canale. Allorquando vuolsi introdurre nel condotto nasale, un assistente fissa contro il proprio petto la testa del malato, che è a sedere, e quando l' apertura del sacco lagrimale è stata allargata col bisturì, nel caso in cui essa non lo è abbastanza, l'operatore introduce nel canale nasale il mandrino o spina munita della sua cannula, e non la ritira se non quando l' orlo superiore di questa trovasi al livello dell' ingresso del canale nasale. Fatta codest' operazione, la ferita esterna si lascia cicatrizzare da se stessa. Si ha la certezza che la cannula è al suo posto, allorchè il malato tenendo la bocca e le narici chiuse, durante una forte espirazione, fa sortire dell' aria dall' apertura del sacco lagrimale. Accade pure che durante l' azione di soffiarsi il naso, sorte dallo stesso qualche gocciola di sangue. L'introduzione della cannula non è ordinariamente succeduta da dolori, tranne il caso ov' essa fosse troppo voluminosa, ciò che dietro le asserzioni dell' autore, non deve succedere che rarissimamente. Talvolta la cannula, dopo qualche tempo, sorte dalla primiera posizione, e cade nelle fosse nasali; ma tale accidente non determina il ritorno della malattia primitiva. Il medico intelligente che avrà ben' inteso questo metodo di cura, saprà supplire per l' esecuzione a tutto ciò ch' io non ho potuto dire su tal particolare, per mancanza di luogo. (*)

(*) Il metodo così detto di Dupuytren o da esso fatto rivivere in Francia con alcune correzioni, poco dopo del

L' obliterazione dei condotti lagrimali, e quella di una gran parte del canale nasale, sono accidenti incurabili. Bisogna adunque, nel primo caso, determinare l' obliterazione completa del sacco lagrimale,

suo rinascimento varcando gli Appennini scese fra noi, ove fu da non pochi apprezzato e messo in pratica con dei felici successi. Nel mentre che i professori *Venturoli*, *Cavara*, *Regnoli*, *Camici*, *Malagodi*, ed altri molti esperimentavano praticamente il metodo del Barone Dupuytren, non volli ad essi essere io inferiore. Dopo avere raccolto un numero di fatti, resi di pubblico diritto due memorie risguardanti il metodo suddetto, con alcune osservazioni pratiche non solo, ma credei in oltre di apportare al medesimo non pochi cangiamenti, modificando gl' istrumenti, ed aggiungendo due tavole, che furono dagl' imparziali e periti dell' arte chirurgica valutate come utili, e che qui pure annetto, perchè così consigliato da esperti professori.

Allorchè il metodo del Clinico Parigino fu da me abbracciato, parvemi util cosa l' aggiungervi uno specillo atto non solo a stasare il canale nasale, quanto necessario ad esplorare e conoscere lo stato delle ossa che lo formano. Successivamente il nominato specillo servì a semplicizzare il processo operativo, come brevemente esporrò in seguito.

Il mandrino o spina fu da me resa più lunga, più ampia, meno curva, coll' estremità a unghiatura; ed il suo terzo superiore fu fatto costruire a vite, sul quale si aggira un dado (Tav. 2. fig. 6 e 7.)

In quanto alla diversità della curvatura e delle dimensioni della spina medesima, ognun' intende che non ponno ad altro mirare se non se ad uniformarli alla più naturale conformazione del condotto. La spina a vite col dado (fig. 9) anzichè essere levigata e semplice, ha per iscopo di minorare il moltiplicato numero di tali istrumenti, che il suo inventore è obbligato di averne uno quasi per ogni età, mentre abbassando e rialzando il dado vi si adatta qualunque cannula. Ho poi preferito che la spina fosse a unghiatura piuttosto che rotonda, in modo da riempire esattamente la cannula, ad oggetto d' impedire il prematuro intasamento dell' artificiale condotto, che facilmente può aver luogo anco nell' atto della sua introduzione.

Ha la cannula subìti pure molti dei cangiamenti relativi alla sua spina conduttrice. Oltre essere meno curva e più corta di quella del sig. Dupuytren, per evitare il successivo risalimento, e conseguentemente più adattata alla configurazione del canale che la deve ricevere, è pur anco meno

provocandovi l' infiammazione; nel secondo si lascia al malato la scelta o di vuotare il sacco lagrimale quante volte si riempirà, e tenersi l' obliterazione completa, o sottomettersi alla perforazione dell' osso

conica, e di calibro assai maggiore di quelle, onde agevolare per essa la discesa delle lagrime, e scansare l' intasamento che potrebbervi cagionare gli umori più densi: Immediatamente sotto il cercine ha un collo (fig. 8.) destinato ad essere abbracciato dal sacco lagrimale, ed esservi più solidamente trattenuta.

La successiva esperienza mi dimostrò che l' accennato metodo poteva essere suscettibile di ulteriore semplicizzazione. Pensai allora di abbandonare affatto il *Mandrin o Spina*, e di sostituirvi un adattato specillo metallico, leggiermente ricurvo da una parte, avente l' estremità corrispondente alquanto più sottile, per dove s'infila la cannula prima dello stasamento, e l' altra assai più voluminosa e fatta a guisa dello specillo doppio ordinario dei chirurghi (fig. 2) (intendo parlare della parte maschia del medesimo).

Eseguito il consueto taglio e portato nella ferita l' estremo più fine dello specillo, come già si disse premunito o armato della conveniente cannula, si deostue, se pur ne abbisogna, il canale nasale, e senza rilevare lo strumento si spinge la cannula in basso nella direzione della curva del conduttore e del condotto. Estratto allora delicatamente lo specillo si rivolta dalla parte sua più voluminosa, ed appoggiandola su quella imbutiforma della cannula, si pigia quanto occorre, finchè giunta sia al suo punto per lasciarvela.

Quantunque apparentemente leggieri sembrino, a primo aspetto, gli esposti cangiamenti, furono per certo riscontrati non poco utili nella pratica esecuzione. Perciò che concerne ulteriori dilucidazioni si vedino le citate due mie memorie stampate coi tipi la Fenice in Livorno.

Ogni encomio ch' io volesse tessere per far conoscere i pregi del metodo in discorso, potrebbero dare forse sospetto ai non partigiani, che delle idee preconcepite potessero farmi eccedere nell' esporre i vantaggi reali ch' egli ha sugli altri, sarò adunque discreto limitandomi ad assicurare che per quanto non sia neppur questi il metodo generico o generale da applicarsi in ogni incontro di tumore o fistola lagrimale, è però per certo quegli che offre maggiore speditezza degli altri nel fare l' operazione, e meno dolorosa

unguis, di cui noi ne esporremo il metodo operativo. A malgrado che quest' operazione sia stata rigettata da molti pratici, non si può nulla meno negare, che non vi sieno dei casi nei quali non possa essere messa in pratica con vantaggio, anzi con successo completo: è perciò ch' io indicherò il processo che riguardo come il migliore. Codesta perforazione è praticabile, principalmente quando esiste l' aderenza intima fra le pareti del canale nasale, o quando la parte ossea del canale medesimo è stata distrutta dalla carie, particolarmente se questa siasi sviluppata sotto l' influenza di un' affezione sifilitica. Dopo avere aperto il sacco lagrimale in tutta l' estensione della porzione membranosa della sua parete anteriore, si applica sull' osso unguis, un trequarti simile a quello di *Pott*, ma senza cannula; si dirige la sua punta un poco in dietro ed in basso, poscia si fà, senza esercitare una grande pressione, un leggiero movimento di rotazione fino a che l' istrumento l' abbia attraversato, ciò che l' operatore riconosce facilmente per la mancanza di resistenza, e di cui il malato s' avvede da un' irritazione che prova nelle fosse nasali.

Non bisogna giammai penetrare tropp' oltre, per non interessare le lamine ossee che vi s' incontrano. Quando l' osso unguis è stato così perforato, senza formare delle schegge, si ritira il trequarti, imprimendogli un moto di rotazione; s'introduce nella piaga una corda di violino *mi* o *là*, della lunghezza di una piccola candeletta; se ne fissa l'estremità che sorte sopra la fronte con una fascia, e si riempie di fila il sacco lagrimale. La corda viene in seguito ritirata con precauzione, ogni due giorni è sostituita da un' altra di un graduato volume più grossa se si continua in tal modo fino alla guarigione completa dei bordi della piaga.

nell' esecuzione, infinitamente più breve la cura, assai meno dispendiosa, ed è quegli finalmente che a parità di circostanze presenta superiori resultati e minori inconvenienti fra i conosciuti (N. d. T.)

S' introduce allora con precauzione nell'apertura dell' osso unguis una cannula d'oro leggermente curva, servendosi per conduttore di un pezzo di corda di budello, che sia stato antecedentemente introdotto nell' apertura; si fa discendere molto in basso ad oggetto che la sua estremità superiore, che è munita di un orlo, sia messa assolutamente contro l' osso unguis; si ricuopre in seguito l' apertura del sacco lagrimale per qualche giorno con fila, ad oggetto di poter meglio osservare i resultati dell' operazione; allorchè si è ottenuto l' intento, si cerca di favorire la cicatrizzazione dell' apertura esterna.

Quando non esiste se non che una leggiera obliterazione della parte più bassa del canale nasale, si può farla cessare servendosi di una sonda appuntata, munita di un piccolo bottone di cera per non ferire la parte inferiore del canale. Alcune gocciole di sangue che sortono dal naso, indicano il successo della perforazione. Si procura in seguito di dilatare il canale per far uso delle candelette, e delle corde di budello.

Io mi limiterò a rammentare qui, che dei cancri nascenti sulle palpebre, possono estendersi verso il sacco lagrimale, e divenirvi cause di fistole. Se cotesta terribile malattia non è assai circoscritta per poterla estirpare completamente coll' istrumento tagliente, non si può sperarne una vera guarigione.

MALATTIA DELLA CARUNCOLA LAGRIMALE.

Infiammazione semplice della caruncola lagrimale.

Encanthis inflammatoria (ΕΓΚΑΝΘΙΣ, *del* EN, *nel* ΚΑΝΘΟΣ, *angolo*).

In questa flemmasia la valvula semilunare, e la caruncola lagrimale si gonfiano, diventano rosse e dolorosissime, sopra tutto quando il malato chiude gli occhi; nel tempo istesso l' assorbimento delle lagrime e il loro passaggio nel sacco lagrimale non

hanno luogo , poichè per lo più l'infiammazione s'estende ai punti lagrimali e a tutta la congiuntiva.

Se , a questo periodo accade la risoluzione della flemmasia, la caruncola continua ancora per qualche tempo a separare molto muco , e ritorna poco a poco al suo stato normale. Se la suppurazione ha luogo, la tumefazione ed il rossore della caruncola lagrimale aumentano ; quest' ultima acquista un color cupo , e si osserva per lo più alla parte inferiore del tumore un punto bianco giallastro , che in breve si apre , e diventa qualche volta il precursore di una completa distruzione suppurativa della caruncola lagrimale (*Rhyas.*). Allorquando cotesta malattia è negletta , si sviluppano facilissimamente sulla superficie suppurante delle escrescenze fungose , che possono giungere ad un volume considerabile.

Le cause di queste infiammazioni consistono principalmente nelle lesioni meccaniche della caruncola. Esse sono conseguentemente spesso prodotte da delle schegge, e da altri corpi estranei soffermativi, e sono pur prodotte talvolta dadelle concrezioni calcolose che si sviluppano nella caruncola stessa.

Il prognostico è per lo più favorevole ; la suppurazione soltanto ha talora delle conseguenze spiacevoli , come l'epifora , la distruzione completa della caruncola , etc :.

Delle frequenti applicazioni di acqua fredda, dopo di avere rimossi i corpi estranei che possono essere stati impegnati nella caruncola , sono i mezzi i più convenienti , quando la suppurazione non è per anco stabilita. Ma nel caso opposto si tratta quest'affezione coi disseccativi : si applica del laudano liquido sul luogo ammalato , particolarmente se vi è disposizione a produzioni fungose. Se tali vegetazioni non cedono all'indicato mezzo, ciò che è rarissimo, si può aspergere col seguente miscuglio.

℞. Zucchero bianco . . . . . ʒ ij.
Allume calcinato . . . . . gr. xv.
Solfato di zinco . . . . . gr. jv.
Mescolate.

Quando l' infiammazione è stata trascurata, allorquando non è semplice, o che il malato è cachettico, si vede qualche volta il tumore della caruncola prendere l' aspetto bianco-grigiastro, accrescersi grado grado (*Purmann* ne ha veduto uno del volume di un pugno), estendersi verso la cornea (presentando una specie di biforcazione, che l' ha fatta rassomigliare ad una coda di rondine), ed in conseguenza di questo opporsi in parte alla visione. L' estirpazione è il miglior mezzo per guarire tali tumori, che sono spesso assolutamente fungosi.

Delle applicazioni di acqua fredda dopo l' operazione ammansiscono l' infiammazione consecutiva, e finalmente gli astringenti fanno scomparire la malattia in modo stabile.

Gli *Encantidi* di natura infiammatoria, nei quali la caruncola si presenta sotto una forma analoga a quella di una mora, devono essere trattati come abbiamo indicato, se sono voluminosi; si ponno in oltre demolire per mezzo della legatura, se hanno una piccola base. Quando sono poco estesi l'uso locale dei disseccanti e degli astringenti basta spesso per guarirli. La malattia sembra talvolta consistere nella semplice escrescenza della membrana semi-lunare, ed in qualche raro caso la detta membrana più sviluppata, presenta un prolungamento formante una specie di coda, che si diffonde sotto la palpebra inferiore fino all'angolo esterno dell' occhio. (1)

Quando le affezioni infiammatorie della caruncola lagrimale che non sono semplici, hanno un periodo lunghissimo, e quando sono neglette, si vede sopraggiungere l'encantide, particolarmente in seguito di ottalmie scrofolose complicate di sifilide; ma soltanto in alcuni casi rarissimi osservasi lo scirro ed il carcinoma della caruncola lagrimale.

(1) Vedi. Tav. 1 fig. 4.

Encanthis scirrhosa et carcinomatosa aut maligna.

Lo scirro della caruncola lagrimale si conosce per essere un tumore durissimo ineguale, di colore rosso-pallido e indolente, e perchè dà luogo ad un incessante scolo di lagrime (*stillicidium lacrymarum*). Allorquando la malattia tende a degenerare in cancro, si rimarca pure la lagrimazione incomoda con durezza della caruncola; è questa di colore rosso-turchiniccio, e sommamente dolorosa. Qualche volta l' esposto stato è preceduto dalla degenerazione scirrosa.

Allorchè il cancro è aperto la caruncola è gonfia, e spesso presenta un' ulcera fungosa, dolorosissima, e gemente sangue con facilità, i di cui bordi sono grossi e duri. Ne scola in seguito della fetida sanie che corrode sollecitamente le papille lagrimali, ugualmente che le parti vicine, e può facilmente per mezzo della esulcerazione ch'essa determina nell'angolo dell'occhio (peribrosis), cagionare l'ectropio della palpebra inferiore.

Il prognostico è tanto più incerto, quanto la malattia è più inoltrata. Finchè lo scirro è indolente, ciò che si può far di meglio si è di lasciarlo in quiete. Relativamente al cancro incipiente, conviene di estirparlo sollecitamente quanto è possibile, senza aspettare che la malattia siasi propagata alla palpebra od al globo dell' occhio. L' operazione consiste nel far presa del tumore per mezzo di un doppio uncino (1) o attraversandolo con un filo di seta cerato e tirandolo un poco a se per estirparlo alla sua base col bisturì, in modo da asportare i più piccoli attacchi del tumore. Se, malgrado tali precauzioni, vi è rimasta qualche durezza sospetta che non possa essere finalmente levata, si distrugge col caustico, non trascurando le precauzioni necessarie; si procede in ugual modo per le granulazioni carnose di cattiva

(1) Tav. v. fig. 2.

natura che si potrebbero sviluppare durante la suppurazione.

Tumori cistici dell' orbita

Il tessuto cellulare che circonda il globo dell'occhio può essere la sede di tumori lagrimali per infiltrazione (*dacryops*), e d' idatidi della glandula lagrimale; vi si riscontrano ancora, quantunque raramente dei veri tumori cistici, contenenti una massa compatta, adiposa o puriforme (1). Essi sono situati più o meno profondamente nell'orbita, ordinariamente sotto il globo dell' occhio (2), di rado sui lati; da ciò ne resulta che nello svilupparsi rispingono il globo dell' occhio in fuori e in alto, talchè l' occhio prende un aspetto affatto particolare: contemporaneamente le guance sono di continuo bagnate di lagrime, il malato non può sopportare l'impressione della luce, il capo e l' occhio sono la sede di dolori che si fanno sentire quando si riproducono degli attacchi infiammatorj di quest' ultimo.

La guarigione di cotesta malattia non comune non può ottenersi se non coll' estirpazione della ciste. Per eseguirla, si tende la palpebra inferiore, s' incide col bisturì a tagliente convesso, la pelle ed il muscolo orbicolare, nella direzione delle sue fibre carnose, prendendo in seguito la ciste con un uncino (3) adattato; si tira quanto è possibile fuori dell' orbita, e si disecca con precauzione.

Se il globo dell' occhio non ritorna sollecitamente al suo posto dopo l' estirpazione del tumore cistico *Scarpa* (4) applica delle compresse graduate, che sostiene per mezzo di una fascia, e per mezzo

(1) *Scarpa*, l. c., vol. II. pag. 202.

(2) *Sant-Yves* (l. c. capit. 21., pag. 146.) aveva di già fatto osservare che in questo punto è dove risiedono particolarmente cotesti tumori. Alcuni autori inglesi riportano ugualmente dei casi nei quali i tumori cistici furono trovati nella medesima posizione.

(3) Tav. V. fig. 2 e 17.

(4) Lic., vol. II. pag. 211.

di questa dolce pressione mantiene il bulbo dell'occhio in posizione.

ANEURISMI SVILUPPATI NELL' ORBITA.

Resulta dal piccol numero di casi osservati fino ad ora, e riportati in parte da *Scarpa* (1), che avanti che lo sviluppo degli aneurismi nell'orbita sia giunto ad un certo grado, i malati sentono quasi costantemente dei dolori nell' occhio e nel capo. A poco a poco sopraggiungono delle pulsazioni grado grado più sensibili. Toccando l' occhio vi si riscontra in qualche modo *una sensazione di fremito o trillo.*

La cefalalgia va soggetta spesso a delle esacerbazioni; sopravviene il tinnito degli orecchi, e l' occhio stesso è spinto con molta forza fuori dell' orbita. Tutti i mezzi ordinariamente impiegati contro le malattie degli occhi sono in questo caso senza effetto. Le applicazioni di acqua fredda producono qualche volta del momentaneo sollievo.

La compressione esercitata sulla carotide del lato affetto fa diminuire lo zufolamento delle orecchie, e la pulsazione che il malato prova nell' occhio . Fino al presente l' allacciatura della carotide della parte ammalata sembra essere il miglior mezzo di guarigione.

Si sviluppano talora puranco delle varici nell' orbita, che spingono il bulbo dell' occhio fuori della cavità.

Se ne trova un esempio nel *Chirone*, giornale di chirurgia, etc, di I. B. *Di Siebold*, vol. III, quiderno II. Sulzbach, **1814**.

(1) L. c. pag. 215.

Ferite del globo dell' occhio.

In generale, ogni lesione un poco considerabile del bulbo dell'occhio richiede molta prudenza sotto il rapporto sì della cura che del prognostico. Il trattamento suole essere generalmente molto semplice ; imperciocchè se le ferite non sono nè profonde nè estese, se non interessano le parti le più delicate , serve usare qualche leggiero antiflogistico, applicarvi dell' acqua fredda, e togliere la luce all' appartamento dell' ammalato. Ma se le lesioni sono estese, profonde, e che delle parti importanti sieno state compromesse, è necessario mettere in pratica il metodo antiflogistico proporzionato al grado della loro gravezza, e tenere ambo gli occhi chiusi per mezzo di striscie agglutinative. Si deve, prima d' ogni altra cosa, estrarre i corpi vulneranti, se sono rimasti nella ferita, e procedere quindi alle opportune medicature.

Quanto alle ferite che non interessano che una sola parte del globo dell' occhio, ecco qual è la condotta a tenersi: se la congiuntiva è stata lacerata, si converte la lacerazione in piaga semplice , si estrae contemporaneamente tutto ciò che vi potrebbe essere rimasto dell' istrumento vulnerante: se non vi è punto sangue stravasato sotto la congiuntiva, si lava l' occhio con dei collirj mucillaginosi tiepidi; se al contrario vi sono delle ecchimosi, si usano i collirj vinosi (1) dopo avere dato esito al sangue per mezzo di un' incisione, allorchè lo stravaso è di qualche considerazione. Spesse volte si può aggiungere dell' ammoniaca ai nominati collirj ad oggetto di favorirne l' assorbimento.

Se la presenza di qualche scheggia rimasta nell' occhio ha apportato delle vegetazioni , si tagliano colle forbici , si leva il corpo estraneo , e si tocca

(1) In esempio, diminuita la flogosi, un miscuglio di acquavite e di acqua di menta piperita, i vapori di etere versato sulla mano, etc.

spesso la piaga col laudano liquido per distruggere le superstiti vegetazioni.

Bisogna essere molto circospetti nel fare il prognostico delle ferite con lacerazione della cornea per motivo della commazione e della contusione che ha provata l' occhio.

Queste ferite sono o no penetranti (1). Se non si oppongono mezzi sufficienti allo sviluppo dell' infiammazione e della suppurazione che succedono a questo genere di lesioni, o se esiste una secrezione saniosa e tenue, ne resulta una cicatrice più o meno spiacevole, la quale trovandosi nel centro della cornea, forma ostacolo alla visione. È necessario, conseguentemente, trattare il malato come dopo l' operazione della cateratta, e favorire la guarigione della ferita colla pronta riunione. Quando puranco la guarigione di essa si è ottenuta rapidamente, rimane spesso una cicatrice visibile, che scomparisce per altro ne' soggetti giovani e ben nutriti. Negl' individui attempati, nei quali la nutrizione non si fa con tanta energia, è necessario favorire l' assorbimento col mezzo di alcuni medicamenti, tali che una dissoluzione di pietra divina e del laudano liquido del Sydenham. Le ferite semplici fatte da istrumenti taglienti, e quelle piccole resultanti dall' azione di istrumenti pungenti, si guariscono ordinariamente nello spazio di quarantotto ore, se il bulbo dell' occhio e le palpebre sono mantenute in riposo. Si sono vedute soventi volte delle punture della cornea fatte con una forchetta ordinaria, non lasciarvi traccia alcuna.

(1) Vi sono dei casi nei quali un colpo violento, od una caduta sull' occhio cagionano la lacerazione della cornea, talchè il suo tessuto resta diviso senza che la congiuntiva che la ricuopre partecipi della lesione. L' umore acqueo spinge allora con forza la congiuntiva in avanti e da tale pressione violenta ne può resultare la perdita completa della vista. *Sant- Yves* ha osservato un caso di tal genere, egli guarì la piaga facendo sull' occhio chiuso, e per mezzo di una fasciatura conveniente, una moderata compressione, in seguito della quale ottenne la riunione perfetta della lacerazione fatta alla cornea.

La natura della lesione la più frequente della cornea è dovuta all' azione dei corpi estranei penetrati nell' occhio. A malgrado ch' io n' abbia di già parlato all'articolo ottalmia semplice in generale, mi permetterò fare qualche altra osservazione. Se si ha a medicare dei ragazzi irrequieti e indocili, non sarà facile di estrarne nel modo ordinario i corpi stranieri che si fossero impiantati nella cornea. Per riuscirvi si passa l'uncino di filo d' argento di *Richter* sotto la palpebra superiore, e si affida ad un assistente per mantenerla sollevata; è questo l'unico mezzo di esaminare la cornea, e di levarvi con facilità i corpi estranei.

Si osserva ordinariamente nel punto della cornea ov' è rimasto infitto il corpo estraneo, un piccolo infossamento che si riempie in breve, ma resta però appannato.

Ciò nonostante quando l' infiammazione è stata combattuta coll' applicazione di acqua fredda, queste macchie scompariscono sollecitamente, facendo uso del seguente collirio.

℞ Pietra divina.		gr. jj.
Acqua di rose.		℥ iii.
Laudano liquido del Sydenham Mucillagine di gomma arabica	ana	ʒ j.

Se il soggiorno troppo prolungato di un frammento di corpo estraneo nell' occhio avesse cagionata un' ulcera penetrante fino all' ultima lamina della cornea, si dovrebbe, dopo averne fatta l'estrazione, usare pel corso di uno o due giorni un collirio il quale facesse parte di una data proporzione di acetato di piombo (1). Se, quando tutti i fenomeni in-

(1) Nel corso di quest' opera, io ho più volte raccomandato l'uso dei collirj saturnini: altri medici gli hanno pur consigliati. Essi sono veramente della più grande utilità se si applicano in circostanze adattate. Producono degli eccellenti effetti, allorchè sono adoprati per le ulceri profonde della cornea, ov' è interessante di evitare la perforazione della lamina la più interna di cotesta membrana,

fiammatorj hanno cessato, vi rimane una macchia, essa scomparirà per mezzo dell' uso della pietra divina che abbiamo raccomandata; ma se fosse più considerabile, la pomata seguente riuscirebbe nel caso pur anco in cui esistesse una vera cicatrice:

℞: Deutossido di mercurio . . . . . gr. jß
Laudano liquido del Sydenham . . . ʒ j.
Assongia . . . . . ʒ j.

Mescolate esattamente per formare una pomata, della quale se ne introduce fra le palpebre, una o due volte ogni giorno, una quantità eguale al volume del capo di uno spillo.

Qualche volta in seguito di ferite fatte alla cornea da certi corpi, la di cui superficie è aspra, co-

ma debbo peraltro avvertire di non ne continuare l' uso che quanto lo esige il pericolo, cioè, ordinariamente, per trentasei a quarantotto ore. Ecco il motivo di tale precauzione: le acque cariche di sale di piombo, spiegano sulle ulceri della cornea, ed in generale su tutte l' altre due differenti effetti. Esse arrestano o diminuiscono la secrezione del pus, e asciugano la loro superficie senza accrescerne la *forza nutritiva*; hanno di più la proprietà di cuoprire le ulceri della cornea di uno strato biancastro, che quantunque leggiero ch'esso sia, si oppone quasi intieramente all'azione dei mezzi che si potrebbero usare in seguito. Quanto più il collirio contiene dell'acetato di piombo, e più lungo tempo è adoprato, più questo strato biancastro si ravvicina, per la sua somiglianza, ad una specie di smalto bianco, meno vi è da sperare di levarlo in seguito. Io considero l' esposta osservazione come sommamente importante e degna della più grand' attenzione per parte dei medici. Non si dovrebbero adunque giammai usare dei collirj saturnini nella cura delle ulceri e delle errosioni superficiali della cornea. Questi effetti sono visibili, sì all' occhio nudo, che armato della lente. Non rimangono mai delle marche più grandi sul punto ov' hanno sede le ulceri della cornea, quanto nel caso in cui siasi fatto uso dei collirj contenenti un sale di piombo. Egli è per evitare quest' inconveniente, ch' io ho per costume di associarvi costantemente dei mezzi capaci di rialzare la *forza di nutrizione* nella superficie ulcerata, come il laudano liquido, etc.

me da scheggie, o da altri piccoli pezzi di legno, etc, la ferita penetrante, quantunque poco considerabile, lascia dopo la scomparsa dei sintomi infiammatorj, una tal quale perdita di sostanza di questa membrana, ed un'apertura fistolosa. Codest'apertura è spesse volte sì piccola che non riesce scuoprirla se non che coll' ajuto di una buona lente.

Ciò non pertanto la persona dell' arte la riconosce facilmente dall' osservare la camera anteriore dell' occhio affetto più o meno piccola di quella dell' occhio sano; l'iride respinta in avanti presenta nel tempo stesso una convessità. Ciò non accade se non quando le nominate aperture sono grandi e allorchè la camera anteriore è completamente occupata dall' iride, la di cui faccia anteriore è immediatamente applicata contro la faccia posteriore della cornea. Io ho osservato più volte quest' accidente, e costantemente mi è riuscito di ripararvi, quando non esistevano più sintomi infiammatorj evidenti, applicando sera e mattina sopra l'ulcerazione della cornea, per mezzo di un piccolo pennello, una certa quantità della seguente dissoluzione:

℞ Nitrato d' argento fuso . . gr. j.
Acqua di rose . . . . . ℥ j ß a ℥ vj.
Mescolate.

Queste applicazioni determinano una leggiera infiammazione adesiva, in conseguenza della quale si ottiene la cicatrizzazione dell' apertura.

Bisogna estrarre al più presto possibile i corpi estranei che sono penetrati nel globo dell'occhio attraverso la cornea o la sclerotica; si ordina in seguito la cura antiflogistica, l'applicazione locale dell' acqua fredda, alla quale si aggiunge di poi un poco di acetato di piombo. Se delle scheggie, dei filamenti di erbe sono penetrati nel globo dell'occhio, e che non si possano prendere colle pinzette, per essersi rotti, e perchè non oltrepassano più la faccia esterna del bulbo, questa circostanza diviene fune-

stissima, poichè le conseguenze inevitabili saranno la suppurazione e l' aderenza delle membrane interne ed esterne dell' occhio fra di loro. In simili casi gravi, fra due mali il medico deve sciegliere il minore; così si ringrandisce con molta precauzione la ferita prodotta dal corpo estraneo, e dopo averlo in tal modo sbrigliato, si prende con un buon pajo di pinzette per ritirarlo dolcemente. Per eseguire tale operazione con maggior comodità si è talvolta costretti far ricorso all' uncino di *Richter*, ad oggetto di fissare la palpebra superiore.

Allorchè nelle ferite penetranti della cornea, l'iride sporge nell' apertura, si fanno chiudere le palpebre, si fregano leggermente col dito, e si lascia tutt' ad un tratto penetrare della luce vivissima nell'occhio aperto. Se non si ottiene tosto la riduzione dell' iride con questa manovra, si può, dietro il consiglio di *Ware*, lasciare scolare l'umore acqueo dell' occhio. *Gibson* pure propone di aprire la piccola borsa formatasi nell' apertura per la sortita dell'iride, affinchè l' umor acqueo, che è dietro la membrana e la spinge verso la cornea, non s' opponga alla sua riduzione. Con questa precauzione, i due citati oculisti hanno frequentemente veduto riprendere all' iride la sua posizione naturale (1). Quando malgrado gli esposti tentativi l'iride corrisponde alla ferita della cornea, queste due membrane contraggono aderenza fra di loro, e ne resulta lo *Stafiloma* o *Prolasso* dell' iride.

Se l' iride è rimasta simultaneamente interessata colla cornea, la ferita passa per lo più allo stato di suppurazione o lascia dietro di se l'obliterazione completa della pupilla, (*Atresia pupillae*). Quando un lembo lacerato dell' iride sorte dalla ferita della cornea, bisogna reciderlo tosto colle forbici; il più delle volte l' iride rientra allora da se stessa, e l'aderenza colla cornea (*synechia anterior*) non ha luogo.

(1) Vedete la lettera del dottore *Gunther* nella *Biblioth. fur ophthalmologie*, etc., von Himly, 1816, vol. 1., p, 52.

Sotto l' influenza di una semplice commozione dell' occhio , prodotta dall' azione di un istrumento contundente , senza ferita si vede spesso distaccarsi l' iride dal ligamento ciliare , e formare così una doppia pupilla (1), oppure la pupilla naturale si chiude, ed una nuova, di forma irregolare, la rimpiazza. Allorquando le due pupille naturale e accidentale esistono contemporaneamente , vi ha spesso *diploplia*. Nulladimeno l' azione dei corpi contundenti sul globo dell' occhio non apporta costantemente la lacerazione dell' iride ; nella pluralità dei casi , ne resulta o la paralisi più o meno completa della retina, proveniente dalla commozione , che si manifesta per debolezza della vista , sotto l' aspetto di colori variati , per esempio dell' arco baleno, di scintille , di lampi. La paralisi dell' iride , di grado variabile che si mantiene ancora dopo cessata quella della retina , si riconosce alla dilatazione della pupilla , la di cui forma può essere circolare o irregolare. Queste lesioni sono gravissime , nè devono essere mai trascurate , poichè durante i primi giorni che succedono all' accidente , si ponno ottenere tutti i possibili vantaggi del trattamento. Il salasso è indicato al principio , nei soggetti robusti e pletorici, ma esso dev' essere susseguito dall'applicazione di una dozzina di sanguisughe alla tempia corrispondente. Allorchè la lesione è meno considerabile, e negl'individui non pletorici , o nei bambini , la sanguigna locale colle sanguisughe può bastare. È pure indispensabile di far ricorso alle applicazioni di acqua ghiacciata , senza interruzione durante le prime trentasei ore ; in seguito si aggiunge all' acqua fredda un poco di acetato di piombo liquido , e internamente si amministrano dei lassativi antiflogistici. Finalmente , si ritraggono dei buoni effetti dai piedi-

(1) È in conseguenza di queste separazioni dell' iride dal ligamento ciliare , e delle pupille accidentali che *Scarpa*, e *Schmidt* diedero l' idea di formare delle pupille artificiali con un processo analogo, che costituisce il terzo modo di fare le pupille artificiali ; cioè l' *Iritodialysis* o *Iridodialysis*.

luvi. Sotto l'influenza di queste medicature la debolezza della vista, la visione chimerica dell' arco baleno, e dei lampi, si dissipano rapidamente. Pur nonostante accade di spesso che dopo la cessazione della paralisi della retina, quella dei nervi ciliari persiste; essa cede ordinariamente affatto o quasi completamente all' applicazione di un vessicante sulla regione del nervo sopra-orbitale, la di cui suppurazione va mantenuta per qualche tempo. Si fanno pure con successo delle fregagioni sopra la stessa regione con sostanze stimolanti volatili. Se quando si è riusciti a dissipare tutti i sintomi infiammatorj, rimane un certo grado di debolezza nella vista si ponno fare sull'occhio, per più o meno tempo, dei suffumigi con vapori pure stimolanti volatili.

Le ferite penetranti della sclerotica, e del corpo ciliare sono spessissimo accompagnate da effusione di sangue nelle camere dell' occhio. Bisogna dar esito a questi depositi, se sono considerabili, facendo un' incisione alla parte inferiore della cornea, e usando in seguito, con precauzione, dei collirj spiritosi, onde facilitare l' assorbimento, particolarmente se esistono contemporaneamente delle violenti contusioni; si tagliano in seguito, colle forbici i lembi del corpo ciliare, che sono pendenti fuori della ferita.

Allorquando l'istrumento vulnerante ha penetrato fino nel cristallino, il prognostico è raramente favorevole; imperciocchè si vede, per lo più, svilupparsi la cateratta (1).

Se questo corpo è stato completamente diviso, o in generale se ha subìto una lesione di rilievo, senza che la

(1) La cateratta non è una conseguenza necessaria di ogni lesione del cristallino o della sua capsula; poichè se l'istrumento vulnerante è taglientissimo, se il globo dell'occhio, ed il cristallino non hanno sofferta nè commozione nè contusione; se i mezzi di unione di cotesto colle altre parti dell' occhio non sono stati distrutti per la massima parte, non ha luogo sovente che l' opacità della capsula, passeggiera e parziale, appena sensibile che scomparisce in seguito coll' infiammazione. Questo è ciò ch' io ho osservato in molte circostanze.

tina abbia risentita una grand' influenza dalla commozione del globo dell' occhio , la cateratta che ne succede dopo qualche giorno è riassorbita col tempo e la vista si ripristina.

Bisogna mettere in pratica ogni possibile cura per combattere l' infiammazione cogli antiflogistici , e immediatamente dopo far' istillare nell' occhio delle gocciole di estratto di belladonna sciolto in acqua distillata, ad oggetto di prevenire, quanto è possibile, le aderenze della capsula del cristallino coll' uvea , ed il ristringimento della pupilla che potrebbero sopravvenire in seguito dell' iridite cronica; giacchè se ciò accadesse, ne resulterebbe un ostacolo parziale o completo per la visione , quando anco il cristallino fosse assorbito. In sequela di cotesti accidenti , ne resulta talvolta la cateratta che si è designata sotto i nomi di *cateratta capsulo-lenticularis arida siliquata; o cataracta capsulo-lenticularis tremula.* Se il cristallino, dopo la lesione sofferta dall' occhio, è passato nella camera anteriore , è duro (ciò che è assai comune nei vecchi), bisogna considerarlo come un corpo estraneo, e farne immediatamente l' estrazione con un'incisione praticata nella cornea, dopo di che l' infiammazione diminuisce rapidamente.

Lo scolo dell' umor vitreo, in seguito dell' apertura dell' occhio, durante l' operazione della cateratta, fatta secondo i precetti dell' arte, non suol essere tanto grave quanto lo è in conseguenza di un qualche altro accidente, tale che un colpo di corno di un animale etc., perchè in quest'ultimo caso la lesione viene ad esser fatta con grandissima violenza. L' evacuazione completa dell' umor vitreo è spesso susseguita dalla perdita della vista.

Le ernie della retina, attraverso una ferita della sclerotica , e della coroidea, portano seco la perdita della vista con dilatazione della pupilla; mentre che l' amaurosi è la conseguenza ordinaria delle piaghe che interessano la retina stessa ('). Queste lesioni ,

[1] Nulladimeno mi è più volte accaduto nella mia pratica d' incontrare delle eccezioni a questa regola.

ugualmente che quelle dei gran nervi ciliari, sono sempre accompagnate da vomito violento, i di cui sforzi devono necessariamente accrescere l' infiammazione che si sviluppa nell' occhio, se non si oppongono mezzi per arrestarla. Allorchè sono causati da zavorre nel canale alimentare, si ottengono dei buoni effetti dagli evacuanti; ma se sono semplicemente nervosi, è utile far uso dei leggieri oppiati all' interno, e per clistere colla decozione di camomilla, quando non sieno tollerati dallo stomaco. Si riconosce pure la lesione dei nervi ciliari da un fenomeno caratteristico. Per lo più, ma non costantemente, la pupilla si dilata, e per conseguenza l' iride si ritira sì vicino alla circonferenza della cornea, che appena se ne può distinguere il colore.

Ecco ciò che noi avevamo a dire relativamente alle lesioni meccaniche.

Le lesioni dell' occhio cagionate dagli agenti chimici, esigono sì pel loro prognostico, che per la cura una maggiore attenzione di quelle che sono prodotte da cause traumatiche, poichè sono accompagnate sempre da perdita di sostanza più o meno grande. Ciò non pertanto, se desse sono poco estese il prognostico n' è favorevolissimo, e si riesce assai facilmente a guarire col riposo dell' occhio, colle fomentazioni mucillaginose tiepide o per mezzo dei collirj amollienti.

Quando gli agenti chimici hanno diffusa la loro azione sulla cornea medesima, come facilmente può accadere, pel contatto di liquidi alla temperatura dell' acqua bollente, e al di sopra, si forma una vescichetta, che divenendo grado grado più bianca, si apre, oppur anco scomparisce talvolta senza scoppiare; l' epidermide diventa bianca, si distacca intieramente tosto che una nuova si è formata, e la cornea riprende la sua trasparenza primitiva. Bisogna guardarsi di aprire allora la vescichetta, e di turbare il travaglio di riproduzione che si fa al di sotto di essa.

Se gli agenti chimici hanno prodotto dei guasti più considerabili, se delle grandi porzioni di epidermide sono affatto distaccate, bisogna considerarle co-

me altrettanti corpi estranei, e farne il riseccamento. Allorchè la congiuntiva palpebrale contemporaneamente affetta, come si osserva nelle abbruciature, ed in conseguenza dell' azione degli acidi minerali concentrati, etc. bisogna tosto favorire l' azione riproduttrice della natura, ad oggetto di procurare la separazione delle parti disorganizzate , ed ottenere la pronta guarigione. Si giunge a questo resultato con i disseccanti leggermente astringenti, come colla pomata composta di burro di cacao, o di quello ordinario con tuzia o litargirio. In cotesti generi di lesioni della membrana interna delle palpebre, è necessario che il malato le tenga continuamente in moto per prevenire la loro adesione fra di esse o col globo dell' occhio.

Dietro l' introduzione degli alcali caustici negli occhi (come talvolta accade nelle officine, e nei laboratori chimici), il miglior mezzo da impiegarsi consiste nell' introdurvi del siero di latte acidetto, e freddo, dopo avere levati, con ogni possibile precauzione, i più grossi frammenti d' alcali, col mezzo di un pennello intriso nell' olio recente di mandorle dolci, di papaveri o d' olive. Se l' agente chimico ha portato sull' occhio un' azione fortissima, come ciò ha luogo quando trattasi della calcina forte, o di acidi, minerali etc. sono proposti sull' occhio gli accennati mezzi; se ne resultano degli infossamenti alla superficie della cornea, che si vedono benissimo esaminando l' occhio di profilo, vi rimane ordinariamente una cicatrice di un bianco di neve. In tali casi , e pur anco in quelli risultanti da lesioni meno violenti, bisogna prima di tutto, togliere la causa irritante, per istillare in seguito nell'occhio dei collirj mucillaginosi, e prendere tutte le precauzioni necessarie ad oggetto di evitare le aderenze colle palpebre.

Vi sono pure delle lesioni più gravi di quelle delle quali abbiamo tenuto proposito. Sono esse prodotte dal contatto immediato della fiamma, o da ciò che volgarmente chiamasi *colpo di sole*. In questi casi, il rapido sviluppo della generale infiammazione del globo dell' occhio è in ragione del gran numero

di vescichette, della loro pronta comparsa, della perdita di mobilità dell' occhio e dell'iride, del ristringimento della pupilla, e della forza del dolore gravativo risentito nel globo dell' occhio , e nelle parti circonvicine. Il chirurgo deve allora far di tutto per ammansire la violenza della flemmasia, quantunque, malgrado tutti i suoi sforzi, non è spesso che a stento che gli riesce di conservare la forma dell' occhio , e con maggior difficoltà a ristabilire la vista.

MALATTIE DELLE PARTI TRASPARENTI DEL GLOBO DELL' OCCHIO.

MALATTIE DELLA CONGIUNTIVA.

INFIAMMAZIONE SEMPLICE DELLA CONGIUNTIVA, DELLA SCLEROTICA, E DELLA CORNEA.

(*impropriamente chiamata conjunctivitis*)

L' infiammazione della congiuntiva oculare incomincia ordinariamente nella porzione designata sotto il nome di *congiuntiva della sclerotica.* Per lo più vedesi sviluppare rapidamente in questa membrana una reticella di vasi di colore rosso-cupo, distinti per la loro grossezza, in modo sorprendente, dai vasi sanguigni della sclerotica infiammata, che sogliono essere esilissimi, e situati più profondamente.

I movimenti delle palpebre spostano facilmente la nominata reticella vascolosa; quelli del bulbo non soffrono che piccolissimi cangiamenti nella loro posizione (1). Quando la flogosi si propaga dalla congiuntiva che riveste la sclerotica a quella che ricuopre la cornea, ne resulta, secondo il grado d'intensità della flemmasia l' oscuramento parziale o totale di questa lamina della congiuntiva, che si tumefà leggiermente, ed acquista la tinta in principio di un grigio biancastro, che si potrebbe rassomigliare a del vetro rotto ed alla quale si frammischia finalmente un

(1) Si distingue ancora l' infiammazione della sclerotica (sclerotitis), da quella della congiuntiva dai segni seguenti. Nelle flemmasie della sclerotica i fenomeni patologici sono sempre più violenti, quantunque sembrino occupare una superficie meno estesa; i vasi prodotti dall' infiammazione si sviluppano più lentamente nella sclerotica di quello che nella congiuntiva, e prendono una direzione diversa di quelli che si osservano in quest ultima membrana. Finalmente i vasi della sclerotica secondano tutti i movimenti del globo dell'occhio, e non prendono parte alcuna a quelli che si possono imprimere alla congiuntiva.

color rossastro, nel di cui mezzo si vedono tosto comparire in modo distinto dei vasi rossi, diretti quasi in linea retta (1). Del resto quest' infiammazione non è accompagnata se non che da poco dolore, e si sviluppa particolarmente sotto l' influenza dell' irritazione cagionata dalla presenza di piccoli corpi estranei introdotti nell' occhio.

La cura è la stessa di quella che noi indicheremo, parlando dell' infiammazione semplice esterna del globo dell' occhio sotto il nome di *Taraxis*.

PANNO.

Si designa sotto questa denominazione una malattia nella quale la congiuntiva che ricuopre la sclerotica e la cornea è percorsa da de' vasi sanguigni la grossezza de' quali è variabile. Quest' ultima membrana sembra oscurata da una tinta di un biancogrigio e rossastro (2). Allorquando il panno è sviluppatissimo, la reticella vascolare comparisce talmente fitta da non potere distinguere che con difficoltà i limidella sclerotica dalla cornea; e molto meno quelli dell' iride dalla pupilla.

Lo sviluppo di cotesta rete vascolare riconosce frequentemente per causa l' irritazione esercitata sulla congiuntiva dal *trichiasi* o dall' *ettropio*. Quest' affezione, è, propriamente parlando, una specie di esuberanza della congiuntiva del globo dell' occhio, e particolarmente di quella della cornea, esuberanza in virtù della quale il tessuto di questa membrana si ingrossa nel tempo stesso che si rilascia, e che vi si sviluppano dei vasi che la percorrono in tutti i sensi.

Si distinguono due gradi della nominata malattia. Il primo vien designato sotto il nome di *panno membranoso, o leggiero* (*panno membranaceo*); esso consiste in una specie di nebbia alla superficie della cornea, di un bianco grigio, più o meno in-

(1) Wardrop l.c. p. 7.
(2) Ved. tav. 1. fig. 5.

tenso, ove si ramificano in gran numero dei vasi sanguigni, attraverso i quali si vedono ancora la pupilla e l' iride , e talvolta si arriva a distinguere fino al tessuto di questa chiusura mobile.

Il secondo grado nel quale la malattia è più inoltrata, è chiamato *Panno carnoso* (*Pannus carnosus*), *o Sarcoma della congiuntiva* (*Sarcoma conjunctivæ*). In questo caso l' esuberanza della congiuntiva appartenente alla cornea si vede più distintamente; il numero dei vasi vi è spesso sì considerabile, che non riesce di distinguerli più isolati. È allora che i limiti fra la sclerotica e la cornea, e più spesso fra l' iride e la pupilla, non sono più visibili. L' aspetto della seconda di queste membrane può allora essere rassomigliato , pel colore , a quello di un pezzo di drappo rosso-bruno ; qualche volta si vedono, sù di uno o più punti della sua superficie, un ammasso di vasi sanguigni , i quali offrono , in qualche caso un' apparenza come carnosa o tendinosa.

Il *panno* si sviluppa ordinariamente nel modo seguente: un leggiero rossore con o senza fotofobia si manifesta subito sulla congiuntiva che ricuopre la sclerotica; poco a poco si rimarca, su uno o più punti del bordo della cornea un piccolo velo, od una specie di nuvoletta grigia che, nel corso della malattia è sì leggiera, da non essere che appena visibile. Poco dopo, per mezzo di una lente, si ponno riconoscere dei piccoli vasi sanguigni, che si prolungano fino alla nuvoletta, ove si ramificano , e sono ordinati in modo distinto sulla superficie della cornea; si vedono finalmente a occhio disarmato. Essi aumentano in numero ed in grossezza; l' opacità della cornea si accresce grado grado, e vi è da rimarcare che in generale i punti della superficie della membrana che presentano cotesti oscuramenti, ricevono i loro vasi sanguigni dai diversi punti della congiuntiva, che riveste la sclerotica, che ne sono i più vicini. Tutta la cornea si cuopre allora , o uniformemente o inugualmente, di vasi sanguigni ; il rossore intenso, ch' essi cagionano rinforza vieppiù la nebbia

grigio-biancastra che esisteva in principio, la quale scomparisce talvolta anco completamente.

La superficie della cornea pare disuguale, e sembra essere in stato di rilasciamento; la vista non si effettua da questo lato, ed il malato non può vedere che dei raggi di luce. Qualche volta si osservano, soprattutto verso i confini della cornea, delle piccole ulcerette che non sogliono mancare se particolarmente la malattia riconosce per causa le scrofole.

Al principio e nel corso della malattia, i dolori sofferti nell' occhio sono mediocri, e non vi sono segni particolari, i quali indichino un' affezione infiammatoria dell' iride o delle altre parti del globo dell' occhio.

Cotesta malattia riconosce talvolta delle cause puramente locali, tali che l'entropio, il trichiasi, etc. la di cui esistenza ne prolunga la durata; in altre circostanze queste cause dependono dalla costituzione del malato. Le affezioni *catarrali*, *scrofolose*, *reumatiche*, *e sifilitiche* sembrano favorire particolarmente la formazione del *panno*. Cercandone diligentemente i segni commemorativi, si riscontra, in generale, che un' irritazione locale ne è stata la causa determinante, sotto l' influenza della quale si è manifestata sull' occhio quest' affezione, la di cui disposizione di già esisteva nell'economia. Spessissimo il raffreddamento della fronte, il reuma trascurato, bastano per cagionare il panno.

Se dovessi dare una definizione generale di cotesta malattia e della sua natura, io m' esprimerei a un di presso in questi termini. Io considero il panno come una flemmasia cronica passata allo stato d' indurimento. Vi si riscontrano, all' eccezione dei sintomi particolari, che dependono dall' organizzazione speciale dell' occhio, quelli medesimi che ci presentano tutte le parti del corpo umano, quando l' infiammazione di cui esse ne sono la sede, in luogo di terminarsi per risoluzione, o per suppurazione, passa allo stato d' indurimento. Se i sintomi non sono sempre visibili, ciò depende particolarmente dall' essere le parti infiammate coperte e inviluppate di

membrane, etc. In quanto poi alla quistione, di sapere il perchè questa flemmasia della congiuntiva, che riveste la cornea, passi sì spesso allo stato d' indurimento, non è niente più facile a risolversi di quello che spiegare il perchè le epatiti croniche hanno una sì frequente tendenza a terminare per la durezza del fegato. Tutte le durezze sono precedute da infiammazione.

Ogn' indurimento determina un aumento di sostanza, a malgrado che dessa non si manifesti costantemente con accrescimento di volume o di estensione; dà luogo peraltro all' aumento di densità della parte che ne è la sede; questo è ciò che accade anco nel *panno*. I vasi varicosi che noi vi osserviamo, dopo l' infiammazione, che gli ha dato luogo, si vedono pur anco sopra altri organi che sono divenuti la sede di durezza, allorchè ci vogliamo dare la pena di indagarli con diligenza.

La superficie della cornea, che nel formarsi il *panno* è andata soggetta all' indurimento può di nuovo infiammarsi sotto l'influenza di cause leggiere; egli è pur lo stesso degl' induramenti comparsi in altri organi. Essi hanno la massima tendenza a infiammarsi in seguito di nuove cause aggiunte.

Quando si tiene conto delle esposte circostanze, il prognostico diventa facile, quantunque sia generalmente variabilissimo. Così la malattia può essere radicalmente guarita nei soggetti giovani che si trovano sotto condizioni favorevoli, quando si può sottrarre il corpo od almeno l' occhio all' influenza delle cause irritanti, e quando la flemmasia, quantunque di già passata allo stato d' indurimento, non ha per anco disorganizzato senza speranza di risorsa, il tessuto della cornea.

Se in questi casi il chirurgo è chiamato in tempo, riesce quasi sempre ad arrestare i progressi della malattia. Non si può al contrario ripromettere una perfetta guarigione del panno della cornea, nei soggetti deboli che sono andati soggetti per diversi anni a delle recidive di flemmasie accompagnate da panno intensissimo, il di cui resultato è stato di disorganiz-

zare non solo il tessuto della congiuntiva che ricuopre la cornea, ma ancora le lamine di quest' ultima membrana.

Cotesta malattia è per lo più incurabile nei soggetti indocili, o che si trovano in circostanze tali da non permettere di seguitarne la cura necessaria, e che non hanno quella costanza, indispensabile per la guarigione di tali indurimenti. Io farò inoltre osservare, che spesso l' affezione in discorso non attacca in principio che un solo occhio, e che frequentemente l' altro ne diviene affetto dopo che il primo è stato ammalato pel corso di molti mesi. Si può ugualmente evitare quest' ultimo accidente negl' individui docili.

Le indicazioni curative consistono nel combattere l' infiammazione, e nel distruggere il suo prodotto ossia l' indurimento, con i mezzi adattati. L' infiammazione cagione del *panno* non è quasi mai talmente intensa da esigere la cura antiflogistica la più attiva; i raddolcenti e la dieta bastano ordinariamente per dissiparla. Egli è ben di rado necessario di dovere applicare delle sanguisughe, e quando se ne fa uso, non bisogna mai metterle in prossimità immediata degli occhi, perchè l' esperienza ha insegnato che raramente fanno in questo caso diminuire l'infiammazione; al contrario favoriscono spesso i progressi dell' oscuramento della cornea. Se pure esse sono realmente necessarie, si applicano con più vantaggio alla nuca, e attorno del collo.

Eccettuati alcuni casi ove dessa è dovuta ad un' irritazione locale che l' alimenta, l' infiammazione accompagnata da panno non deve giammai essere considerata come semplice. Bisogna conseguentemente, prima di tutto, occuparsi di allontanare la causa che tiene ad una qualche discrasia. Ora siccome la malattia è per lo più determinata da un' affezione reumatica, scrofolosa, catarrale o sifilitica, bisogna avervi riguardo fino dal principio della cura. Il mezzo che è particolarmente proprio ad arrestare queste infiammazioni, ed a prevenire l' indurimento, od a guarirlo se già esiste, è il mercurio. Dietro la mia esperienza,

il nominato farmaco non può facilmente essere rimpiazzato da alcun altro. Ecco qual è il mio modo di procedere, mentre posso assicurare che fino al presente io sono riuscito a guarire la malattia in discorso in quasi tutti i casi.

Amministro in principio una dose forte di calomelano proporzionato all' età ed alla costituzione del malato, in esempio, dai tre ai sei grani, uniti ad uno scropolo o mezza dramma di radica di sciarappa, e zucchero quanto piace. Faccio prendere in seguito ogni tre ore da un quarto ad un grano di calomelano, solo, od unito, secondo le circostanze, allo zolfo dorato d' antimonio (*deutosolfuro d' antimonio*) ed alla cicuta, fino a che non si presentano i primi sintomi di salivazione. Prescrivo contemporaneamente una mistura leggiermente risolutiva, nella quale faccio entrare delle sostanze diaforetiche, se vi ha complicanza di *reumatismo*. Non potendo essere amministrato il calomelano, vi sostituisco l' *etiope antimoniato*, alla dose di uno o due grani ogni tre o quattr' ore, mescolato al tartaro tartarizzato (prototartrato di potassio) o ad altri mezzi adattati. Nulladimeno, siccome nella pluralità dei casi non si ponno distruggere tanto sollecitamente le cause della malattia, quand'esse dipendono da discrasie, e siccome spesso la cura non corrisponde malgrado la perseveranza nell' uso dei mezzi appropriati, io mi giovo fino dal principio dei derivativi in un qualche punto lontano dall' occhio. Vi riesco ordinariamente applicando alla nuca, o meglio ancora dietro l' orecchio del lato affetto, un cerotto rotondo, del diametro di dieci a dodici linee, composto come siegue.

℞ Tartaro stibiato ridotto in polvere finissima ʒ j.
Cerotto agglutinativo. . . . . , ʒ ij
Mescolate esattamente.

Si lascia il cerotto non solo fino a che si sono formate delle pustole, ma fin tanto che non si sieno aperte, e sieno in suppurazione. Se il dolore diventa in poco tempo molto violento, siccome questo mez-

zo non deve agire che localmente ed estendere la sua azione sulle parti circonvicine, si deve in tal caso levare più presto. Dopo avere medicata la piaga per due giorni con una qualunque pomata raddolcente, vi sostituisco in seguito l'appresso miscuglio, di cui se ne impiega una quantità uguale al volume di un pisello, se l'ulcera artificiale è stabilita dietro l'orecchio, e del volume di un fagiuolo se alla nuca.

℞ Tartrato antimoniato di potassa
Deutocloruro di mercurio . . } ana gr. jv. a vj.
Pomata di cantaridi . . . .
Unguento basilico . . . . . } ana ʒ ij.
Mescolate

È necessario mantenere aperto il vescicante per più mesi ad oggetto di evitare le recidive. Quando il *panno* proviene manifestamente da esantemi cutanei troppo sollecitamente guariti, o da affezioni reumatiche soppresse, etc. io faccio applicare il cerotto nel luogo ov' esiste la malattia primitiva; solamente rendo la derivazione più attiva, allorchè trattasi di parti lontane dal capo. Fintantochè l'occhio continua ad essere affetto violentemente, sotto l'influenza di una discrasia, bisogna astenersi da applicare qualunque specie di topici sull' organo ammalato, e soprattutto i collirj astringenti. Cotesti non sono mai utili, favoreggiano al contrario il passaggio dell' infiammazione allo stato d' induramento e sono causa delle recidive consecutive. Depende in gran parte dalla perseveranza nell' uso adattato dei medicamenti interni, e nel regime indicato, la guarigione dell' induramento della cornea, imperciocchè sono questi quei mezzi che favoriscono ed accrescono l' attività dei vasi assorbenti, sia nell' occhio, sia nelle altre parti del corpo. Non si giungerà a impiegare i medicamenti atti ad aumentare localmente la forza di riassorbimento, se non quando saremo sicuri che i topici stimolanti, applicati sull' occhio, non possono più riprodurvi l' infiammazione specifica. Il miglior mezzo per ottenere tale intento, è il laudano liquido

*

del Sydenham, di cui se ne istilla nell' occhio due gocciole, due o tre volte ogni giorno. Nei soggetti più irritabili dotati di costituzione languida, si può rendere più attivo il laudano, aggiungendovi una certa dose di balsamo di vita dell' Offmanno, ed ancora di etere; oppure si uniscono i due ultimi senza il primo.

Allorquando il panno riconosce l' affezione scrofolosa, si prescrive la dissoluzione di sublimato (percloruro di mercurio), alla quale si aggiunge del laudano; ma io ho esperimentato che allora il medicamento non è sempre tollerato; del resto, tutti i collirj devono essere adoprati tiepidi. Quantunque le preparazioni contenenti sostanze grasse non debbino essere indistintamente usate, particolarmente subito dopo che l' occhio ha cessato di essere sotto l' influenza della discrasia, poichè esse portano spesso l' aumento del panno, nulladimeno, le pomate col precipitato rosso (deutossido di mercurio) più tardi sono benissimo sopportate, e possono essere assai utili in molti casi. Se l'occhio è poco irritabile, vi si possono anco soffiare delle polveri le quali agischino chimicamente e meccanicamente.

℞ Allume crudo . . . . . part. j.
Zucchero bianco. . . . . part. vj.
Mescolate e riducete in polvere finissima, per soffiarne una certa quantità nell'occhio due o tre volte ogni giorno.

Si sono pure usati il borace, l' osso di seppia, etc.

Se dopo l' infiammazione accompagnata da panno vi rimangono delle traccie di vegetazioni superficiali, si possono toccare con un pennello bagnato della seguente dissoluzione.

℞ Nitrato d' argento fuso, . . : gr. ß: a gr. j:
Acqua distillata. . . . . ℥ ß: a ℥ vj.

Tutti l' indicati mezzi possono essere ancora uti-

lissimi quando l'oscuramento ha la sua sede non solo nella porzione di congiuntiva che ricuopre la cornea, ma quando occupa il tessuto medesimo di quest' ultima ; finalmente essi sono assai più efficaci allorchè si cangiano frequentemente.

Se l' infiammazione specifica è stata completamente distrutta , e che esistino ciò non pertanto dei vasi sanguigni visibili, che passano dalla congiuntiva che ricuopre la sclerotica , in quella della cornea, e che alimentino , od almeno mantenghino nella loro integrità le escrescenze , e l' appannamento di quest' ultima membrana , i topici che abbiamo indicati non apportano luminosi vantaggi.

In tal caso il consiglio dato da *Scarpa* di riseccare tutto attorno della cornea un lembo, di una linea di estensione, della congiuntiva che ricuopre la sclerotica , è spesso sommamente utile , poichè si distrugge in tal modo , nella pluralità dei casi , l'origine delle vegetazioni ed allora i topici da noi proposti possono apportare un'azione vantaggiosa.

Per surrogare il cerotto stibiato si raccomandano ancora altri derivativi , tali che il setone, i cauterj, i vescicatorj ed il moxa.

Il *panno* risultante da *trichiasi* e da *entropio* guarisce per lo più da se stesso , al momento che queste ultime affezioni sono state distrutte.

Pterigio.

ΠΤΡΥΓΙΟΝ, *piccola ala, diminutivo di* ΠΤΕΡΙΞ, *ala.*

Sotto questo nome si designa una piega densa, triangolare della congiuntiva, indolente, la di cui sommità è sempre diretta verso il centro della cornea, e la base è ordinariamente rivolta verso l' angolo interno dell' occhio ov' è unita colla membrana semilunare che può essere facilmente sollevata con una pinzetta al disopra della sclerotica , senza cagionare dolore.

Allorquando cotesta duplicatura è sottilissima , semi-trasparente , più bigiccia , e provvista di vasi

sanguigni, viene designata col nome di *pterigio leggiere*; se è al contrario spessa, della consistenza analoga a quella del muscolo (1), del cuojo, oppure della cartilagine, e che contenga un gran numero di vasi sanguigni, forma ciò che si chiama *pterigio crasso* (2).

Quantunque sieno esatti i caratteri da noi esposti non sono ciò non pertanto applicabili a tutti i pterigi; poichè spesso la loro base non è girata verso l'angolo interno, ma bensì verso l'esterno dell'occhio. Vi sono pure dei casi rari, nei quali esistono quattro pterigi contemporaneamente provenienti dagli angoli interno ed esterno, e dalle parti superiore ed inferiore dell'occhio, talchè rappresentano quattro triangoli da cui risulta la perdita completa della vista. *Scarpa* (3) pensa che questa sia la malattia conosciuta dagli antichi chirurghi sotto il nome di *panno*.

Il pterigio non è sempre collegato alla membrana semilunare, nè si prolunga in tutti i casi fino sulla cornea. Lo stesso *Scarpa* attribuisce pure la forma piramidale che assume la malattia alla grande aderenza della congiuntiva alla cornea, imperciocchè la detta aderenza diventa tanto più intima quanto più la congiuntiva si ravvicina al centro di questa membrana.

Le cause suscettibili di produrre il pterigio sono spesso difficili a determinarsi. Nulladimeno la malattia è per lo più dovuta a della sabbia, a della polvere di calce, penetrata nell'occhio, e simili; è perciò che si incontra più frequentemente negl'individui che esercitano delle professioni poco pulite e che sono esposti ai nominati accidenti,

I vecchi vi sono più soggetti dei giovani, ciononostante si osserva puranco nei fanciulli, e *War-*

(1) Qualche volta rassomigliano talmente a dei piccoli muscoli, che presentano per fino dei prolungamenti analoghi a degli attacchi tendinosi (Vedete *Schmidt* nell'*ophthalmol: Bibliothen*, 2 Bd., 1. St., S. 57:)

(2) Ved. tav. 1. fig: 6.

(3) L. c., vol. 1., pag. 299.

drop (1) l' ha veduto una volta in un bambino di nascita. Quantunque il pterigio non deve essere considerato come malattia consecutiva all'ottalmia, pure le infiammazioni dell' occhio possono sviluppare una disposizione a quest' affezione.

Il prognostico è sempre favorevole. *Ware* (2) ha spesso guarito dei pterigi leggieri (*pterygium tenue*) che incominciavano a formarsi, e che non si erano per anco estesi sulla cornea, per mezzo della polvere d' allume e zucchero raccomandata contro il panno. Si facilita molto la guarigione del pterigio, se nel corso della cura s' incide frequentemente vicino al bordo della cornea dopo di averlo sollevato con una pinzetta fine.

Se ha di già guadagnata la cornea, o che sia troppo denso, il mezzo più sicuro e più sollecito è di estirparlo coll' istrumento tagliente. Un ajuto divarica, quanto è possibile, le palpebre l' una dall' altra; l' operatore prende allora il pterigio verso la sua base per mezzo di piccole pinzette (Tav. v, fig. 5), lo solleva, lo separa completamente col bisturì, e lo distacca con precauzione servendosi delle forbici di *Daviel* (3), o di *Cooper*, in modo da lasciarne il meno possibile nella congiuntiva, e particolarmente di quello che ricuopre la cornea. È stato consigliato di non intaccare coll'istrumento tagliente la parte del pterigio che cuopre quest' ultima membrana, giacchè ne potrebbero resultare delle cicatrici da impedire la vista. Nonostante si deve cercare di asportare quelle parti che sono suscettibili di essere sollevate colle pinzette; ciò è spesso eseguibile, quantunque non se ne possa levare che pochissimo. Prendendo le precauzioni necessarie, si riesce a distaccare la piccola pellicola senza interessare il tessuto della cornea. Quando lo scolo del sangue è arrestato, si applica sull'occhio una compressa di lino asciutta, e si può, dietro il consiglio di *Scarpa*, lavarlo con decozione di malva, o qualunque altro to-

(1) L. c., p. 22.
(2) L. c, p. 67.
(3) Ved. Tav. v. fig. 14.

pico analogo. Il quinto o sesto giorno, la piccola piaga è coperta di uno strato di materia puriforme, e dall' ottavo al dodicesimo giorno è completamente guarita; ma se si sono lasciati dei lembi grandi del pterigio sulla superficie dell' occhio, bisogna mantenere la suppurazione lavandoli col laudano liquido del Sydenham fino a che i nominati lembi non sieno distrutti.

Pur nonostante quando vi sono rimasti dei leggieri vestigi di pterigio sulla cornea dopo la suppurazione, essi scompariscono costantemente dietro l'applicazione ripetuta dei mezzi raccomandati contro le macchie di questa membrana; mezzi fra i quali la pietra infernale occupa il primo posto per la sua efficacia.

Pinguecola (1).

Si dà un tal nome ad una piccola gonfiezza circoscritta, appianata, di color giallastro tendente allo scuro, situata immediatamente sotto la congiuntiva della sclerotica, per lo più dal lato dell'angolo esterno dell' occhio, non oltrepassante che raramente il volume di una piccola lenticchia. Non si riscontra mai negl'individui giovanissimi (2). È straordinario che una tal produzione si avanzi fino sulla cornea trasparente, e quand' anco ciò accade non si estende mai al segno da impedire la vista.

Fino al presente non si conoscono altre cause di questa malattia, che la costituzione debole dei malati; nulladimeno io non l' ho per anco osservata, per lo più, che negli uomini dediti alle bevande spi-

(1) Cotesto nome è stato probabilmente dato a questo piccolo tumore, unicamente per causa del suo aspetto esteriore che è spesso adiposo; ciononostante io levai, non ha molto tempo, il medesimo tumoretto, anzi due situati l' uno accanto all' altro, ed all' analisi chimica non offrirono la minima traccia di grasso. Codesta sostanza subì coi reativi, i medesimi cangiamenti di un miscuglio d'albumina e di gelatina

(2) Ved. Tav. 1., fig. 1.

ritose, e che avevano sofferte per molto tempo delle affezioni addominali. Il tumore in discorso può restare per tutto il corso della vita senza crescere di volume; del rimanente esso è di alcuna importanza, ed è perciò che sovente non vi è nulla a farvi. Ma se il malato vuole assolutamente liberarsene, può provare a distruggerlo, nel modo istesso che le macchie della cornea, favorendo l' azione delle sostanze medicamentose colle scarificazioni sul piccolo tumoretto. Il mezzo il più sicuro consiste nell' asportarlo, con precauzione, per mezzo del bisturì.

ESCRESCENZE CARNOSE E ADIPOSE; E PAPULA DELLA CONGIUNTIVA.

Sono state qualche volta osservate, subito dopo la nascita, delle escrescenze carnose di un' estensione assai grande sulla congiuntiva, pure questi casi non sono comuni. S' incontrano più comunemente nei soggetti scrofolosi o sifilitici. Sono talvolta situate sui limiti della cornea e della sclerotica, e in alcune circostanze estremamente rare, particolarmente quando il tumore contiene del grasso, si vedono ellevare dei peli di una lunghezza considerabile, ciò che è stato chiamato col nome di *trichosis bulbi* (1). In un caso rimarchevole, io ho veduti due peli i quali, senza che il tumore contenesse del grasso, erano sortiti immediatamente dalla caruncola lagrimale. Essi si riprodussero due volte, dopo essere stati strappati, e non ricomparvero dopo la terza operazione.

Il miglior mezzo per distruggere queste vegetazioni consiste nell' estirparle col bisturì, e applicarvi in seguito degli astringenti o dei caustici leggieri, o il laudano liquido. Non bisogna però perdere di vista le discrasie sotto l' influenza delle quali è comparsa la malattia.

(1) *Himly*, l. c. 2. d., 1 st., s. 199. *Græfe* und *Walther* Journal, B. IV. s. 136. *Wardrop*, Essays on the morbid anatomy, pag. 86.

Questi casi sono assai bene delineati da quest' ultimo autore, e da Demours (l. c.)

Se i nominati tumori prendono la forma di bottoni carnosi (*caruncolæ*, *epanastemata*), si può risparmiare il bisturì.

Il tumoretto di cui porta il nome questo capitolo è quasi sempre situato fra la congiuntura della palpebra inferiore e la piega semi-lunare, non molto lungi dal punto lagrimale inferiore. Desso consiste in una piccola nodosità rotondeggiante, molto dura, del volume della testa di uno spillo ordinario, di un rosso-pallido e facente provare (1) un incomodo pizzicore. Il professor *Beer* non l' ha mai osservato se non che nelle fanciulle irregolarmente mestruate. Al momento che la mensuale ricorrenza si è ristabilita o riordinata, il tumoretto svanisce. Allorchè il malato soffrega questo tumore, cresce di volume. È stato veduto qualche volta, nello spazio di tre giorni, acquistare il volume di un pisello ; bisogna in tal caso prenderlo con un uncino , e risecarlo collo strumento tagliente. Non essendosi la mestruazione ripristinata regolarmente, il tumore può riprodursi; ne può pur anco resultare un' esottalmia carcinomatosa, particolarmente quando nei soggetti cachettici viene irritato con reiterate applicazioni di caustici.

Un altro accidente , che dev' essere però sommamente raro, giacchè gli autori non ne hanno fatta menzione, consiste in un vero tumore cistico, che si sviluppa fra la congiuntiva e la sclerotica. Io non ho veduta quest' affezione che una sol volta, in un ragazzo di anni otto. Asportai il tumore per mezzo dell' uncino e delle forbici. Esso era situato verso l' angolo interno dell' occhio, ed aveva il volume di un pisello; aveva la durezza coriacea , e conteneva una piccolissima quantità di liquido mucoso.

(1) Lehre der Augenkrankheiten, 2 Bd. s. 679.

INDICE

DELLE MATERIE CONTENUTE

IN QUESTO VOLUME.

Dedica del traduttore italiano . . . . „ IV
Prefazione della terza edizione. . . . . „ VII
Avvertimento del traduttore. . . . . . „ IX
Bibliografia ottalmologica. . . . . . „ 1
Monografia sulle malattie degli occhi. . „ 8
Aggiunte fatte dal traduttore . . . . „ 33
Introduzione. . . . . . „ 37
Dell' ottalmia semplice in generale. . . „ 47

BLEFAROTTALMITE.

Malattie degli inviluppi esterni dell' occhio.

Infiammazione semplice delle palpebre, Blepharophthalmitis . . . . . „ 60
Dell' infiammazione semplice delle palpebre in generale. . . . . . „ ivi

Blefarottalmite erisipelatosa.

Infiammazione erisipelatosa semplice delle palpebre . . . . . „ 64
Infiammazione semplice delle glandole palpebrali. . . . . . „ 68
Ottalmia dei neonati. . . . . . „ 80
Grano d' orzo semplice. . . . . . „ 92
Tumore erisipelatoso semplice della commettitura interna . . . . . „ 94
Ferite della regione oculare, e delle palpebre. . . . . . „ 99

Callosità delle palpebre . . . . . „ 109
Grandine . . . . . „ 112
Scirro e Cancro delle palpebre. . . . . „ 114
Carboncello delle palpebre . . . . . „ 120
Edema delle palpebre. . . . . . „ 121
Enfisema delle palpebre . . . . . „ 122
Caduta della palpebra superiore . . . . „ 122
Spasmo delle palpebre. . . . . . „ 126
Impossibilità di chiudere le palpebre. . . „ 129
Rovesciamento interno del bordo delle palpebre . . . . . „ 132
Introversione delle ciglia . . . . . „ 137
Rovesciamento in fuori della palpebra . „ 142
Aderenza dei bordi palpebrali fra di loro. „ 147
Tumori ateromatosi, melicerídi, e steatomatosi delle palpebre, e delle parti circonvicine. . . . . . „ 151
Flittene sviluppato sulle palpebre . . . „ 157
Esostosi dell' orbita. . . . . . „ 161
Osteo-sarcoma dell' orbita. . . . . . „ 162

MALATTIE DEGLI ORGANI CHE HANNO LA LORO SEDE FRA L' ORBITA ED IL GLOBO DELL' OCCHIO.

Infiammazione semplice dell' orbita in generale. . . . . . „ 162
Ferite dell' orbita. . . . . . „ 166

MALATTIE DELLA GLANDULA LAGRIMALE.

Infiammazione della glandula lagrimale. „ 170
Scirro della glandula lagrimale. . . . . „ 173
Aumento anormale della secrezione della glandula lagrimale . . . . . „ 175
Alterazione del fluido lagrimale . . . . „ 177
Obliterazione dei canali escretori della glandula lagrimale. . . . . . „ 179
Tumore lagrimale sviluppato nel tessuto cellulare . . . . . „ 180
Idatide della glandula lagrimale . . . . „ 182

MALATTIE DEL SACCO LAGRIMALE.

Infiammazione semplice del sacco lagrimale. „ 184
Ernia e Idropisia del sacco lagrimale . „ 190
Fistola del sacco lagrimale . . . . . „ 196

MALATTIE DELLA CARUNCOLA LAGRIMALE.

Infiammazione semplice della caruncola lagrimale . . . . . „ 210
Scirro e Carcinoma della Caruncola lagrimale . . . . . „ 212
Tumori cistici dell' orbita. . . . . . „ 213
Aneurismi sviluppati nell' orbita . . . „ 215

MALATTIE DEL GLOBO DELL' OCCHIO.

Ferite del globo dell' occhio. . . . . . „ 216

MALATTIE DELLE PARTI TRASPARENTI DEL GLOBO DELL' OCCHIO.

MALATTIE DELLA CONGIUNTIVA.

Infiammazione semplice della Congiuntiva, della Sclerotica, e della Cornea. . . „ 228
Panno. . . . . . „ 229
Pterigio . . . . . „ 237
Pinguecola. . . . . . „ 240
Escrescenze carnose, adipose; e papula della congiuntiva. . . . . . „ 241

ERRORI				CORREZIONI
Pag.	43	Lin.	15 Artrica	artritica
«	44	«	3 scorgente	sorgente
«	47	«	3 cessi	cessa
«	50	«	32 quelle	quello
«	53	«	37 quante	quanto
«	57	«	23 aggiuntovi	aggiuntavi
«	60	«	35 ibridi	ibride
«	62	«	22 riformate	formata
«	63	«	30 salice	salcio
«	64	«	30 estratto	strato
«	65	«	21 una	la
«	66	«	1 digorganizzata	disorganizzata
«	70	«	41 seriosa	sierosa
«	78	«	24 produce	produca
	83	«	4 fino all' ultima	fino l' ultima
«	83	«	21 distruttiva	distruttivo
«	83	«	31 leucorreico	leucorroico
«	88	«	37 non mi è offerta	non mi si è offerta
«	95	«	40 steso	stesso
«	99	«	15 stoelli	stuelli
«	103	«	18 di quello nelle	di quello che nelle
«	105	«	3 un prolasso	il prolosso
«	ivi	«	5 molto violente	molto violenti
«	108	«	8 provenire la formazione	prevenire la formazione
«	111	«	30 vogliono omettere	vogliono mettere
«	113	«	17 è quasi che più	è quasi più che
«	113	«	27 applicazioni del	applicazioni con
«	116	«	18 la sensazione di ardere	la sensazione di ardore
«	124	«	1 resulta del rilasciamento	resulta dal rilasciamento
«	126	«	29 Blepharospasmij	Blepharospasmus
«	128	«	29 intitolato	intitolata
«	147	«	33 Enothe	Enothes
«	164	«	41 eergica	energica
«	166	«	27 *lascitas*	luscitas
«	198	«	6 Quando questi si chiudano	Quando si chiudono i primi
«	294	«	24 si deostue	si deostrue
«	209	«	35 più grosse si continua	più grossa, e si continua
«	224	«	1 tina abbia risentita	retina abbia risentita.
«	229	«	19 i limi della sclerotica	i limiti della sclerotica
«	236	«	22 agiscano	agischino
«	237	«	7 che esistano	che esistino
«	237	«	10 mantengano	mantenghino

TRATTATO

TEORICO E PRATICO

DELLE

MALATTIE DEGLI OCCHI

DEL D. WELLER

CHIRURGO-OCULISTA NELLA CITTA' DI DRESDA

TRADOTTO DAL TEDESCO IN FRANCESE

SULLA TERZA EDIZIONE

DA F. J. RIESTER

ACCRESCIUTO DI NOTE

DA L. JALLAT, DOT. IN MEDICINA

PRIMA VERSIONE ITALIANA

ARRICCHITA DI NUOVE ANNOTAZIONI

DI OSSERVAZIONI PRATICHE

E DI QUALCHE TAVOLA

DAL

Dott. Pietro Taddei

Medico - Chirurgo in Livorno, uno dei ventitrè fondatori della Società Medica, e membro onorario dell'Accademia Labronica di detta città, Socio corrispondente della Società Medico - Chirurgica di Bologna, della medico-Fisica Fiorentina, dell' Accademia Reale delle scienze di Parigi ec. ec.

TOMO II.

Dr. Luigi Lanzendi

LIVORNO

TIPOGRAFIA VIGNOZZI

1834.

DELLE MALATTIE DELLA CORNEA.

INFIAMMAZIONE SEMPLICE DELLA CORNEA.

Impropriamente corneite e meglio keratite (*da* ΚΕΡΑΣ *corno, cornea, colla terminazione* ΙΤΙΣ. *Ved. Blefarottalmia semplice*).

Al principio di quest' infiammazione, la cornea è un poco opaca, il suo aspetto è metallico scolorito; a poco a poco diventa rilucente e rossastra; allorchè l' infiammazione aumenta si vedono distintamente dei vasi sanguigni; contemporaneamente il malato soffre nell' occhio dei dolori assai forti. Se l' infiammazione ha incominciato dalla sclerotica, è raro che i vasi della cornea sieno apparenti; poichè sono allora per la massima parte talmente delicati, che appena possono vedersi a occhio nudo: se al contrario la flemmasia s'è communicata dalla congiuntiva che ricuopre la sclerotica a quella della cornea, o se la flogosi ha avuto primitivamente la sua sede in quest' ultima, i vasi hanno ordinariamente un diametro assai più considerabile, ed una direzione quasi retta; quest' infiammazione rientra in quelle della congiuntiva, delle quali già ne abbiamo tenuto discorso.

Le cause di cotesta flemmasia sono per lo più di natura meccanica; essa rassomiglia sotto questo rapporto, ugualmente bene che sotto quello della cura, all' infiammazione legittima e semplice della congiuntiva.

Wardrop (1) che ha trattato in un modo tutto particolare della *keratite*, distingue ancora una flemmasia della lamina la più interna della cornea, la membrana di *Descemet*, o membrana dell' umore acquoso (*tunica humoris acquei*). Secondo questi due autori, la nominata membrana deve formare un sacco senza apertura, perchè essa tappezza la faccia interna della cornea, la faccia anteriore e posteriore dell' i-

(1) Essays on the morbid anatomy of the human eye, 2. v. p. 9.

ride, e la parete anteriore della capsula del cristallino. La sua infiammazione si manifesta nel modo seguente: Si vede la sclerotica di colore rossastro affatto particolare, avente la forma di circolo, composto di ramificazioni vascolari estremamente fini, corrispondenti all' inserzione dell' iride, in modo tale che il colorimento non si estende fino alla cornea, ma ne è separato da un circolo pallido esistente sulla sclerotica. Il malato contemporaneamente prova nel globo dell' occhio la sensazione di pienezza, e un dolore gravativo e lacerante nella fronte. La cornea s' intorbida perchè la membrana di *Descemet* perde della sua trasparenza; essa sembra inoltre formare una prominenza più considerabile dell' ordinario; pare che esistino delle macchie nella sua superficie, ma osservando bene si vede distintamente ch' esse sono situate profondamente. La facoltà visiva diminuisce a misura che cresce l'offuscamento della cornea; gli oggetti compariscono al malato come inviluppati in un fumo denso; e quando l' infiammazione continua a fare dei progressi, l' umore acqueo stesso sembra intorbidarsi. La flogosi non si limita sempre alla porzione della membrana di *Descemet*, che ricuopre la faccia interna della cornea; essa si diffonde talvolta a quella che riveste l' iride, e ne può resultare l' alterazione di colore di questa membrana, degli oscuramenti e delle deformità della pupilla ancora. Egli è pur possibile che l' infiammazione s' estenda sulla capsula del cristallino, e che ne resulti l' opacità di questa membrana. Codest' infiammazione fa comunemente un corso cronico; pur nonostante bisogna contrapporle la cura antiflogistica energica, e si deve inoltre evitare quanto è possibile tutto ciò che potrebbe accrescere l' irritazione. Il principale mezzo raccomandato da *Wardrop* contro l' infiammazione della membrana in discorso con cui ne ha ottenuti pronti successi, consiste nell' evacuazione dell' umore acqueo. Dietro i resultamenti della mia esperienza personale, quest' infiammazione è molto più frequente di quello che non è stato creduto finora; dessa è ordinariamente la conseguenza dei raffreddori della fronte, e delle regioni vicine.

Nelle infiammazioni dell' occhio, la massima parte dei chirurghi inglesi praticano oggigiorno frequentemente l' evacuazione dell' umor acqueo, per mezzo di un ago. Vi sono delle ottalmie che resistono a tutti i mezzi comunemente usati, che sono accompagnate da cefalalgia, da sensazione di peso nella regione sopracciliare, e di pienezza nel bulbo dell' occhio, che presentano qualche volta ancora l' oscuramento della cornea, e l' intorbidamento dell' umor acqueo. In tali casi, questa membrana esaminata da vicino sembra essere più prominente che nello stato normale. È precisamente in questi generi d' infiammazione dell' occhio, che i tentativi di *Wardrop*, ripetuti colle necessarie precauzioni, potrebbero essere coronati da buon successo, se adottando il processo indicato dal suddetto autore, si fora la cornea con un ago di forma particolare, oppur anco con ago da cateratta, e si facilita in tal modo l' egresso dell' umor acqueo. Tale operazione ha per iscopo di far cessare la pressione e la tensione dovuta all' abbondanza dell' umor acqueo separato, e di rendere più libera la circolazione sanguigna. La testimonianza di Langenbeck (1) in suo favore è fatta apposta per impegnare i chirurghi alla continuazione di questo mezzo o di altri analoghi. Non si può negare che gli occhi non sieno talvolta la sede d' infiammazioni suscettibili, ugualmente che la meningite, l' encefalite etc. di avere per esito un versamento di fluido sieroso. Se l' effusione è talmente considerabile che l' azione dei vasi linfatici dell' occhio sia indebolita o paralizzata, e che non possino più assorbire i fluidi diffusivi in quantità straordinaria, deve necessariamente resultarne l' idropisia del globo dell' occhio. Ma se i vasi conservano tuttavia la loro attività, e che non lasciano accumularvi una maggior quantità di umor acqueo, di quella ordinariamente esistente, ciò che può realmente aver luogo in molte circostanze, non siamo autorizzati, è vero, ad ammettere l' assoluta idropisia, ma questo stato particolare sem-

(1) Neue Bibliothek, etc. 1 Bd., st.s 177.

bra essere quello ove l' operazione, della quale abbiamo parlato, sarebbe indicata. Del rimanente, dietro le osservazioni dei pratici da noi citati, essa è pochissimo dolorosa, e la piccola ferita che ne resulta guarisce senza suppurazione.

Offuscamenti e macchie della cornea.

Obscurationes et maculæ cornæ.

Per offuscamento o opacità della cornea s'intende uno stato di questa membrana nel quale la sua trasparenza è appannata in tutta o quasi tutta la sua estensione; le macchie non sono al contrario che oscuramenti parziali. Gli offuscamenti e le macchie offrono molti gradi e varie differenze, che sono spesso relative alle cause che le hanno prodotte. Noi le esamineremo più brevemente che ci sarà possibile.

1. Si conosce sotto le denominazioni di *nephelium*, *nebula*, *nubecula*, *obscuratio nubeculosa*, una macchia od un' opacità bigiccia, somigliante al fumo, confondendosi talvolta col bordo della cornea.

2. Quando il velo è di un bianco più deciso, e che la materia che lo costituisce s'è ammassata nella spessezza della cornea, gli si dà il nome *d' achlys* o *d' aegis*.

3. Se le macchie sono di un bianco anco più pronunziato, se gli strati della cornea hanno perduto la loro trasparenza naturale, e che abbiano preso l'aspetto come dello smalto, sotto l'influenza della causa determinante (che è per lo più l'infiammazione); se la materia che costituisce l'oscuramento ha preso il carattere della pseudo-membrana, la parte così alterata offre spesso un color bianco, come di madreperla, dura sotto il tatto, ellevandosi più o meno al disopra del livello della cornea ed estesa ancora un poco al di là del bordo bianco; a questo stato si dà il nome di *leucoma*. Vi sono tre specie di leucomi che differiscono fra loro pel grado d'intensità dell' opacità: 1. il semplice oscuramento leucomatoso (*obscuratio leucomatosa*) 2. il leucoma

crostaceo (*albugo* , *paralampsis* o *leucoma cretaceum*) ; e 3. la macchia perlata (*macula margaritacea*) che rappresenta il più alto grado dell'alterazione leucomatosa.

4. Quando il tessuto cellulare che unisce fra di loro gli strati della cornea è stato distrutto dall'ulcerazione , se le lamine di questa membrana contraggono fra di loro delle aderenze immediate, e che formino la causa dell'offuscamento leucomatoso, *Schmidt*, e *Beer* lo designano sotto il nome di *cicatrice* (1) della cornea , quello stato cioè che ha molta analogia col *leucoma* ; ma colla differenza che la cicatrice sembra esser tagliata sul bordo. Codesta macchia è rilucente , bianchissima , di forma variabile ; essa esiste simultaneamente colla *sinechia anteriore* , e può accadere non solo che il suo bordo sembri essere tagliato, ma ancora che la sua circonferenza sia oscurata , e spesso anco leucomatosa.

5. Si riscontrano talora delle macchie che non sono veramente se non che degli ascessi disseccati della cornea. Si riconoscono pel loro colore giallastro, che è in qualche guisa distribuito in isolette sù di un fondo bianco-bigiccio, e nella maggior convessità della cornea , particolarmente se il pus disseccato esiste fra la congiuntiva e la prima lamina di questa membrana. Le nominate macchie sono molto spesso accompagnate da sinechia anteriore parziale.

6. Si è dato il nome di *arcus senilis* , *gerontoxon* , *macula arcuata* , agli offuscamenti che esistono soltanto al circuito della cornea e si formano lentissimamente senza tracce d' infiammazione. Non si presentano quasi mai che in soggetti avanzati in età, e sembrano essere il prodotto di un processo analogo a quello che converte le arterie , le cartilagini etc : in sostanza ossosa. Si sono vedute talvolta nei vecchi delle ossificazioni complete della cornea. Contuttociò l' *arcus senilis* non si riscontra esclusivamente nelle persone attempate , ma pur anco si osserva qualche volta in soggetti giovani. *Mohren-*

(1) Ved. tav. II, fig. 1.

heim (1) l' ha veduto congenito. *Sybel* (2) l'ha riscontrato in un giovine di anni trentadue ; e *Wardrop* (3) l' ha trovato a differenti periodi della vita, ciò che è accaduto più volte a me stesso. Del resto questi offuscamenti non hanno altri inconvenienti, od almeno i migliori chirurghi non hanno mai osservato, ch' essi influenzassero sull' occhio in modo spiacevole.

7. Finalmente si sono per fino trovati nella cornea delle parti ossee (4) che si possono mettere accanto alle macchie di questa membrana , ma che non fanno per altro parte di alcuna delle varietà delle quali abbiamo parlato. Io farò soltanto osservare che, quando cotesti corpi occupano il centro della cornea, e che si trovano immediatamente sotto la congiuntiva che tappezza questa membrana, si potrebbe farne l' estirpazione con successo (5) la quale è stata per altro raccomandata in modo troppo generale da *Callisen* , etc., ma per altre macchie della cornea trasparente.

Le macchie riconoscono quasi sempre per causa l'infiammazione prodotta da corpi estranei introdotti in questa membrana, tali che una scheggia di ferro , etc. ; oppure essa ne partecipa perchè comunicata dalle altre parti dell'occhio.

Se coteste specie d' ottalmie non si risolvono completamente ; se i vasi capillari esalano della linfa opaca (secrezione alla quale le affezioni infiammatorie della cornea mostrano generalmente molta tendenza), è comunissimo di vedere le citate macchie, e questi offuscamenti persistere anco vinta l' infiammazione. Noi abbiamo già detto che la *macula arcuata* può esser congenita , ma *Kieser* ha riscon-

(1) *Beobachtungen* , Thl. , S. 9.

(2) Disser: inaug. de quibusdam materiæ et formæ oculi aberrationibus a statu normali Halæ 1779; inserito nel Reil's Archio., etc., 5 Bd., 14.

(3) Essays on the morbid anatomy of the human eye p. 86.

(4) *Wardrop* , l. c., p. 72 lo stesso *Walter* , anatom. museum , t. Bd., S. 139.

(5) *Wardrop* l' ha praticata con successo , l. c.

trato l' oscuramento leucomatoso non solamente congenito, ma ancora ereditario di tutta la cornea, ad eccezione di una certa estensione verso il centro di questa membrana, che era perfettamente trasparente, e in forma romboidale. (1)

Il prognostico differisce secondo le diverse specie di macchie. È favorevole, in esempio, nei soggetti giovani e vigorosi, in quelli nei quali la nutrizione è sempre attiva e quando non vi ha che una leggiera macchia alla superficie della cornea (2).

In questi casi pure l' affezione non tarda a cedere sotto l' influenza della cura seguitata con perseveranza. La guarigione, al contrario, si fa aspettare molto nelle persone attempate, che sono in istato di emaciazione. Bisogna particolarmente essere costanti nell' uso dei mezzi che si oppongono a quest'affezione, poichè se l' impiego di quelli che sono più convenienti non ha spesso prodotto alcun'effetto, quantunque continuati per molti mesi, si finisce nulladimeno talvolta per fare scomparire l' opacità dopo un tempo più o meno lungo.

Il prognostico del *leucoma* è molto più incerto, e più infausto; poichè se desso è già antico, se penetra fino alle lamine le più recondite della cornea, se è contemporaneamente molto denso e che il malato sia avanzato in età e debole, la macchia resisterà ad ogni metodo curativo. È al contrario meno spiacevole allorchè il leucoma si è formato di recente in soggetto giovine e vigoroso; imperocchè vi sono molti esempj di guarigioni di simili affezioni; spesso accade per altro che si fa aspettare per molto tempo. Generalmente la diminuzione di tutte le macchie della cornea, negli stessi casi i più favorevoli, non

(1) Ved. *Himly* et *Schmidt*, ophthalm. Bibl. 3. Bd. 3, St. S. 79.

(2) La sede profonda o superficiale della piaga è una circostanza sommamente importante; poichè succede spesso che una macola per quanto leggerissima, situata nello strato il più interno della cornea, non cede ai mezzi i più attivi usati colla più gran perseveranza.

si ottiene che lentissimamente ; e *Fabini* (1) dice con ragione : „ *Notandum tamen , in optatissimo quoque casu , pelluciditatem corneæ lente, et fere insensibiliter tantum restitui , ita ut quandoque non per menses , sed per annos , curatio duret.* „

Le cicatrici della cornea sono incurabili : ma quando esiste attorno d' esse un' opacità più o meno considerabile , si può dissipare usando opportuni mezzi.

Si guariscono facilmente gli ascessi della cornea, se il pus che li costituisce non è troppo abbondante.

Il prognostico è cattivissimo allorquando le macchie sono accompagnate da stato varicoso dell'occhio, ed allora bisogna astenersi di toccare quest'organo. Ma se lo stato varicoso è circoscritto ai vasi della congiuntiva oculare , come si osserva in seguito d' infiammazioni accompagnate da panno , nulla si oppone all' uso dei topici adattati , se in particolar modo si incidono anticipatamente delle porzioni dei nominati vasi.

Si ottiene ordinariamente la guarigione coi soli mezzi locali ; ma vi sono pure dei casi ove il concorso delle medicature interne è necessario. Bisogna in esempio combattere talvolta delle cacchessìe, come disposizioni alle recidive delle ottalmie etc.

È necessario allora stimolare la facoltà nutritiva, ed è a questo proposito che *Boerhaave* ha proposto il *calomelano*. Si sono pure raccomandati gli *antimoniali* , l' *arnica* , l' *estratto di pulsatilla nera* (*anemone pratensis*) , etc. Ma la cura locale è in ogni caso sempre importante e la più utile.

Non vi sono, per certo, malattie contro le quali si sieno preconizzati numero più copioso di topici quanto per le macchie della cornea. Ciò depende probabilmente non tanto perchè questa affezione si mostra ribelle ad ogni mezzo , quanto alla poca perseveranza dei malati e dei chirurghi nell' uso dei rimedj necessarj. In generale si passa da un medicamento ad un altro , perchè si perde la confidenza

(1) *Doctrina de morbis oculorum*, Pestrini.

che si aveva riposta in quello che non fa sollecitamente scomparire la malattia ; ciò non pertanto la variazione frequente dei rimedj , e l' aumento graduato della loro dose sono pure molto utili , e diventano una condizione accessoria per ottenere la guarigione ; è in oltre necessario averne una gran quantità a sua disposizione , onde usarli convenientemente.

Io indicherò quelli che hanno corrisposto come i più efficaci. Si possono riferire a due classi : nella prima si trovano i dolcificanti ed i risolventi , e nella seconda gli stimolanti. Una tale distinzione è importante , poichè siccome conviene opporre subito degli stimolanti alle macchie molli e recenti , mentre che quelle che sono dure ed antiche , ugualmente che gli oscuramenti assolutamente opachi , richiedono subito l' uso dei risolventi , ed in seguito quello degli stimolanti soli , essa si riferisce alla varietà delle affezioni , ed esercita conseguentemente nella pratica una grand' influenza.

Le macchie molli sono di un bigio variegato , non lucido ; il loro bordo si abbassa insensibilmente, ed esse formano un centro verso il quale scaturiscono dei vasi. Questi caratteri non si presentano mai nelle macchie dure , che devono essere trattate subito coi risolventi , ed in seguito soltanto cogli stimolanti.

Gli ascessi , e le macchie cretacee, che non cangiano d' aspetto nè di consistenza sotto l' uso dei differenti risolventi , devono essere immediatamente scarificate leggiermente , e sottoposte in seguito ai medesimi mezzi.

Si devono annoverare fra i rimedj dolcificanti , risolventi , le seguenti sostanze : il *grasso di vipera* , l' *olio d' uova* , il *midollo di ossa recente* , l' *olio di noci* , il *sugo espresso del fegato della lampreda di fiume* (*liquamen hepatis mustelæ fluviatilis*) il *decotto di malva* , il *fiele di bove* , l' *estratto di cicuta* , *della celidonia maggiore* (*chelidonium majus*) di *pisciarello* (*leontodon*

taraxacum, l' *aloe*, il *carbonato di potassa* (1), il *carbonato di soda*, il *sotto-borato di soda* etc.

Si mettono nella classe degli stimolanti: gli *olj rancidi*, il *sal volatile di corno di cervio* (*sotto-carbonato d' ammoniaca*), l' *allume* (*solfato di allumina e di potassa*) lo *zolfato di zinco*, *quello di cadmio* (2), l'*idroclorato di barite* (*proto-idroclorato di bario*) l' *idroclorato di soda* (*proto-idroclorato di sodio o il laudano liquido del Sydenham*, il *tartaro stibiato* (*tartrato di potassio e di protossido d' antimonio*), l' *idroclorato di ammoniaca*, l' *acetato d'ammoniaca*, il *mercurio* e particolarmente il *precipitato rosso* (*deutossido di mercurio*) incorporato coll' assongia, il *cloruro d' antimonio* (il quale, nel caso che debba sciogliersi non lo deve essere che per l' acido-idro-clorico, poichè esso sarebbe decomposto da ogni altro veicolo, la *soda caustica* (*idrato di protossido di sodio*, la *pietra infernale* (*proto-nitrato d'argento fuso*) (3), lo *zucchero polverizzato*, il *vetro*

(1) Per esempio

℞: Carbonato di potassa . . . . . gr. ij a jv.
Acqua distillata. . . . . ℥ j.
Fate disciogliere e mescolate.

Per farne istillare cinque o sei volte ogni giorno qualche gocciola nell' occhio.

(2) Nuovo mezzo usato per la prima volta dal Dottore *Rosembaum* (*Himly's, Bibliothek fur optalmologie*, etc. 1819, 1 Bd., 2. St., S. 408) che ne vanta grand' efficacia. *Græfe* ne ha pure ottenuti eccellenti risultati. (*Journal fur chirurgie*, etc., 1820, 1 Bd., v St., S, 554.) Egli faceva istillare nell' occhio, una, due, o tre volte ogni giorno, una certa quantità della dissoluzione di questo sale, formato subito nella proporzione di un grano in ogni mezz' oncia di acqua distillata, ed in seguito di due, quattro e sei grani nella stessa quantità di veicolo.

Molti chirurghi non hanno trovato che questo medicamento sia stato più efficace di altri simili. È dunque indispensabile attendere il resultato da esperienze ulteriori prima di pronunziare sul valore di questa nuova sostanza.

(3) Uno a due grani in mezz'oncia d' acqua; la medesima proporzione vale per la pietra da cauterio.

ridotto in polvere impalpabile, la *limatura di stagno*, l' *osso di seppia*, etc : etc.

I medicamenti della prima classe esercitano un' azione risolvente, *rilasciante*, sulla materia trasudata, che costituisce le macchie e gli oscuramenti della cornea. Quelli della seconda agiscono eccitando, accrescendo l' attività dell' assorbimento, e determinando uno stato locale prossimo all' infiammazione, che è suscettibile di accelerare i movimenti di *nutrizione*, e di *denutrizione*, ma che non è però abbastanza intenso per somministrare dei prodotti; circostanza che se si presentasse, aumenterebbe la malattia anzi che diminuirla. I caustici propriamente detti (che non si devono usare che con precauzione, e contro le macchie dense, ribelli ed antiche) fra i quali bisogna mettere in prim'ordine il protonitrato d' argento fuso, il cloruro d' antimonio e di potassa caustica (sotto-proto-carbonato di potassio), producono indipendentemente dallo stato di eccitamento, una vera perdita di sostanza ; non bisogna lasciarli agire che superficialissimamente, poichè nel caso opposto si farebbe più male che bene. È per questa ragione che allorquando si fa uso di questi medicamenti, bisogna aver sempre a sua disposizione un poco d' acqua, o di latte tiepido, ad oggetto di poter detergere la superficie dell' occhio, immediatamente dopo la cauterizzazione, per evitare che la cornea non venga attaccata o corrosa più profondamente di quello che abbisogna. Conviene soprattutto essere circospetti nell' uso della pietra da cauterio, e non servirsene giammai nella proporzione superiore a quella di cinque grani in ogni tre dramme di acqua distillata.

Si ponno impiegare gli olj risolventi, introducendoli nell'occhio più volte ogni giorno (cioè cinque o sei volte) ; in quanto agli eccitanti di forza mediocre, devono essere messi in uso più raramente ; le pomate irritanti, particolarmente quelle che contengono molto precipitato rosso, non devono essere applicate che una sol volta ogni ventiquattr'ore, cioè prima di coricarsi ; ciò nulla ostante se il malato è

dottato di costituzione poco sensibile, esse possono usarsi due volte ogni giorno, e giammai il deutossido di mercurio, per rapporto all' assongia, non dovrebbe sorpassare la proporzione di una a quattro parti.

Io farò pur osservare, generalmente parlando, che tutti i topici destinati a fare scomparire le macchie della cornea devono essere più energici di quelli dei quali si fa uso contro le ottalmie.

Dopo di avere indicato il modo d'amministrare i medicamenti semplici, noi daremo alcune delle principali formule preconizzate sì dagli antichi quanto dai moderni medici.

℞ : Sal volatile di corno di cervio . . gr. v.
Fiele di Bove condensato . . . . . ʒ j.
Estratto di Celidonia . . . . . ʒ ij.
Mescolate.

Per essere applicato sull' occhio per mezzo di un pennello.

℞. Sal volatile di corno di cervio . . gr : xij.
Fiele di bove . . . . . ʒ j.
Miele purificato . . . . . ʒ iij.
Mescolate.

Si usa per toccare le macchie più volte il giorno.
Richter.

℞. Fiele di bove . . . . . }
Estratto di cicuta . . . . . } ana ℈ ij.
Detto di china . . . . . }
Mescolate.

Reil raccomanda l' uso di questo miscuglio particolarmente contro le macchie che succedono alle ottalmie scrofolose.

℞. Tartrato antimoniato di potassa . gr. jv a x.
Miele purificato . . . . . ℥ ʒ j.
Mescolate.

℞. Carbonato d' ammoniaca piro-oleoso. gr. viij.
Estratto di cicuta officinale . . . . . ʒ j.
Olio di noce. . . . . ʒ iij.
Mescolate.

℞. Potassa caustica . . . . . gr. xij.
Olio di noce. . . . . ℥ ß.
Mescolate.

℞. Sal volatile di corno di cervio . . gr. x.
Olio di noce. . . . . ℥ ß.
Mescolate.

Per farne un linimento, di cui se ne applica più volte ogni giorno una certa quantità sull'occhio, per mezzo di pennello.

Maitre-Jan.

℞. Idroclorato di soda . . . } ana parti uguali
Conchiglie preparate. . . . }

Mescolate, e riducete in polvere finissima, della quale se ne introduce per mezzo dell' insuflazione, una o due volte ogni giorno, una piccola quantità nell' occhio.

Si può pur fare un miscuglio, che si adopra come il precedente, nel quale si fa entrare poco a poco fino a due parti di sal marino in una di conchiglie preparate.

℞. Aloe succotrino . . . . . gr : vj.
Zucchero bianco . . . . . ʒ j.

Mescolate e fatene una polvere finissima, della quale se ne introduce una certa quantità nell'occhio.

Boerhave.

℞. Borace di Venezia . . . . . ʒ j.
Alcolato di limatura di stagno . . . . ϑ ß.
Zucchero bianco. . . . . ʒ ij.
Mescolate e fate una polvere finissima.

℔ Protocloruro di mercurio . . . } ana gr. jv.
Aloe succotrino . . . . . }
Zucchero . . . . . ℈ ij.
Mescolate e fatene una polvere molto fine.

℔ Idroclorato di soda . . . . . ʒ j.
Occhi di granchio preparati . . . . . ʒ ß.
Mescolate e fatene polvere finissima.

℔. Allume calcinato . . . . . }
Borace di Venezia . . . . . } ana ℈ ß.
Solfato di Zinco. . . . . }
Deutossido di mercurio . . . . . gr : vj.
Zucchero bianco. . . . . ℈ j.
Mescolate e fate polvere impalpabile.

℔ Allume crudo , ... } ana ʒ ij.
Zucchero bianco. . , ... }
Mescolate, e riducete il tutto in polvere finissima, della quale se ne applica una piccola quantità sull' occhio per mezzo di un pennello bagnato.

Richter.

℔ Borace di Venezia . . . . . ʒ ß.
Zucchero bianco : . . . . . , ʒ j.
Acqua di rose distillata. . . . . ℥ j.
Mescolate.

Plenck.

La dose del Borace può esser portata fino al doppio.

℔ Idroclorato d' ammoniacà purificato } ana. ℈ j.
Zucchero bianco. . . . . }
Acqua di rose . . . . . ℥ j.
Mescolate.

℔ Idroclorato d' ammoniaca. . . . . ʒ ß.
Acqua di rose . . . . . ℥ viij.
Mescolate , per farne istillare qualche gocciola nell' occhio più volte ogni giorno.

Richter.

℔ Idroclorato di Barite . . . . . gr. x.
Acqua di lauro-ceraso. . . . . ʒ ij.
Mescolate per introdurne una gocciola nell' occhio ogni due ore.

Horgens.

℔ Vino stibiato. . . . . ʒ ß.
Laudano liquido del Sydenham. . . . ʒ j.
Tintura d' aloe . . . . . ʒ ß.
Mescolate per applicarne una gocciola sulla macchia, tre volte ogni giorno.

Weller.

℔ Ammoniaca liquida . . . . . goc. x.
Olio di noce. . . . . ʒ ß.
Mescolate.

Questa preparazione si applica sulle macchie con un pennello, e si aumenta la proporzione dell' ammoniaca a misura che l' occhio diventa meno irritabile.

Graefe.

℔ Acqua di Rose . . . . . ʒ ij.
Zucchero bianco . . . . . } ana. ʒ ß.
Borace di Venezia. . . . . }
Estratto acquoso d' aloe. . . . } ana. gr. vj.
Detto d' oppio . . . . . }
Mescolate.

Beer.

℔ Deutocloruro di mercurio . . . . gr. j.
Oppio purificato. . . . . gr. viij.
Fate disciogliere nell'acqua di rose. . ʒ ij.

Beer.

℔ Liquore spremuto dal fegato della lampreda di fiume. . . . . ʒ j.
Burro fresco non salato . . . . . ʒ ß.
Deutossido di mercurio. . . . . gr. xv.
Solfato di Zinco. . . . . gr. vj.
Mescolate per farne una pomata, della quale se ne introduce, una volta ogni giorno, una pic-

colissima quantità nell' occhio, per mezzo di un pennello.

Beer.

℞ Deutossido di mercurio. . . . . ℈ ß.
Assongia . . . . . ℈ v.
Olio di cacao . . . . . ℈ j.
Detto di noce . . . . . } ana. ℈ ß.
Laudano liquido . . . . . }
Mescolate esattamente.

℞ Tartaro stibiato. . . . . gr. vj.
Fate disciogliere in sufficiente quantità di acqua distillata; aggiungete assongia recente . . . . . ℈ v.
Olio di cacao. . . . . ℈ j.
Mescolate.

℞ Osso di seppia ridotto in polvere finissima . . . . . ℈ j.
Zucchero delle Canarie polverizzato. . ℥ ß.
Fiele di Luccio fresco, quanto basta per fare una pomata che si usa contro le macchie molli della cornea, applicandola, con precauzione, con un pennello.

Graefe.

Indipendentemente dalle formule che ho indicate, io ho puranco ottenuti dei non piccoli vantaggi delle seguenti preparazioni:

℞ Deutossido di mercurio. . . . gr. iij a v.
Laudano liquido . . . . . ℥ ß.
Assongia. . . . . ℥ j.
Mescolate. Se ne applica una o due volte ogni giorno sulla cornea, una quantità uguale al volume di un capo di spillo.

℞ Carbonato di potassa . . . . gr. x a xv.
Assongia . . . . . ℥ j.
Mescolate. Oppure

℞ Carbonato di potassa . . . . gr. x a xij.
Laudano liquido . . . . . ʒ ß.
Assongia. . . . . ʒ j.
Mescolate. Allorchè le macchie sono durissime se ne introduce tre volte ogni giorno una piccola quantità fra le palpebre.

℞ Deutossido di mercurio. . . . . gr. j.
Acqua di Rose . . . . . ʒ ij.
Laudano liquido . . . . . ʒ j.
Mucillagine di gomma arabica . . . ʒ j.
Mescolate. Si usa nelle macchie recenti che hanno succeduto alle ottalmie scrofolose, applicandone una piccola quantità sulla cornea, due o tre volte ogni giorno.

Quando una macchia è alimentata da uno o più fasci di vasi sanguigni che vi si distribuiscono, è utile di sollevarli colle pinzette, e di reciderne delle porzioni, ad oggetto d' interrompere la comunicazione che esiste con essa; questa, privata dei mezzi di sviluppo, cede in seguito più facilmente ai rimedj ordinarj.

Allorquando un leucoma ha resistito ad ogni mezzo, si può tentare di passare un setone attraverso la sostanza della cornea, per mezzo di un ago fine, curvo e stiacciato. Questo è ciò che ha praticato recentemente *Delarue* (1), e prima di lui *Pellier*. Il resultato di quest' operazione, in apparenza materiale, è stato in molti casi favorevole, poichè se n' è ottenuto un rischiaramento graduato delle macchie, ed un miglioramento significante della vista. Questo mezzo sarebbe, probabilmente, applicabile in particolar modo negli ascessi secchi della cornea. Io non bilancerei un istante ad esperimentarlo, se nel caso di oscuramento leucomatoso di ambe le cornee, avendo resistito ai mezzi ordinarj, ed ove non si po-

(1) Cours complet des maladies des yeux. Paris, 1820. pag. 173.

tessero fare delle pupille artificiali, nè rimuovere col metodo di Himly, le macchie di già esistenti. Sarebbe questi il caso di dire con *Ippocrate*:

Melius anceps quam nullum.

PROPULSIONE CONICA DELLA CORNEA (1).

Questa malattia rara, che non è stata ben conosciuta prima d' ora, consiste nell' allungamento lentissimo della cornea, assolutamente senza infiammazione, che prende una forma conica. (Ved. tav. II. fig. 2 e 3). La sommità del cono è ordinariamente consistente, talora opaca, e si riscontra sempre al centro della cornea (2). Esaminata di fianco, rassomiglia ad un cristallo solido; veduta anteriormente sembra risplendente (3), e impedisce di distinguere facilmente l' iride e la pupilla. Da questi cangiamenti di forma della cornea resulta non solo la miopia, ma puranco una refrazione talmente irregolare dei raggi luminosi, che degli oggetti vicinissimi sembrano confusi e sfigurati (4); sulla fine il malato non distingue neppure i grandi oggetti, alla distanza di tre o quattro piedi. Questa malattia si osserva più particolarmente nei giovani; ciononostante essa non risparmia neppure gli attempati. La propul-

(1) È bene a torto che si è dato a questa malattia il nome di *staffloma conico;* i chirurghi tedeschi sotto una tale denominazione designano un' affezione del tutto opposta. Se essa consistesse in una vegetazione conica del tessuto della cornea, come lo pretende *Adams,* si potrebbe, secondo *Himly*, chiamarla *hyperneratosis*; ma la sua natura non essendo bene conosciuta, possiamo chiamarla *cornea conica,* che la caratterizza meglio.

(2) *Adams* nulladimeno ha veduto, in qualche caso, la sommità del cono esistere in un punto più o meno lontano dal centro della cornea. Secondo quest' autore, l' indicata malattia è più comune alle donne.

(3) *Wardrop,* l. c., p. 114.

(4) *Ware,* l. c., p. 61.

sione conica della cornea può, allorchè non è per anco giunta che ad un leggiero grado di sviluppo, restare stazionaria per degli anni, senza che la sommità del cono divenga opaca. Dessa è stata osservata, talora in un sol' occhio, altre volte in ambo gli occhi contemporaneamente (1).

A malgrado che questa malattia sia molto rara, pure è stata nulladimeno più volte osservata da non pochi chirurghi; ed i Sig. *Demours padre e figlio* l' hanno riscontrata più di cento volte (2). Fino al presente si conoscono pochissimo le cause che la determinano.

Dessa comparve in un caso (3), in seguito di crise violenta, in una donna, durante un parto laborioso. A questa malattia non si è opposta fino al presente, che una cura insufficientissima. Si è, in esempio, vuotato l' umor acqueo (*Ware*) per usare in seguito la compressione; ma da una tal pratica non si è ottenuto alcun successo. Ha piuttosto corrisposto l' istillazione nell' occhio di qualche gocciola d' infusione di tabacco. Si è finalmente giunti a rimediare all' estrema miopia, che n' è il resultato, facendo la depressione del cristallino, come usasi di fare nella ordinaria operazione della cateratta (4). Ciò nullameno questo compenso è molto incerto, e vi sono un' infinità di casi, nei quali non può usarsi.

Lo stimabile critico che ha reso conto della nostra prima edizione (5) ha osservata due volte questa malattia. In un caso si presentò (come in quello rapportato da *Rowley*) immediatamente, in seguito di uno sguardo bruscamente diretto su di un muro bianco e illuminato da luce vivissima. L' ap-

(1) *Scarpa, traité des maladies des yeux*, tradotto dall' idioma italiano da Leveillé, t. II, p: 178.

(2) L. c. t. I. p. 316.

(3) *Rowley*, l. c. p. 400.

(4) *W. Adams*, nel giornale intitolato: *Archiv fiir medicinische Ersahrung*, etc. pubblicato dal professor *Horn, Nasse et Henke* 1817 Bd. 2 5. 191.

(5) Gazzetta medico-chirurgia di Salisburgo, n. 88 del 9. dicembre 1819, pag. 314.

plicazione di molti vescicanti, l'uso dei derivativi, e di un collirio astringente guarirono, senza dubbio, la malattia presso a poco nello spazio di tre settimane, perchè, come lo dice questo chirurgo, i soccorsi furono amministrati in tempo. L'autore riguarda la malattia come prodotta dalla rottura della membrana interna dell' umor acqueo, accompagnata dalla propulsione delle lamine esterne della cornea, rottura che è determinata dalla contrazione simultanea e violenta di alcuni muscoli antagonisti dell' occhio.

ERNIA DELLA CORNEA.

Hernia cornae, keratocele.

Quando un' ulcera della cornea ha penetrato fino alla lamina la più interna di questa membrana, accade talvolta che quando persiste ancora, oppur anco quando è cicatrizzata, l'ultima lamina superstite si trova spinta in avanti dalla pressione dell' umor acqueo, sotto forma di una piccola vescichetta bigiccia, semitrasparente, che è una vera ernia della cornea o keratocele. Le piaghe della detta membrana come pure alcune ulcere penetranti (quando cioè la lamina la più recondita od anco la più esterna della cornea si riproduce più sollecitamente delle altre, ed é rispinta in fuori), ponno dar luogo a dei keratoceli.

Il prognostico della malattia è variabile. Se l' ernia è poco voluminosa, e che non siasi per anco aperta, bisogna aspettarsi che ne resulti una cicatrice più o meno estesa; nonostante il prognostico è favorevolissimo, e la vista non soffre ostacoli dopo la guarigione, se l' ernia è lontana dall' asse visuale; ma se il keratocele è situato davanti alla pupilla, e il suo diametro è uguale a quello dell'apertura, ne consegue presso che costantemente la perdita della vista, od almeno un ostacolo più o meno considerabile, poichè la cicatrice consecutiva a queste ulcerazioni è sempre incurabile.

Le ottalmie dei neonati presentano talvolta delle

eccezioni all' esposta regola, quando cioè si può giungere a diminuire poco a poco l' opacità prodotta dalle cicatrici, coll' uso non interrotto e con instancabile perseveranza nei mezzi adattati, e particolarmente facendo uso delle pomate preparate col precipitato rosso (deutossido di mercurio). Su tal proposito io ho fatte molte esperienze curiose.

Nei casi ove l' ulcerazione della cornea non separa pus, ma piuttosto un fluido linfatico limpido, il punto occupato dall' ernia è sempre facile a distinguersi dopo la guarigione della soluzione di continuità; desso non è opaco, ma semplicemente circondato da una specie di nebbia circolare, che in alcuni casi si giunge a fare scomparire.

Allorchè l' ernia è considerabile, e particolarmente quando si è aperta, l' iride pressochè sempre è impegnata nell' apertura, da cui resulta la deformità della pupilla, e conseguentemente una diminuzione considerabile della vista.

La cura di cotest'affezione consiste nell' uso delle sostanze astringenti, tali che una forte dissoluzione di pietra divina; si applica contemporaneamente sulla prominenza formata dall' ernia, del laudano liquido, solo, od associato al balsamo di vita di Offmanno. Si sono ugualmente ottenuti dei buoni effetti dall' applicazione del nitrato d' argento. Quest' ultimo mezzo è pur anco conveniente allorchè l' iride s' è introdotta nel sacco erniario, ma in tal caso lungi dal prevenire la formazione della *sinechia anteriore*, la favorisce anzi di più. (1)

Qualche volta il cloruro d' antimonio puro o unito all' acido idroclorico è utilissimo. Di questo se ne applica una piccolissima quantità (per mezzo di un pennello), sull' estremità della cornea facente ernia, lavandola immediatamente dopo con latte caldo. Quando possiamo lusingarci di guarire l' ulcera della cornea con alcuno degl' indicati mezzi, prima

(1) Se il prolasso dell'iride è assolutamente recente, si può tentare di ridurre questa membrana coi processi da noi indicati parlando delle piaghe della cornea.

che la rottura della sua lamina interna abbia luogo, non si devono mai impiegare dei collirj astringenti; imperocchè, a malgrado che si riesca sovente a impedire quest' accidente, ciononostante essi apportano sempre una cicatrice bianca, che impedisce più o meno la visione. Si può dire altrettanto di tutte le escoriazioni estese, alle quali la cornea va talvolta soggetta, e che quando esse sono trascurate, possono ancora cagionare delle ernie di questa membrana, che prendono in tal caso molta maggior estensione.

I mezzi da noi indicati quando sono riuniti alle derivazioni energiche fatte sulla pelle, ugualmente che sul canale digerente, sono d'assai più preferibili all' uso delle esterne preparazioni di piombo.

MALATTIE DEL CRISTALLINO.

INFIAMMAZIONE DEL CRISTALLINO, E DELLA SUA CAPSULA.

Lentitis, Capsulitis.

I resultati dell' osservazione c'insegnano che la lentite semplice, quella in special modo che è dovuta a delle cause esterne, è costantemente accompagnata dall' infiammazione di altre parti vicine della lente cristallina. L' iride è per conseguenza sempre infiammata, e la pupilla più o meno sensibilmente stirata o ristretta.

Quando quest' infiammazione non è genuina, circostanza che è la più comune, si presenta lentamente; fa per lo più un corso cronico, e comparisce talora senz' essere accompagnata dall' infiammazione dell' iride. Si annunzia comunemente con leggiera fotofobìa, e con sensazione analoga e quella di una debole nebbia che fosse davanti agli occhi.

Se si procura la dilatazione della pupilla, per mezzo dell' estratto di belladonna, si osservano un gran numero di vasi ingorgati di sangue, i più voluminosi de' quali sono visibili ad occhio nudo. Per mezzo di una lente che ingrandisca gli oggetti il sestuplo del loro volume, si osserva nella capsula anteriore del

cristallino, ed al centro della pupilla, una specie di corona di vasi delicati, i quali se si esaminano più da vicino, sembra essere formata da più arcate vascolari, verso le quali si dirigono, diffondendo una gran quantità di vasi provenienti dalla periferia della parete anteriore della capsula o dell' uvea, in modo tale ch' essi non nascono immediatamente dal bordo pupillare, ma piuttosto ad una piccola distanza del medesimo. Il cristallino, che nello stato normale non riceve punti vasi sanguigni molte volte offre pur esso una simile corona vascolare, alla quale terminano talvolta ancora altri vasi della parte posteriore. Fra questi vasi della capsula ed il cristallino, esiste come nella keratite un' effusione di linfa coagulata, la quale serve per aggiungere pure altri ostacoli, che si oppongono alla visione. I vasi sanguigni che si scuoprono nel corpo medesimo del cristallino, sembrano penetrare fino a lui in conseguenza dell' esuberanza di sostanza delle estremità di quelli della capsula. Il medesimo fenomeno s' osserva ancora nelle infiammazioni d' altre parti del corpo. Così tutte le infiammazioni del cristallino sembrano avere la loro origine nella capsula, prima di propagarsi fino a lui. Del resto, i dolori sono poco intensi, e si fanno sentire al fondo dell' orbita, e nella regione sopra orbitale, piuttosto che nel centro del globo dell' occhio.

La pupilla è più o meno immobile, la sua forma è ovale, ed irregolare nella sua parte superiore ed interna. In qualche caso ove l' iride era sommamente infiammata, si è veduta più avanzata verso il centro. *Walther* (l. c., p. 55.) ha osservato che gli occhi cerulei o turchini erano meno spesso affetti da lentite di quelli di color cupo. L' infiammazione del cristallino, che deve essere accompagnata dall' intorbidamento della sua trasparenza, apporta talora la cateratta che è suscettibile di rimanere costantemente parziale e imperfetta, se la flemmasia è stata legittima; ma qualche volta quest' organo riacquista la sua trasparenza dopo la guarigione dell' infiammazione.

Sembra che l'infiammazione del cristallino possa andar soggetta alle medesime terminazioni delle flemmasie di altri organi. *Wenzel* (1) rapporta un caso degno di rimarco di suppurazione del cristallino. *Gunz*, *De la Faye*, *La Peyronie*, etc., hanno pur essi vedute e descritte delle cateratte purulenti. Da qual altra causa potevano esse procedere se non se da preceduta infiammazione ?

L' indurimento del cristallino, e l' effusione di linfa plastica, non sono punto rare, ed è perciò che ogni cateratta aderente dev' essere il prodotto di preceduta infiammazione, non tanto delle parti circonvicine, ma per lo meno ancora della capsula del cristallino. Allorchè questa è aderente al cristallino si deve supporre che abbia comunicata l'infiammazione a lui pure; siccome ogni terminazione della lantite, tranne la risoluzione, porta seco l' opacità del cristallino, conseguentemente la cateratta.

Io mi sono convinto, con numerose esperienze, che l' infiammazione della capsula ugualmente che del cristallino, descritte da *Walther* e da altri autori, suole essere il grado il più violento, al quale si è osservato questa flemmasia, che è d' altronde rara comparativamente alle altre. Si riscontra pure a un grado più leggiero, ciò che è più frequente ; ma procede allora nel seguente modo. Il malato esperimenta una sensazione di leggiera pressione nell'occhio, e di stiracchiamento al disopra del sopracciglio, che merita appena di essere apprezzato qual dolore ; gli occhi sono lagrimosi, la vista è abbagliata dalla comparsa di mosche volanti, e quando vi si fà attenzione, si osserva contemporaneamente la debolezza della vista nell' occhio affetto. Quest'ultimo fenomeno consiste nell' apparizione di una leggiera nebula, che sembra frapposta fra l' occhio e gli oggetti ; l' accennata nebbia comparisce assai più densa allorchè gli oggetti sono all' ombra e l'oc-

(1) Ueber den Zustand der Augenheilkunde in Frankreich, etc. Nurnberg, 1825, p. 83. (Sullo stato dell' ottalmologia in Francia, etc.).

chio esposto alla viva luce; è al contrario molto più lieve se il malato gira il dorso alla luce, e se l'oggetto che osserva è molto illuminato. A quest'epoca della malattia, il chirurgo, se è dotato di buona vista, vede una nebbia ineguale, sommamente debole, situata dietro la pupilla. Se tale infiammazione leggiera della capsula non giunge all' alto grado descritto, non si rimarca nè la pigrizia o immobilità particolare della pupilla, nè l' alterazione dei colori dell' iride, nè la fotofobia, nè la presenza di vasi sanguigni nella capsula o nel cristallino; l'unico segno objettivo è la nebbia dietro la pupilla, che non è sempre percettibile subito, se non se dalle persone fornite di vista penetrante; in seguito diventa grado grado più apparente, e si presenta per lo più irregolarmente screziato; la sua comparsa coincide esattamente colla manifestazione delle sensazioni che noi abbiamo detto essere risentite dal malato nell'occhio, e al di sopra del sopracciglio. Per mezzo della dissoluzione di estratto di belladonna si può ridare alla pupilla il suo diametro ordinario. Qualche volta essa diventa ancora un poco angolosa, ciò che depende dalle aderenze naturali che esistono fra l' uvea e la capsula, aderenze che in seguito dell' infiammazione diventano più forti e più solide. Nulladimeno, finchè l' infiammazione persiste a questo grado, la pupilla non dilatata conserva la sua mobilità, perchè le aderenze non s'estendono fino al bordo pupillare, ma restano limitate ad una certa distanza da esso.

Le cause di questo lieve grado di flemmasia sono particolarmente i raffreddori della fronte e dei piedi; accade pur anco talvolta, che le diatesi sotto l' influenza delle quali si trova l' economia, possono contribuire allo sviluppo della malattia.

Il prognostico è quasi sempre sfavorevole, imperciocchè è raro che il chirurgo sia chiamato in tempo per potere ottenere la pronta risoluzione. In conseguenza dell'esito ordinario dalla flemmasia, ne resulta la perturbazione permanente della capsula del cristallino, e se ha occupato una grandissima estensione, o se è stata generale, ne consegue l' oscura-

mento del cristallino medesimo. Qualche volta sopravviene la durezza della capsula e del cristallino; in tal caso queste due parti sono aderenti l' una all'altra. Altre volte si ponno fare fra di esse delle effusioni acquose, le quali a poco a poco rammolliscono la sostanza di questo corpo. Un gran numero di cateratte capsulo-lentiolori probabilissimamente non devono la loro consistenza molle, untuosa o acquosa se non a simili infiammazioni che le hanno precedute.

La cura della capsulite o violenta o leggiera, deve consistere nell' uso dei mezzi antiflogistici. Si ricorre, in esempio, secondo le circostanze, alle sottrazioni sanguigne generali o locali, si amministrano delle pozioni leggiermente lassative, il calomelano, etc; si prescrivono delle frizioni mercuriali fatte al disopra del sopracciglio, dei piediluvi, dei mezzi-bagni, e si stabiliscono delle forti derivazioni alla pelle.

Quando la manifestazione dei sintomi è stata immediatamente preceduta da raffreddori alla fronte, si aggiungono ai mezzi precedenti dei leggieri sudoriferi, e l' applicazione di sacchetti di erbe. Non bisogna mai perdere di vista le discrasie sotto l' influenza delle quali si vede aumentare l' infiammazione.

Io ho esposto il diagnostico della *lentite*, che è stato tanto dilucidato da *Walther* (l. c.) per farlo servire, in certo modo, d'introduzione alla *cateratta*, della quale ci occuperemo quanto prima; poichè io opino, con molti medici, che un grandissimo numero di cateratte sieno prodotte da infiammazione del cristallino e della capsula, e che questa flemmasia merita, prima di tutto, di esser presa in considerazione dalle persone dell'arte. Io penso ciononostante col critico che ha reso conto della monografia di *Benedict*, sulla cateratta (1), che non bisogna accordare tanta influenza alla lentite, e che non si deve troppo generalmente attribuire ad essa la formazione della malattia in discorso. Ciò non pertanto la cogni-

(1) Gazzetta medico-chirurgica di Salisburgo, 1816, vol. II., p 255.

zione dell' infiammazione del cristallino è assolutamente importantissima per la pratica.

La fotofobia che accompagna la formazione di molte cateratte, e ciò è fatto d' osservazione, particolarmente di quelle che non sono per anco completamente sviluppate, la tendenza all'infiammazione, dopo l' operazione, è infinitamente più grande (circostanza che era stata osservata da *Gleize*, e da altri pratici prima ancora che si avesse una idea distinta della lentite), indicando di già uno stato infiammatorio di queste parti.

Cateratta.

Cataracta; hypochyma, suffusio oculi.

Si chiama cateratta qualunque opacità del cristallino o della sua capsula, che si oppone più o meno alla penetrazione dei raggi luminosi fino alla retina.

La cateratta, nel suo principio, è talvolta equivocata coll' amaurosi incipiente. Per evitare tanto sbaglio è necessario di conoscere i fenomeni distintivi delle due affezioni.

I segni caratteristici che accompagnano comunemente la cateratta, quando si sviluppa con lentezza, sono i seguenti: gli oggetti si presentano al malato inviluppati da nebbia, gli sembrano sporchi, e come coperti di polvere. La diminuzione della vista è in rapporto coll'opacità che si osserva posteriormente alla pupilla. Tale opacità si rimarca per lo più subito nel centro, più di rado sul bordo pupillare; a epoca più avanzata si vede verso questi un cerchio nerastro, che è l' ombra rappresentata sul cristallino divenuto visibile (1). Se la cateratta incomincia dal centro del cristallino essa cuopre subito gli oggetti

(1) Non bisogna confondere coll'ombra dell'iride, il bordo pupillare bruno di questa membrana, che diventa più visibile in seguito dell' opacità biancastra del cristallino, il di cui fondo contrasta fortemente col colore di questo bordo.

posti esattamente di faccia all' occhio , ma i malati li possono vedere sui lati ; da ciò depende che essi li distinguono meglio a luce moderata, ossia nel così detto chiaro-oscuro , perchè la pupilla è allora dilatata , mentre che a viva luce è fortemente contratta. Ma allorchè il cristallino è completamente opaco e che la cateratta è perfetta , il malato vede un poco meglio a luce viva di quello che nel crepuscolo, cioè a dire quando la luce è debole, per la ragione che allora i raggi luminosi troppo poco intensi non possono arrivare alla retina , quando pur anco la pupilla è dilatata ; mentre che una luce viva penetra sempre attraverso il cristallino opaco fino al fondo dell' occhio.

Finchè l' opacità del cristallino è ancora poco considerabile , il miglior mezzo palliativo è quello consigliato da *Wathen* ([1]), che consiste nell' uso degli occhiali a lenti convesse , i quali ingrandendo gli oggetti, li rendono conseguentemente più visibili, in modo tale che col loro soccorso i malati ponno ancora leggere correntemente in libri nei quali distinguerebbero appena i caratteri a occhio nudo.

Nulla ostante sono miopi, e la specie di nebbia che vedono davanti agli occhi , è molto più folta quando guardano da lontano, di quello che quando considerano gli oggetti vicini a loro; circostanza della quale facilmente si rende conto. Perchè gli occhiali sieno dei migliori possibili , bisogna che le lenti sieno moltoconvesse (fra dodici e venti pollici di fuoco), ma esse devono di più essere disposte in modo tale che gli occhi sieno convenientemente difesi ; ciò che si ottiene facilmente , o guarnendo gli occhiali sui lati o con taffetà verde, o adattando alla loro incassatura una piccola visiera del medesimo drappo.

La fiamma delle candele comparisce al malato come circondata da nebbia biancastra , e , quando la cateratta è più inoltrata , non vede più la fiamma , ma soltanto l' areola della quale essa è circondata. L' iride è mobile nella cateratta incipiente.

(1] Dissertation on the theory and cure of the cataract.

I fenomeni caratteristici che annunziano lo sviluppo dell' amaurosi sono al contrario i seguenti. L' offuscamento è di troppo profondo nell'occhio perchè possa supporsi avere la sua sede nel cristallino; si mostra contemporaneamente più concavo che nella cateratta, allorchè si esamina con accuratezza. Il colore resultante dall' oscuramento si avvicina piuttosto al verdognolo od al rossastro che al grigio. Il malato è per lo più quasi affatto cieco,nel tempo che l' oscuramento apparente è quasi che nullo. La pupilla è dilatata, l'iride non è che poco o punto mobile, ed il suo bordo libero presenta un contorno più o meno angoloso; nel tempo stesso la cornea è scolorita, e, se l'amaurosi è di natura paralitica, l'occhio non si dirige più sugli oggetti. La diminuzione e l' aumento alternativo della facoltà di vedere non dipendono in questo caso dalla dilatazione o dal ristringimento della pupilla, ma bensì dalle influenze debilitanti o eccitanti che esercitano la loro azione su tutto l'organismo. Negl'individui affetti da amaurosi incipiente, la fiamma della candela sembra loro circondata dai colori dell' arco baleno; la visione non ritrae vantaggio alcuno dall' uso degli occhiali; gli oggetti non sono meglio visibili allorchè sono situati di faccia all' occhio di quello che quando sono di fianco. Nulladimeno spesso è facile distinguere un amaurosi al suo principio dalla cateratta incipiente; ma è altresì assai più difficile di riconoscere anticipatamente l' amaurosi che accompagna la cateratta, particolarmente se non si esamina con ogni accuratezza. È qui inutile insistere d'avantaggio sulle precauzioni da usarsi in quest' esame, per evitare l' errore e conservare la confidenza dei malati; imperciocchè la mancanza di successo non è giammai attribuita alla natura incurabile della malattia, gravita anzi sulla responsabilità del medico. Egli è incontrastabile che indipendentemente dalla *Cateratta glaucomatosa*, ve ne sono ancora molte altre che non si presentano che in seguito dell' amaurosi; in tal caso quest'ultima affezione precede costantemente le altre. Ma vi sono pur anco delle cateratte complicate d'a-

maurosi, che riconoscono le stesse cause, e si manifestano ancora nello stesso tempo con esse. Bisogna perciò, allorchè si suppone l' esistenza di quest' ultima, prendere in esame tutto con ogni possibile attenzione, e non bisogna mai trascurare, in simili casi, l' uso della belladonna o del giusquiamo all'esterno come un mezzo di esplorazione. Spesso la cateratta è non solamente voluminosa, ma è aderente alla faccia posteriore dell'iride, ciò che impedisce al malato di potere stabilire la distinzione fra il giorno e la notte. Queste aderenze non esistono sempre immediatamente fra l'uvea e la capsula cristallina; esse non si presentano costantemente accompagnate da tensione dell'iride, da ristringimento e da deformità angolosa della pupilla; hanno luogo al contrario, nella massima parte dei casi, in alcuni punti dell'uvea, lontani dal bordo pupillare, talchè il piccolo cerchio dell' iride può conservare tutta la sua mobilità. Sovente coteste aderenze altro non sono che una consolidazione ed un aumento dei rapporti vascolari, che esistono costantemente nello stato normale, fra il cerchio ciliare, etc, e la capsula cristallina. La belladonna può allora somministrare gl' indizi necessarj; essa permette di operare con successo, in alcuni casi, ove privi delle cognizioni ch'essa fornisce probabilmente non si oserebbe intraprendere nulla.

Varieta' e sotto-varieta' di cateratte.

La *Cateratta lenticolare* incomincia al centro del cristallino; offre un colore grigio-giallastro che diminuisce d' intensità ravvicinandosi al suo bordo. Nel medesimo tempo, l' ombra del bordo pupillare si presenta sotto la forma di un circolo nerastro, sotto il bordo della pupilla, mentre che cotesta conserva la sua facoltà di dilatazione e di contrazione ordinaria. Questa cateratta è comunemente a una distanza considerabile dall'uvea, e non offre mai delle nuvolette di un bianco-chiaro nel punto divenuto opaco, (Tav. II, fig. 4), Le cateratte lenticolari semplici si combinano per lo più nelle persone attem-

pate; desse sono per la massima parte, dure e poco voluminose; da ciò ne resulta che gl' individui che ne sono affetti possono, spesso, leggere ancora dei caratteri minuti, quando pur anco l' opacità del cristallino è di già, pel medico esperto, visibile ad una certa distanza. Ciononostante, in questi casi, il cristallino offre sempre un colore giallo-nerastro, sudicio, o di un grigio verde-nerastro, e non presenta giammai quello grigio-biancastro. Allorchè la cateratta si rende visibile, la facoltà di vedere non esiste più che ad un grado molto mite.

La cateratta cassulare o membranosa incomincia a sviluppare raramente verso il centro della pupilla, ma più spesso si vede verso il suo bordo, senza mostrare una disposizione costante. Ora si presenta sotto forma di punti o di strie lucenti, somiglianti al bianco di balena; altre volte essa offre l' aspetto di macchia. Cotesta cateratta è sempre di un colore chiarissimo, ma non è per altro mai di una tinta uniforme (1); è raro ch' essa esista sola lungo tempo, poichè non tarda guari a passare allo stato di cateratta capsulo-lenticolare.

In generale si vede raramente la capsula essere oscurata senza che il cristallino divenga quanto prima esso pure opaco. Tal circostanza non si presenta, come lo fa osservare *Walther* (2), se non che nei giovani, e giammai nei vecchi. Si può riconoscere che l' opacità è circoscritta alla capsula, quand' è parziale; io credo ch' essa sia allora non solamente limitata alla cassula, ma che sia in oltre costantemente il prodotto d' infiammazione di questa membrana. Probabilmente quasi tutte le specie di cateratte cassulari, e cassulo-lenticolari non sono che il resultato dello stesso processo infiammatorio; io

(1) Le parti bianche, lucenti come il bianco di balena, che si ravvicinano al centro (nella pupilla della figura 6. della Tavola II) si riconoscono facilmente appartenere alla cassula cristallina anteriore divenuta opaca.

(2) Abhandlungen aus dem Gebiete der practischen Medicin, etc. 1.B., S.22.1810. (Memorie di Medicina pratica, etc.)

sarei inclinato a non escludere se non che le cateratte lenticolari, nelle quali i progressi dell' opacità vanno aumentando lentamente, nè cominciano che nel cristallino, e tengono per molto tempo l' apparenza di cateratte lenticolari semplici.

Vi sono tre varietà di cateratte cassulari.

(*a*) La *cateratta cassulare anteriore*. Quando la metà anteriore della cassula soltanto è divenuta opaca, si osservano, in questa porzione della membrana che inviluppa il cristallino, delle strie e delle macchie di un grigio chiaro, bianche come la creta, o la madreperla; dessa aumenta di spessezza, occupa talvolta intieramente la camera posteriore dell' occhio, si oppone quindi ai movimenti dell' iride, e impedisce di vedere l' ombra della quale tenemmo proposito. La vista non è soltanto limitata, ma è di più realmente abolita; rimane solamente una sensazione prodotta dalla presenza della luce allorchè il malato trovasi in luogo illuminato, o quando è situato in un chiaro-oscuro. Si può puranco considerare qual varietà accessoria della cateratta cassulare anteriore, la *cateratta arborescente*, *cateratta coroidale di Richter* (Chir. vol. 3, p. 174).

Si dà questo nome a delle cateratte che presentano delle forme arborescenti di color bruno, che si osservano nella cassula cristallina anteriore, che è di già la sede di opacità bigiccia, o che conserva ancora la sua trasparenza. Non v' è un perfetto accordo sulla natura delle enumerate cateratte; alcuni medici antichi, *Pellier*, in esempio, riguardarono coteste ramificazioni brunastre come prolungamenti della membrana coroidea. Altri, fra i quali bisogna citare *Beer*, la considerano come l' impressione del *tapetum* dell' uvea sulla cassula cristallina. Alcuni altri finalmente pensano che altro non sieno se non che oscuramenti arborescenti, formati nella sostanza stessa della cassula, e si è dato anco il nome di *cateratta arborescente* ai vasi sanguigni della cassula infiammata.

(*b*) La *cateratta cassulare posteriore* consiste nell' opacità della metà posteriore solamente della cassula; si riconosce a un' opacità concava, ineguale

di colore grigio biancastro, che non è mai accompagnata da strie nè da macchie di un bianco analogo a quello della creta. In quest' affezione, la mobilità dell' iride sussiste ancora quando pur anco il cristallino è di già opacato, e che la visione ha subito una leggiera diminuzione. Questi stessi segni devono pur esser quelli della cateratta detta *ialoide*, nella quale l'opacità dev' essere sulla porzione della membrana dell'umor vitreo che riveste la concavità di questo corpo e riceve la faccia posteriore del cristallino. Ma l'esistenza della nominata specie di cateratte sembra fino ad ora problematica.

(*c*) La *cateratta cassulare perfetta* si ravvicina per i sintomi, alla cateratta cassulare anteriore, nella quale la camera posteriore dell'occhio è perfettamente scomparsa, a motivo della spessezza della cassula; la pupilla è quasi immobile, e l'iride presenta talora una convessità, perchè la cateratta la spinge in avanti.

Cateratta del Morgagni. È costituita dall'opacità dell' umore del Morgagni; dessa è per lo più prodotta dall' azione di qualche agente chimico, fortemente risentito dall' occhio, (tale che il contatto dei vapori degli acidi minerali concentrati, ec.); questa specie di cateratta è una delle più rare. Cotesta opacità è immediatamente susseguita dalla decomposizione completa del cristallino e convertita in un fluido lattescente, ed è qualche volta nel tempo stesso trasmutata in cateratta cassulare perfetta; è perciò che è raro di trovarla nello stato di semplicità (1). Dessa è del colore di un bianco di latte leggiero; tutta la pupilla sembra nebbiosa; ma la nebbia cangia tosto di forma, ogni volta che col dito si fanno delle fregagioni sul globo dell' occhio, o quando quest' organo esercita dei movimenti forti e rapidi; la camera posteriore dell' occhio è tutta o quasi intieramente affetta, e la vista ne resta più o meno limitata. (Tav. II, fig: 6.)

(1) Bisogna che in questi casi il cristallino divenga sollecitamente opaco, poichè è nutrito dall'umore del Morgagni.

La cateratta cassulo-lenticolare può essere divisa in varie specie:

(*a*) *La cateratta cassulo-lenticolare* accompagnata da vegetazioni poco considerabili della cassula anteriore, secondo che le vegetazioni presentano delle forme differenti, è chiamata *cataracta capsulo-lenticularis marmorea, fenestrata, stellata, centralis, punctata et dimidiata.* In tutte queste specie accessorie e nella massima parte delle altre varietà delle quali ci resta a parlare, il cristallino è degenerato nel suo centro in una materia gelatinosa o lattescente.

(*b*) *La cateratta cassulo-lenticolare cistica* si caratterizza per un colore bianco di neve, che è più o meno ravvicinato all' iride, secondo che il capo è inclinato in avanti o in dietro; nel primo caso essa tocca l' uvea, e sembra volere penetrare attraverso della pupilla. Talvolta codesta varietà della cateratta cassulo-lenticolare è tremante (*cataracta capsulo-lenticularis tremula*) oppure fluttuante (*cataracta capsulo-lenticularis natatilis.* La causa di questo fenomeno consiste nella grandissima diminuzione, oppuranco nella distruzione della cassula cristallina, e degli organi vicini.

(*c*) *La cateratta cassulo-lenticolare conica o piramidale* è costantemente il prodotto di una violenta infiammazione del globo dell' occhio, e si distingue dalle altre, particolarmente per una vegetazione conica, bianca, quasi lucente, la quale nata dal centro della cassula anteriore del cristallino, si avanza fuori della pupilla, ed in seguito della sua aderenza col bordo pupillare, rende l' iride affatto immobile, e la pupilla angolosa; nel tempo stesso la sensazione prodotta dalla luce è naturalmente debolissima o manca assolutamente.

(*d*) *La cateratta cassulo-lenticolare siliquosa secca* si riscontra principalmente nei fanciulli di tenerissima età che hanno spesso sofferti insulti convulsivi, attaccando soprattutto i muscoli del globo dell' occhio; movimenti convulsivi che hanno avuto per resultato la separazione in parte, della cassula dalle sue connessioni, da cui ne nasce un difetto di

nutrizione, e per conseguenza l'atrofia di questa membrana e del cristallino. Cotesta cateratta consiste perciò nella disseccazione del corpo del cristallino e della sua cassula, accompagnata dall'indurimento della cassula medesima. Si riconosce, nei fanciulli, al suo colore grigio-chiaro, biancastro, alla sua poca estensione, ed alla distanza considerabile che la separa dall' uvea; ai movimenti liberi dell' iride (ammeno che essa non aderisca a questa membrana su qualche punto), e finalmente dal non essere la vista mai affatto perduta. (Tav. II. fig. 7.) Si osservano gli stessi fenomeni negli adulti, ma allora il colore è costantemente di un bianco rilucente, presentando quà e là delle macchie sordide, tendenti al giallo; del rimanente, la lente sembra appianata, e la vista è per l' ordinario completamente abolita, all' eccezione della sensazione della luce che persiste ancora.

(*e*) Una quinta varietà, molto rara, della cateratta cassulo-lenticolare, è quella che è accompagnata da un ascesso (*cataracta capsulo-lenticularis cum bursa ichorem continente*). Si riconosce dal colore giallo citrino, che qualche volta tira al cupo, dall' estrema lentezza dei movimenti dell' iride, e dalla poca convessità di questa membrana; dalla mancanza della camera posteriore dell'occhio che è facile a riconoscersi; e finalmente, a questi segni si aggiungono ancora una percezione pochissimo distinta della luce, e l' aspetto evidentemente cachettico di tutto l' individuo. L' ascesso che, in questa cateratta si trova quasi sempre fra il cristallino e la cassula posteriore contiene talvolta una sanie fetidissima.

(*f*) *La cateratta cassulo-lenticolare* con *sbarra* o *zona*, si riconosce facilmente dai seguenti segni: si osserva, dietro la pupilla ristretta e angolosa, la cateratta cassulo-lenticolare anteriore distintissima, sulla quale è fissata, in una direzione più o meno perpendicolare ed orizzontale, una sbarra retta od una zona, di un bianco di creta e lucente, spesse volte assai densa, unita alle sue due estremità col bordo pupillare dell' uvea, e rendendo conseguentemente immobile l'iride. La percezione el-

la luce non è distinta, od è nulla, qualche volta pure il globo dell' occhio sembra atrofico.

La *consistenza* della cateratta esercita una grand' influenza non solamente sul prognostico, ma pur anco sulla scelta del metodo operativo; ed è perciò importantissimo stabilire una giusta divisione per l'operatore. La *cateratta dura* offre i seguenti caratteri: il suo colore è oscuro (1); essa è lontana dalla pupilla, la vista non è abolita, ma soltanto diminuita, ed il malato nel momento della dilatazione dell' apertura pupillare, distingue assai bene i grossi oggetti; i movimenti dell' iride sono nel tempo stesso vivissimi. Le cateratte dure si riscontrano per lo più negli attempati, e non attaccano che il cristallino. Bisogna classare fra le cateratte solide e tenaci un gran numero di cateratte cassulari, come le cateratte *cassulo-lenticolari*, *cistiche*, *coniche*, *siliquose*, *secche*, *a zona*, etc. Talvolta la cateratta è molle, cioè di una consistenza caseosa o gelatinosa, o in tutta la sua estensione, o soltanto alla superficie; questa specie è sempre di un bigio chiarissimo, di un bianco bigiccio, o di un color verde di mare, distribuito inegualmente; la visione è allora spesso totalmente abolita, la camera posteriore dell' occhio è piena, ed i movimenti dell' iride si eseguiscono con lentezza. Vi ha pure una cateratta realmente fluida, ma difficile a riconoscersi, a motivo dell' oscuramento della cassula cristallina, che ha quasi sempre luogo contemporaneamente. Se in cotesta cateratta, l' opacità non esiste se non che sù qualche

(1) Qualche volta il cristallino opaco è straordinariamente oscuro, così *Janin*, nelle sue *Osservazioni sull' occhio* (seconda edizione) descrive due cateratte lenticolari nere, le quali esaminate contro la luce, sembravano rosse; esse erano antiche, durissime, e voluminosissime, ed erano state osservate in soggetti molto attempati. *Wenzel* padre ha desso pure veduto delle cateratte assolutamente nere che si distinguevano appena dall' amaurosi; *Pellier* ed altri hanno fatta l'estrazione di cateratte rossastre. Io ne ho estratta una che presentò tutte le specie di riflessi metallici. Generalmente se ne sono vedute di tutti i colori.

punto della cassula, questa tocca l' uvea; se il malato inclina il capo in avanti, il cristallino spinge l' iride nella stessa direzione contro la cornea, e la percezione della luce è facile; allorchè il malato resta immobile per molto tempo, la cateratta presenta un deposito più denso, nella parte la più declive, ed uno strato superiore più tenue. Le cateratte, dette congenite, hanno spesso una consistenza molle, fluida, ed ancora lattescente. Vi sono pure delle cateratte che tengono il mezzo fra le fluide e le solide; egli è qui che bisogna classare quella detta del *Morgagni*, e la cateratta accompagnata d' un ascesso icoroso.

Un' altra divisione della cateratta, importante per la pratica, è quella che consiste nel distinguerla in cateratta *matura* e non *matura*. La *cateratta è matura* allorchè non fà più progressi, riempia o no l' apertura della pupilla, e la vista sia pure affatto abolita o soltanto diminuita.

La *cateratta immatura*, al contrario, è quella che è suscettibile di svilupparsi d'avantaggio (1).

In generale non si operano le cateratte che non sono per anco mature; l' operazione sarebbe allora per lo più pericolosa e contraria agl' interessi del medico stesso, imperciocchè quando l' opacità continua a fare dei progressi, la vista non è completamente abolita, e spesso il malato scorge ancora passabilmente gli oggetti nel crepuscolo, cioè quando la pupilla è dilatata; egli distingue pur anco, al lume

(1) Questa divisione sarebbe ancora più importante per la pratica, se si volesse, in un senso più restrittivo, dare il nome di *cateratta matura*, a quello stato del cristallino, in cui la cateratta è dovuta primitivamente ad una *lentite*, e quando non vi ha più la fotofobia. Riguardata così la cateratta non sarebbe matura per l' operazione, fintanto che sussistesse lo stato infiammatorio del cristallino, quando pur anco fosse questi intieramente opacato; imperciocchè chi oserebbe portare l'istrumento su questo corpo ancora infiammato, senza temere l' infiammazione consecutiva delle parti circonvicine, infiammazione che può divenire sì funesta all' organo della vista?

di una candela, i contorni degli oggetti grandi o piccoli, tali che le carte da giuoco ec., avendo la precauzione di difendere gli occhi, col mezzo di una visiera, contro lo splendore della fiamma della candela. Se in questi casi si volesse operare, il resultato sarebbe spiacevole pel malato non meno che per l' operatore a cui si attribuirebbe la perdita totale della vista, che era di già imperfettissima, qualora non si fosse fatto un prognostico condizionato.

L'ultima classificazione importantissima della malattia, è quella che consiste nel distinguerla in cateratta *semplice* o *topica*, ed in cateratta *complicata*. La prima specie si riscontra di rado; la seconda si divide ancora in cateratta complicata di altra affezione locale, in cateratta complicata da affezione generale, ed in cateratta complicata contemporaneamente da affezione locale e generale.

Si deve classare fra le cateratte complicate da affezione locale, quella che è aderente (*cataracta acreta*), il di cui diagnostico è facile, dietro quanto noi abbiamo detto. La cateratta può pure essere complicata localmente da ristringimento permanente della pupilla, senza sinechia posteriore, senza atrofia, e senza idrottalmia, senza macchie e cicatrici della cornea, senza terigi, e senza ottalmia di qualunque natura. Quando la cateratta è complicata di *glaucoma*, essa offre quasi sempre un colore verdastro, che è spesso simile al verde di mare; il suo volume è considerabilissimo, in modo tale che essa sporge fuori della pupilla verso la cornea; il colore dell' iride è alterato come in seguito d'iridite; la pupilla è dilatata, angolosa; l' occhio affetto da cecità è la sede di fenomeni luminosi; esso è più o meno varicoso e duro. (Tav. 11, fig. 8.) Queste specie di cateratte si sviluppano sempre sotto l' influenza di una cefalalgia cronica. Allorquando la malattia è complicata di *synchysis*, il diagnostico è difficile; è incerto allorchè la risoluzione del corpo vitreo non è per anco perfetta, poichè non si trova allora, indipendentemente dalla mollezza del globo dell'occhio che è sospetta, e dalla leggiera oscillazione dell'iride du-

rante i forti movimenti, niente che possa ajutare a stabilire un diagnostico certo. Ma se la *synchysis* è assolutamente formata, le vacillazioni dell' iride davanti in dietro e viceversa sono visibilissime, la cateratta è tremante, l'occhio sembra essere atrofizzato ed esso è in uno stato di mollezza rimarcabile, che si riconosce facilmente col tatto; la sclerotica è, come nei bambini, turchiniccia tutto attorno della cornea, e la percezione della luce è incerta. Se la cateratta è complicata d' *amaurosi* perfetta, il diagnostico è facile, imperocchè l' apertura della pupilla è allora straordinariamente dilatata, l' iride è immobile, ed il malato non può distinguere il giorno dalla notte. Ma sovente la diagnostica è sommamente difficile se l' amaurosi è leggiera; i segni commemorativi sono allora il miglior mezzo che possa sciogliere la difficoltà.

Etiologia. Nel numero delle principali cause delle cateratte, vi è la vecchiezza (si vedono pure a quest' età ossificarsi le cartilagini, e obliterarsi i vasi, da cui resulta una mancanza di nutrizione dei tessuti); l' azione di fissare gli occhi per lunghissimo tempo, ed in un modo continuo sù di un oggetto; un'impressione forte, pronta ed inusitata della luce sugli occhi dei neonati, per esempio; l'esposizione prolungata del capo e degli occhi ai raggi cuocenti del sole; il lavorare vicino ad un gran fuoco; l' azione locale degli acidi minerali concentrati, e degli eteri; l' uso immoderato delle bevande alcooliche; le lesioni dell' occhio e del cristallino; le discrasie miasmatiche e cachettiche ec. Le diatesi, come la sifilide, l'artritide, ec., ponno rendere opaco il cristallino senza distruggere nel tempo stesso la trasparenza del corpo vitreo o la funzione a cui è destinata la retina. Fintanto che questi stati patologici dell'occhio persistono, ogni tentativo di operazione sarebbe doppiamente pericoloso, imperciocchè le stesse infiammazioni semplici della cassula e del cristallino possono facilmente apportare la cateratta. Io sono convinto, con *Walther*, che un gran numero di cateratte sono dovute ad una flemmasia del cristallino e della sua cassula. Le infiam-

mazioni delle parti trasparenti dell' occhio finiscono quasi costantemente per un versamento di linfa accompagnato da opacità più o meno intensa. Tutte le flemmasie non terminano, è vero, in tal modo; ma ogni terminazione, meno che una pronta risoluzione, porta seco l' opacità di queste parti (1). La cateratta è sovente ereditaria o congenita; *Wardrop* e *Adams* ne hanno riportati dei casi; *Saunders* (l. c., p. 158) ne cita degli esempi molto rimarcabili. In quanto alla quistione di sapere come succeda che i figli di uomini affetti da questa malattia in età avanzata, vi vanno soggetti essi pure alla stessa età, si potrebbe spiegare nel modo seguente. L' esperienza insegna che i figli rassomigliano spessissimo ai genitori, non solamente sotto il rapporto del fisico esteriore, ma che questa somiglianza, quanto è possibile di osservarsi dall' uomo, s' estende spesso alle più piccole particolarità anatomiche, ugualmente che alle idiosincrasie. Si è veduto spesso, che l' arteria radiale, in esempio, era in una donna deviata dalla direzione normale, si riscontrò la medesima disposizione nella figlia. Si osserva in alcune donne una grand'avversione per certi animali, come per i gatti etc., si riscontrano nelle loro figlie le stesse avversioni, spinte al punto da vederle cadere in sincope trovandosi in presenza del medesimo animale. Così spessissimo l' organizzazione del figlio rassomiglia fino nelle minime parti a quella dei genitori. Perchè tal rassomiglianza non potrebbe estendersi ancora all' organizzazione del

(1) Sembrerebbe ancora che le parti trasparenti dell' occhio, allorchè sono divenute opache fossero costantemente obbligate di comportarsi a forma delle leggi della chimica inorganica; così il cristallino e la cornea, quando si oscurano, acquistano quasi costantemente un color bianco bigiccio, ciò che indica sempre uno stato di concrezione dell'albumina, che entra nella loro composizione; mentre al contrario il corpo vitreo, che dietro le mie ricerche chimiche, non contiene punta albumina (a malgrado che Nicolas pretenda avervela trovata, *Annali di chimica*, t. LIII, p. 312) diventa opaco, non vi si osserva quasi mai il colore bianco grigiastro, che caratterizza tanto bene l' albumina concreta.

cristallino e delle parti che lo circondano? I vasi nutritivi della cassula non potrebbero nel figlio essere tanto delicati e sì poco voluminosi che nel padre, ove una simile disposizione diventa la causa della loro precoce obliterazione, che porta seco la formazione della cateratta?

Se noi consideriamo con maggior attenzione ciò che abbiamo detto relativamente all' etiologia della cateratta, il modo col quale sviluppa questa malattia, ci sembra in qualche maniera dimostrata. Io credo che si possa in generale dividere tutte le specie di cateratte, sotto il rapporto della loro origine, in due grandi classi essenzialmente opposte. La prima comprende le cateratte che resultano da un vero deperimento del cristallino causato da graduata diminuzione, o da indebolimento dei suoi mezzi di nutrizione. Il numero di vasi che vanno dal corpo ciliare, e principalmente dal circolo ciliare alla cassula, diminuisce grado grado; essi si atrofizzano veramente gli uni dopo gli altri, e quantunque non ne abbisogni che una piccola quantità per mantenere ancora la cassula nel suo stato d' integrità e di trasparenza, il cristallino stesso che non trae i suoi mezzi di nutrizione che dalla cassula, non essendo più abbastanza nutrito pel suo intervento, perde poco a poco della diafanità, e termina in certo modo per essere colto dalla morte. L' opacità della cassula cristallina non sopraggiunge che gradatamente. Questa specie di cateratta si riscontra per lo più nei vecchi, ma può anco non risparmiare i giovani soggetti; e può finalmente essere ereditaria.

La seconda classe comprende le cateratte che sono determinate dall' infiammazione della cassula sola, o della cassula e del cristallino insieme. La cassula diventa sola opaca, quando l'infiammazione non è stata tanto considerabile da sopprimere la funzione che essa esercita sul cristallino. L' opacità della cassula è allora perfettamente parziale. Non si vede frequentemente che una piccola striscia bianca, grigiastra, con o senza oscuramento della periferìa, che può persistere dietro la terminazione dell' infiammazione della cassula.

Nei gradi violenti dell' infiammazione, ove l'opacità della cassula è più generale; il cristallino stesso termina esso pure per divenire gradatamente opaco, e spesse volte il reumatismo, l' artritide, le scrofole, la sifilide, ec., non sono punto straordinarie a quest' accidente.

Non è che per mezzo dell'infiammazione che noi possiamo renderci conto della formazione delle cateratte che sopravvengono sotto l' influenza di queste cause. È verosimile che le citate discrasie si manifestino con dei sintomi particolari che noi non conoschiamo ancora. Io sono di parere che la seconda classe di cateratte sia numerosissima. Sarebbe irrazionale di negarne la frequenza per la sola ragione che rimontando ai segni commemorativi, gl' indizi di un' infiammazione anteriore sembrano mancare spesso; imperocchè quante volte non riesce facile di concepire che una leggiera infiammazione circoscritta ad una sì piccola superficie possa passare inosservata; e molte volte ci è difficile di vedere l' infiammazione della cassula manifestarsi con dei sintomi molto evidenti. Non siamo noi costretti, in queste circostanze, di concludere del resultato dalla causa? Ma se questi non è considerabilissimo, c'impedirà perciò di riconoscere la causa medesima? La sensazione di una leggiera pressione nell'occhio, delle lagrime, la vista interrotta da delle mosche volanti sono spesso tutto l'apparato dei sintomi che accompagnano l' infiammazione della cassula cristallina; sintomi ai quali nè medico nè malato non vi hanno fin qui attaccata una grand'importanza, ma che ponno per altro bastare per scuoprire l'infiammazione in un organo che gode sì poca vitalità. È per la stessa ragione che la formazione del pus vi è sommamente rara, e non vi può essere determinata che dal più alto grado possibile d' infiammazione.

Prognostico della cateratta. Nello stato attuale delle nostre cognizioni la guarigione della cateratta coll'uso dei medicamenti esterni e interni, è raramente possibile; io credo nullameno che molte cose che ci sembrano impossibili in questa parte della medicina, nol saranno forse un giorno. Presentemente, il solo

mezzo sembra essere l' operazione , ed accade ancora ch' essa neppure è sempre efficace , a malgrado che sia eseguita nelle circostanze le più favorevoli.

Cionullaostante il successo è probabilissimo quando la cateratta non consiste che nella semplice affezione locale ; quando lo stato dell' occhio è tale che l' operazione può essere eseguita senza difficoltà ; allorchè il malato vi si sottopone tranquillamente e non commette niente dopo di essa che possa apporsi alla guarigione ; quando l' operatore non manca della necessaria destrezza, ed ha la mano sicura, la vista penetrante, ed il sangue freddo necessario; allorquando gl' istrumenti dei quali si serve non sono complicati, e sono adattati ; e finalmente quando tutto ciò che circonda il malato è di natura tale da apprestarle gli opportuni soccorsi dei quali abbisogna dopo l' operazione.

I soggetti miopi sono quelli, che in seguito dell' operazione intrapresa nelle circostanze da noi indicate , vi vedranno meglio , e senza aver ricorso agli occhiali; saranno questi al contrario necessarj ai presbiti , per riconoscere pur anco distintamente gli oggetti i più comuni , imperocchè in essi la presbitia viene ad essere accresciuta dall'estrazione del cristallino.

Il resultato dell'operazione è, in tutti i casi, più o meno dubbio quando la cateratta è complicata; allorchè l'occhio e le parti vicine non sono favorevolmente disposte per l'operazione ; nei casi ove il malato è timido , mal nutrito , e di un' intelligenza limitata ; allorquando l' operatore manca dei necessarj talenti, e tutto quanto circonda il malato è poco conveniente, o quando si scelgono cattivi istrumenti per eseguire l' operazione ; allorchè lo sviluppo della cateratta è accompagnato da cefalalgie ripetute o croniche , abbenchè da molto tempo non sieno ricomparse; quando il malato è inclinato alle disposizioni od affezioni catarrali, reumatiche ed erisipelatose, o quando offre quella disposizione designata da *Ad. Schmidt* , col nome di *pelle vulnerabile* ; quando il soggetto precedentemente è stato spesso attaccato da accessi

convulsivi od epiletici, o che si trova attualmente sotto l' influenza di una diatesi scrofolosa, sifilitica, artritica, etc. (1); quando l'occhio è stato soggetto, anco nella fresca età, a delle violenti ottalmie spesso recidivate, o quando il malato mostra una disposizione cachettica, e ch' egli non può distinguere i differenti gradi di luce ai quali il suo occhio si trova esposto.

Il resultato dell' operazione è incertissimo nelle persone isteriche, ipocondriache e agitate da passioni violenti; vi ha pur da temere se il malato potesse vedere gl' istrumenti al momento dell' operazione, e se la cateratta fosse venuta in conseguenza di ferite (2). Vale pure la stessa ragione per gl'individui che sono giunti alla pubertà, o quando un occhio è di già stato distrutto dalla suppurazione, o che ha subito un' operazione senza successo, quantunque eseguita convenientemente.

Gli esiti dell'operazione sono più o meno sfavorevoli in que' malati il viso de' quali è di un rosso cupo (*gotta rosacea*); questo genere di colorito lum-

(1) Le operazioni fatte sugli occhi di persone affette da ulceri antiche alle gambe non riescono per lo più. *Benedict* non è di quest' opinione; io stesso ho operato, con pieno successo molti individui che si trovavano in simile condizione; soltanto non si deve mai, prima dell' operazione, fare dei tentativi per guarire l' ulcere, ma bisogna lasciarla sussistere senza toccarla.

[2] Allorquando una cateratta si forma in conseguenza di violenze esterne, o quand' essa si manifesta immediatamente sotto l' influenza di tutt'altra causa, bisogna aspettare per procedere all' operazione, 1. perchè ordinariamente, poco dopo la manifestazione della cateratta il cristallino è la sede di un' infiammazione cronica, che non potrebbe che essere aggravata dall' operazione; 2. si è spesso osservato che l' opacità della cassula cristallina, quando si è sviluppata sì prontamente, scomparisce talvolta da se stessa e senz' operazione; 3. quando la cateratta è dovuta a delle violenze esteriori, le parti divenute opache sono di spesso talmente distaccate, e lontane dal circolo ciliare e dal corpo vitreo, ch' esse sono poco a poco spontaneamente riassorbite.

gi dall' essere dovuto all' abuso delle bevande spiritose, denota al contrario una cachessia interna; quando la persona affetta da cecità è convalescente di qualche grave malattia; allorchè la cateratta presenta per un'estensione considerabile delle aderenze coll' uvea, o quando esiste un' affezione infiammatoria delle palpebre, l'ettropio della palpebra inferiore (1), un resto di panno, la fotofobia, ec, (2).

É probabile che l' operazione non sarà coronata da resultato favorevole, allorquando la cateratta è complicata d' *amaurosi*, da *glaucoma*, da *atrofia*, da *idropisia*, e dallo *stato varicoso* del globo dell' occhio, o da un' ottalmia ancora vigente.

Non è in nessun conto indifferente di operare in una stagione piuttosto che in un' altra; non bisogna nullameno imitare alcuni pratici, ordinariamente di troppo meticulosi su tal rapporto. A malgrado che si può operare in ogni stagione, ciononostante è preferibile di farla dopo la metà della primavera, e nel primo periodo dell' estate. È a quest'epoca che si vedono in generale meno affezioni catarrali, reumatiche, artritiche, e infiammatorie; e sono queste precisamente quelle affezioni dominanti che sono di spesso funeste all' occhio operato, e che terminano per distruggere la vista per sempre al momento in cui essa appena è ristabilita. Bisogna ancora essere assai più cautelati, allorchè il malato, sottoposto all' operazione, mostra una disposizione particolare a queste affezioni.

(1) Per regola generale, non si deve operare se non se dopo di averc combattute queste disposizioni viziose, guarito l' ettropio ec.

(2) L' esistenza di un' ottalmia contrindica l' operazione; nullameno vi sono delle affezioni infiammatorie nelle quali le palpebre e la congiuntiva sono rossissime, i bordi palpebrali sono incollati fra di loro, e la malattia diventa abituale, e resiste allora a tutti i mezzi. In questi casi, molti medici, come *Guglielmo Hey*, hanno sovente praticato col più gran successo, delle operazioni di cateratta con un processo che non cagiona che poca irritazione all'occhio, quello cioè della depressione.

Quando la cateratta si è formata in un occhio, senza causa esterna, in generale, il cristallino dell'occhio opposto diventa opaco più presto o più tardi; io conosco nonostante dei soggetti i quali, dopo dieci anni e più, hanno un solo occhio caterattoso. Si è osservato che operando precocemente la cateratta in un occhio, si è impedito al cristallino dell'occhio opposto di divenire opaco, od almeno si è arrestato lo sviluppo di quest' alterazione, e qualche volta si è per fino fatta scomparire quando già era incominciata. *Giovanni Stevenson* (1) l' ha osservata, e prima di lui *Scarpa* l'aveva rimarcata pur esso. Io ho ugualmente veduto un tal fatto, ma farò osservare che non dev' essere ammesso in un modo troppo assoluto, e senza restrizioni.

Vi sono delle cateratte cassulari parziali, le quali persistono in questo stato per tutta la vita, talchè l' opacità della cassula non aumenta, nè si propaga al cristallino. Le dette opacità parziali sono prodotte in generale da infiammazioni della cassula. La cateratta che si designa coll'epiteto di *centrale*, conserva ugualmente sempre i suoi confini primitivi.

Del resto io devo aggiungere, perciò che concerne il prognostico, che i soggetti operati di cateratta non ricuperano giammai la vista in quello stato di perfezione che godevano prima della malattia. Ciò è importante a sapersi, poichè trascurando tale avviso il professore si espone al malcontento dei malati, quand'anco l'operazione abbia sortito il miglior resultato.

Cura della cateratta. Fino a questo momento si è veduta l'impossibilità di guarire, col soccorso dei medicamenti, la cateratta completamente formata. Si è nonostante preteso di avere risanate delle cateratte perfette coi soli mezzi interni; ma *Richter* opina che queste non erano forse se non se cateratte cassulari. Io sostengo adunque, con *Wenzel*, ec. che non esiste un solo esempio sicuro di guarigione perfetta di cateratta avanzata e complicata, ottenuta per mezzo dei medicamenti.

(1) *Edimburgh medical and surgical journal*, n. L, 27. *act.* 1823.

Si è creduto avere guarite delle cateratte incipienti, coi *mercuriali* , cogli *antimoniali* , colla *cicuta* , coll' *aconito* , coll' *arnica*, coi *millepiedi* , col *tartaro stibiato*, esibito come emetico, e a dosi refratte, colla *digitale*, colla *belladonna*, e colla *pulsatilla*. Ne' tempi a noi più vicini, *Graefe*, e *Benedict* hanno ottenuti dei vantaggi dall'uso della *pulsatilla* , in forma di estratto o di polvere. Si è pur anco usato il galvanismo, l'elettricità, come pure il magnetismo. I due primi agenti sono stati adoperati con qualche successo per combattere l'opacità della cassula; *Himly*, *Loder*, ec. ne hanno riferiti degli esempj. Io non ho trovato se non che delle cateratte della seconda specie che fossero talvolta suscettibili di guarire senza operazione, nelle seguenti circostanze; allorquando cioè l'infiammazione che cagiona dell' opacità , è ancora al suo principio; quando non essendo per anco intensissima, essa si limita a certe parti della cassula, e che il torbido che ne resulta non è che una specie di vapore, e il di cui aspetto non sia di un bianco perfetto. Io non posso decidere dietro la mia esperienza, se l' opacità sopraggiunta nella cassula del cristallino, in sequela dei sintomi indicati, come appartenenti alla cassulite , sia sempre suscettibile d' essere guarita molto tempo dopo la cessazione di questa flemmasia, ma io credo peraltro che questo sia il caso di provare i mezzi che sono stati preconizzati; soltanto non dovrà continuarsi di troppo l'uso dei drastici, per evitare il caso di cagionare una malattia più grave di quella che uno si propone di guarire. Un tal precetto è particolarmente applicabile all'uso del calomelano : Si può amministrare pel corso di quattro o cinque giorni, alla dose di uno a due grani mattina e sera; ma non se ne deve giammai protrarre di troppo il suo uso, imperciocchè , quand' anco non pregiudichi la salute del malato, potrebbe spesso accadere che cagionasse un *synchysis* incipiente.

Il medico-oculista osservatore , e che sia fornito di estesa pratica può facilmente convincersi che le leggiere e parziali opacità, che sono dovute ad uno stato infiammatorio della cassula, sono d' assai più frequenti di quello si sarebbe creduto fin qui : una congettura

naturale si presenta alla mente, cioè che sia possibile che un gran numero delle dette leggiere flogosi non sieno se non che un segno di discrasie, sotto l'influenza delle quali si trova l'economia, e i di cui effetti si manifestano accidentalmente sulla cassula del cristallino per lo più in seguito della soppressa traspirazione cutanea.

Io ho di già detto, parlando della *lentite*, come conviene condursi in simili casi; farò soltanto rimarcare che qualche volta ha giovato al bulbo oculare l'applicazione della dissoluzione di tartrato antimoniato di potassa nell' acqua di lauro ceraso, od il sublimato corrosivo disciolto nel medesimo veicolo, e puranco della pomata con precipitato rosso. *Benedict* ha veduto dissiparsi l' appannamento dell' occhio sotto l'influenza di un collirio composto di estratto di giusquiamo nero, e di qualche gocciola di laudano liquido del Sydenham.

Finalmente bisogna astenersi da qualunque tentativo di cura, allorquando la cateratta è dovuta all'età molto avanzata del malato. Comunque sia, l'operazione è costantemente l'unico ed il più sicuro mezzo per guarire questa malattia; ma bisogna guardarsi dal non inquietare il malato annunziandogliela molto tempo prima dell'epoca nella quale dev' essere eseguita. Quando vi è disposizione alle congestioni verso il capo, è necessario salassare; se esiste costipazione, bisogna occuparsi immediatamente di farla cessare. Qualche giorno prima dell' operazione il malato deve seguire un regime regolare, ed evitare scrupolosamente di esporsi all' influenza delle cause che potrebbero dar luogo a qualche affezione catarrale. Vi sono in oltre molte cose che l'operatore prudente deve ancora prendere in considerazione, e la di cui negligenza può talvolta far non riuscire l' operazione. Ma niente più vi è a temere allorchè vuolsi eseguire un'operazione sul globo dell'occhio, quanto le discrasie alle quali l' economia va soggetta.

Quantunque riesca raramente di distruggere queste discrasie completamente e stabilmente prima dell' operazione, è però cosa prudenziale stabilire una derivazione su di un punto lontano dalla testa. Il miglior mez-

zo per giungere a tale scopo, consiste nell' aprire un piccolo esuttorio alla nuca o ad ambo le braccia, e nel mantenerli in attività colla seguente pomata.

℞ Deutocloruro di mercurio. .	gr. x.	
Pomata di cantaridi. . . .	} ana	℥ij a ℥iij.
Unguento basilico.	}	

Egli è pur utile di mettere il malato, per qualche tempo prima dell' operazione, all' uso dei leggieri risolventi e lassativi; e giammai converrà operare in abitazioni umide. Allorchè si trascurano le precauzioni che abbiamo indicate, non è punto sorprendente di vedere sopraggiungere dopo le operazioni fatte felicemente, delle infiammazioni che resistono alla cura antiflogistica semplice, manifestando quasi una qualche particolare discrasia. Quanto alle preparazioni alle quali in altri tempi, si assoggettavano i malati senza avere riguardo alle differenti costituzioni, si credono oggi affatto inutili (1).

Vi sono parecchi processi per eseguire l'operazione della cateratta, che consistono nel semplice abbassamento del cristallino o nell' abbassamento e rovesciamento contemporaneo (*depressio reclinatio*) o nell'estrazione dall' occhio (*extractio*), o finalmente nello sminuzzarlo per mezzo di un ago introdotto attraverso la cornea (*keratonyxis*). Vi sono dei casi nei quali ciascuno dei tre metodi è più particolarmente indicato.

Ecco i precetti generali che si devono osservare in ogni operazione di cateratta; il malato dev' essere

(1) Val meglio usare dopo l' operazione i mezzi che in altri tempi si costumavano per opporsi ai progressi dell'infiammazione, che diventa allora sì pericolosa; ma il trattamento consecutivo dev' essere modellato sul processo operativo che è stato scelto, e sull' idisincrasia del malato. *Rowley* rapporta (l. c., p. 321.) l'esempio di uno sbaglio, che nulladimeno fu susseguito da buon successo. Per negligenza si lasciò quasi morire di fame un malato che era stato operato, senza che gli occhi neri sentissero il menomo accidente; anzi *Rowley* assicura non avere giammai veduto riuscire operazione più felicemente dell' accennata.

seduto sopra uno sgabello o seggiola senza spalliera, vicino ad una finestra, e nella posizione obliqua per rapporto alla direzione della luce, affine ch' essa percuota lateralmente ambo gli occhi, e che non sia ripercossa dalla cornea al punto da recar molestia nell' atto dell' operazione. Un assistente fissa la testa del malato contro il suo petto, in modo tale da poterla avvicinare sufficientemente all' operatore; a tale effetto egli deve collocarsi dietro al soggetto; se si opera l'occhio sinistro, mette la sua mano diritta sul mento, e si approssima così più o meno al chirurgo che siede sopra una seggiola più alta davanti al malato.

L' ajuto mette allora il palmo della sua mano sinistra sul lato sinistro della fronte del malato, in maniera tale che l' estremità delle dita indicatore e medio sieno un poco al di sotto del bordo della palpebra superiore; solleva in seguito quanto è possibile il bordo della palpebra coll' indice, e vi applica immediatamente il medio, per fissarla più solidamente; l'estremità delle dita devono essere assai lontane dal globo dell'occhio per non toccarlo, ed evitare in oltre di comprimerlo; nulladimeno devono essere talmente disposte, che il campo dell'occhio, che n'è la parte la più essenziale, venga a fregare leggiermente contro di esse, nel caso che cangiasse di posizione nell'approssimarsi dell'istrumento, e l'occhio medesimo sia per conseguenza immediatamente obbligato a riprendere la sua posizione. L'operatore per essere meglio a portata di veder bene l'interno dell'occhio di alto in basso, e non essere costretto di tenere le braccia ellevate, dev' essere situato davanti al malato in modo tale che il suo petto sia a livello della testa del paziente (1). Egli abbassa la palpebra inferiore coll' indice della sinistra mano, se opera l' occhio di quel lato, avendo riguardo che l'estremità del suo dito oltrepassi come quello dell'ajuto il livello del

(1) In generale l' operatore deve scegliere la posizione che gli è più comoda. Quand'io devo operare dei malati di alta statura, preferisco esser ritto; nei casi opposti trovo più comodo stare a sedere. Beninteso sù tal particolare che anco la statura dell' operatore obbliga spesso a delle modificazioni.

bordo palpebrale; applica nello stesso modo il dito medio sulla caruncola lagrimale, e colla mano destra prende l'istrumento, ch'egli tiene come una penna da scrivere, fra il pollice, l' indice ed il medio. Questo modo di fissare il globo dell' occhio durante l' operazione, senza il soccorso di alcun' istrumento, é preferibile a tutti gli altri. Del resto, per regola generale, la cateratta dell'occhio sinistro dev'essere operata colla mano destra e viciversa. *Beer* ed altri oculisti operano ambo gli occhi immediatamente uno dopo l' altro se le cateratte sono mature. Dando, in questo caso, la preferenza al metodo dell'estrazione, conviene incidere subito le due cornee, aprire in seguito successivamente le due cassule, e terminare finalmente coll'estrazione della cateratta dell' uno e dell'altro occhio. Se si opera sù di un occhio, mentre l'altro distingue ancora un poco gli oggetti, è utile applicare sù questo una benda. Tale precauzione è pur utile quand'anco ambo gli occhi sono affetti da perfetta cecità, poichè s'impediscono, con tal mezzo, i movimenti d'imitazione dell'altr' occhio, ciò che fornisce un buon mezzo ausiliario per accrescere l'immobilità di quello che dev'essere operato (*) gli operatori anco i più esperti non devono riguardare questa precauzione come inutile.

In tutti i tempi le opinioni sono state divise sul valore respettivo dei differenti processi operativi, talchè regna tuttora la più grand' incertezza sù tal particolare.

Lo spirito di partito, i pregiudizi, e l'ostinazione di alcuni chirurghi, hanno fatto dare senza restrizione la preferenza ad uno sopra ogni altro metodo; e questi sono quegli stessi soggetti che sempre hanno fatto rinascere delle discussioni, che senza delle quali potevano da lungo tempo avere avuto fine. Ve ne sono parecchi fra questi pure che hanno cangiata opinione più volte durante il loro pratico esercizio, a seconda dei maggiori o minori successi ch' essi contavano con uno od altro processo; ma essi non valutarono pun-

(*) Questa pratica è presso a poco generalmente seguita dai Chirurghi francesi, e italiani. *N. del T.*

to ciò che accade spesso , che una serie di casi più convenienti ad un metodo piuttosto che ad un altro, si presentarono accidentalmente nella loro pratica.

Io esporrò in poche parole , dietro la mia esperienza, e facendo astrazione da qualunque idea preconcepita , quali sono i vantaggi e gl' inconvenienti dei principali metodi per operare la cateratta. Spero potere emettere un giudizio tanto più imparziale , in quanto che spesso ho avuta occasione di eseguire quest' operazione con tutti i processi, mentre non dò la preferenza ad alcuno, senza restrizione. Io opino al contrario, relativamente a ciascun metodo , che le modificazioni di cui è suscettibile la malattia non permettino di dare ad uno di essi la preferenza sù tutti gli altri, e che in alcuni casi , uno non può essere esattamente sostituito all' altro.

Farò subito osservare che nei casi ove l'operazione mi sembrava essere indicata , m' ha costantemente offerto i resultati i più soddisfacenti , cioè il ristabilimento completo della vista , che , in generale , suole essere meno perfetto dietro l' operazione che consiste nel frangere la cateratta coll' ago introdotto attraverso la cornea , quando pur anco i più minuti frammenti ne sono perfettamente assorbiti. Il resultato il meno brillante si è quello che si ottiene nei malati sui quali si è praticata l'operazione deprimendo, e reclinando la cateratta a traverso la sclerotica. Ecco quanto l' esperienza mi ha insegnato relativamente a questi tre metodi.

I vantaggi che offre l' operazione fatta coll' ago a traverso la camera anteriore dell' occhio sono molto considerabili ; imperciocchè questo processo è il più facile di tutti , e può essere eseguito senza difficoltà nei fanciulli ugualmente che negli adulti anco indocili e poco fermi. Del resto se si procede con precauzione, la lesione non suol essere di gran rilievo; dessa è poi insignificante se la cateratta è molle, poltacea, semifluida, od affatto liquida ; egli è perciò che è sommamente raro di osservare , dopo l' operazione della keratonitide , un' ottalmia generale , oppure la suppurazione completa del globo dell' occhio. Il malato non

abbisogna di osservare un regime sì severo quanto dopo l'operazione per estrazione ; può ancora, se è permesso di esprimersi così, essere un poco indocile. Finalmente, l' operazione può essere ripetuta più volte se il primo tentativo non ha sortito un buon successo, o se non si è ottenuto se non un resultato incompleto. Gli inconvenienti che offre lo sminuzzamento della cateratta a traverso la cornea sono presso a poco i seguenti. La retina risente una scossa più o meno considerabile, se l'operazione viene eseguita con poca delicatezza ed il malato crede di scorgere dei raggi azzurri , simili a quelli che diffonde lo zolfo bruciando; questa sensazione persiste durante l'operazione, e si prolunga ancora talvolta qualche tempo dopo. La porzione anteriore del corpo vitreo è costantemente interessata e distrutta; noi non sappiamo ancora in modo positivo se ne resultano degl' inconvenienti ; ma ciò che vi è di rimarcabile, si è che nei casi nei quali io ho operata la cateratta col processo della keratonitide , la vista si è raramente sì bene ristabilita come in seguito dell'estrazione. L' iride soffre qualche volta un sì forte scuotimento, in particolar modo allorquando le cateratte sono solide , la quale rimane in alcuni casi come attaccata da paralisi parziale , e la vista , quantunque ristabilita, ne risente qualche incomodo, a malgrado che questa membrana non sia stata immediatamente interessata dall'ago nel tempo dell'operazione.

La cateratta e la sua capsula , per lo più non vengono d strutte, che con somma lentezza; esse ponno talvolta rimanere degli anni intieri nella camera posteriore dell' occhio , se non si ripete l' operazione dello sminuzzamento. Accade, in oltre, molto spesso l' infiammazione semiacuta, la quale non si limita sempre all' iride ed all'uvea, ma attacca ancora le parti vicine, particolarmente la capsula , ammeno che non sia stata isolata da tutte le sue connessioni organiche. Quandanche l' infiammazione compisce il suo corso sollecitamente, ne resultano ciononpertanto delle aderenze fra gli avanzi della cassula ed il bordo pupillare, ed imbarazzano più o meno la vista. I tentativi

che potrebbonsi fare per rimediare all'esposto inconveniente, riportandovi l' istrumento , riescono presso che sempre difficili, pericolosi per l'iride, e sono ben di rado coronati da felice successo , particolarmente allorquando il cristallino è stato completamente assorbito.

I vantaggi che presenta l'operazione che consiste nell' abbassare e rovesciare la cateratta per mezzo di un ago introdotto a traverso la sclerotica , consistono in ciò che l'operazione può essere tentata in tutte le specie di cateratte; e se ne hanno degli esempi di buon successo in tutti i casi. Le infiammazioni che ne possono essere la conseguenza, non sogliono essere ordinariamente sì violenti quanto in seguito dell'operazione per estrazione. Non riuscendo la prima volta , può ripetersi la seconda e la terza, ed è più facile ad eseguirsi dell' estrazione.

Ma in tutti i casi la retina risente una scossa diretta o indiretta, scossa che è la causa che produce i colori celesti che ai malati sembra di vedere nel tempo dell'operazione , ed anco dopo di essa. Se la retina prova una più forte compressione , ne resulta l' amaurosi. Durante l' operazione , che consiste nel reclinare la cateratta , la parte anteriore del corpo vitreo è lacerata. La perforazione della sclerotica e delle parti sottoposte , è più facilmente susseguita da infiammazione, che apporta la perdita della vista, di quello che la perforazione o l'incisione della cornea. Nel corso di quest'operazione il chirurgo può, senza avvedersi dello sbaglio , interessare i nervi ciliari , e cagionare in tal modo dei violenti dolori all' occhio ed al capo , delle nausee, dei vomiti , delle palpitazioni , e delle convulsioni pur anco, di cui il resultato sarà probabilmente di rendere l' operazione meno soddisfacente, e d' impedire altresì il ristabilimento della vista.

È difficile che l' occhio possa secondare tutti i movimenti dell' istrumento ne' diversi tempi dell'operazione. Dopo che la cateratta è stata abbassata o reclinata, può risalire completamente od in parte, e conseguentemente può impedire affatto , od opporsi fino ad un certo punto che i raggi luminosi penetrino fino alla retina ; nel tempo dell' operazione stessa , è

facilissimo ferire direttamente questa membrana. Se, dietro tutti gli accennati inconvenienti che sono possibili, la vista non é ancora affatto perduta, essa può ciononostante rimanere per lo meno molto debole, e ne succede allora facilmente la flemmasia delle parti interne di già affette, flemmasia che si rende tanto più difficile a guarirsi quanto più essa percorre i suoi stadi con lentezza, lasciando dietro di se dei disordini incurabili nell' interno del globo dell' occhio.

Eccovi ora quali sono i vantaggi dell' operazione della cateratta per estrazione. La cateratta è allontanata non solo dall' asse visuale, ma è anzi estratta intieramente dall' occhio; è dunque veramente un' operazione radicale. L' infiammazione semiacuta dell' iride, ugualmente che delle altre parti interne, che si oppone sì di spesso ai felici successi delle operazioni eseguite con altri metodi, è rara in quella per estrazione; e le flemmasie più acute che potrebbero cagionare l' aderenza completa della pupilla, e che sopraggiunge generalmente cinque o sei giorni dopo l' operazione, cedono al metodo antiflogistico energico se non sono mantenute dal prolasso dell' iride etc.

Se l' operatore è abile, se procede con precauzione, e che il malato sia docile nel tempo dell' operazione, il corpo vitreo non va soggetto ad alcuna lesione, e conserva la sua integrità. La retina e le altre parti interne che entrano nella composizione dell' occhio non ponno più andare soggette a lesione alcuna; è probabilmente dovuta a questa circostanza la mancanza dell' infiammazione subacuta di queste parti, in seguito dell' operazione per estrazione.

In generale, gli organi i più importanti ed i più necessari alla visione restano più facilmente illesi che in conseguenza di ogni altro processo. L'umore acqueo è completamente evacuato, nè s'accumula più nel globo dell' occhio finchè l' apertura fatta alla cornea non è cicatrizzata, ciò che si oppone certamente allo sviluppo dell' infiammazione. Nelle operazioni eseguite coll' ago, accade spesso, che dopo qualche ora, l'umore acqueo riempie di nuovo il globo dell' occhio,

in modo tale che dopo l' obliterazione della puntura l' irritazione prodotta dall' operazione venendo ad aumentare la secrezione di questo fluido, ne resulta un *trop-plein*, il di cui effetto è di alimentare l' infiammazione per la pressione che vi esercita. Il buon successo dell' operazione per estrazione depende, più che in ogni altra, dall' abilità del chirurgo. Le obbiezioni principali che sono state fatte a questo metodo sono la lesione più considerabile dell' occhio, lesione che effettivamente presenta una più grande estensione che con ogni altro processo operativo; il contatto della luce sulla retina che ha luogo sopra una maggiore superficie, può essere nocevole se particolarmente la cateratta estratta era voluminosa, se era del genere delle capsulo-lenticolari, e se il malato era da molto tempo privo della vista; finalmente la penetrazione dell' aria nell' interno del globo dell' occhio, se il lembo della cornea è sollevato senza precauzione. La pupilla, nell' atto dell' estrazione, è più o meno distesa, ed il suo bordo inferiore è compresso; questa circostanza non sembra avere delle conseguenze cattive se non quando l' apertura fatta alla cornea è troppo piccola, poichè la parte inferiore del bordo pupillare è pigiata contro i bordi della piaga della cornea medesima, e compressa dalla cateratta nell' atto della sua sortita. Il corpo vitreo può sortire fuori dell'occhio se il malato non è docile, o se si opera senza le debite precauzioni. Dopo l' operazione si richiedono delle cure più minuziose, il regime più severo, ed il riposo il più assoluto dalla parte del malato, di quello che non sia necessario usando altri metodi. Se l' estrazione è stata mal fatta od in caso inopportuno, se l' operato è stato trascurato, o se è stato indocile, nelle circostanze le più disgraziate ponno sopraggiungere delle violenti flemmasie da attaccare più o meno completamente il globo dell' occhio, ed avere talvolta per terminazione lo scioglimento in suppurazione dell' organo medesimo. Allorchè l' estrazione è stata effettuata non può essere ripetuta, ed è il processo operatorio il più difficile. Il successo della estrazione eseguita con abilità depende

moltissimo dalle cure che si usano dopo l' operazione, assai più che in seguito di altri metodi.

Tali sono presso a poco i dati principali dietro i quali si può giudicare il valore respettivo dei differenti modi di operare la cateratta. Se si confrontano fra di loro, bisogna confessare di esser ben fortunati allorchè si incontrano delle cateratte che permettino di preferire l'estrazione. Se con questo processo l'operazione è eseguita abilmente , e che il paziente sia docile, e curato convenientemente , si riduce ad una leggiera lesione, e lo stato inflammatorio che insorge necessariamente passa spesso quasi inosservato. È questi il processo che per conseguenza dev' essere preferito in generale, quantunque non sia costantemente il migliore, od il più conveniente in alcuni casi particolari. In simili circostanze come in tutte le branche della medicina pratica, l' esame attento di ciascun caso particolare deve sempre precedere la scelta del metodo operativo, se si desidera guarire le cateratte col maggior successo possibile. In tutti i casi ove l' estrazione è indicata, essa può godere della preminenza sù tutti gli altri processi. Se un tal precetto non è costantemente seguito dai chirurghi, ciò che depende sovente in quelli pur anco che sono i più illuminati, deriva dall'essere dotati di uno spirito particolare, e dominati da una qualche abitudine presa; spesse volte pure è relativo alla timidezza, o per essere mancanti di confidenza nelle proprie forze , o per essere forniti di poca sicurezza nella mano , o pel timore che si ha della perdita totale del globo dell' occhio etc. È certamente per le esposte ragioni, e per altre simili, che i giovani chirurghi scelgono di preferenza il metodo il più facile. Io posso di più aggiungere in favore dell' operazione per estrazione, che altrettante volte che l' ho praticata io stesso, e questo mi è spessissimo successo, (l' ho fatta nove volte nello spazio di tre mesi) non è giammai sopraggiunta infiammazione tale da compromettere la perdita della vista. Gli accidenti i più dispiacenti ch' io abbia osservati in sequela dell' estrazione sono stati in tre casi ; l' adesione dell' iride al bordo interno della ferita della

cornea, e l' aderenza parziale del bordo della pupilla con quest' ultima, ciò che apportò la deformità nell'apertura pupillare, e non impedì ciò nonpertanto ai soggetti di leggere e scrivere facilmente coll' aiuto degli occhiali. In quattro malati, si fece un leggiero prolasso del corpo vitreo, l' operazione fu ugualmente susseguita dell' aderenza della pupilla col bordo interno della cornea, ma non sembra però abbia molto influenzato sulla vista che si è perfettamente ristabilita. Tali eventi devono essere attribuiti all' operatore, od alla poca tranquillità e fermezza dei malati; presso che in tutti i casi citati, alcuno di essi non risentì il più piccolo dolore; in tutti la vista si ristabilì ; non vi ha un solo operato che non sia in grado di leggere e scrivere coll' aiuto degli occhiali. Disgraziatamente io non posso vantarmi di uguali resultati nelle operazioni da me eseguite coll' ago. Una cosa essenziale da osservarsi acciocchè l' estrazione sia seguita da buon successo, si è di evitare, immediatamente dopo l' operazione , ogni superfluo tentativo , quale sarebbe di procurare la sortita delle particelle della cateratta che ponno essere distaccate dalla superficie gelatinosa del cristallino nel momento dell' estrazione; si può esser certi che i fiocchi natanti poltacei , saranno assorbiti in poco tempo, nei soggetti pur anco avanzati in età. È dunque inutile di avventurare la vista del malato servendosi del cucchiaio tanto preconizzato di *Daviel*. È senza dubbio molto apprezzabile il vedere una mano sì abile di un chirurgo quale è quella di *Beer*, servirsi di quest' istrumento; ma malgrado la conosciuta destrezza del celebre operatore, il processo era però assai di spesso susseguito dalle infiammazioni le più ardite.

Ecco quanto io aveva a dire dell' operazione della cateratta in generale.

Ma prima di occuparmi dei diversi metodi particolari, mi sia permesso di fare, per i principianti, una breve esposizione istorica di questi processi.

Kepler dimostrò nel **1605** , che il cristallino non è se non che un organo mediato della vista, che non ritiene in se i raggi luminosi , ma li trasmette alla retina, vera sede della facoltà visiva.

Francesco Quarre e *Remi* diffusero le idee di *Kepler*; *Remi* sostenne la tesi relativa alla quistione se si può guarire la cateratta trapassando il cristallino per mezzo di un ago introdotto nell' occhio. Qualche anno dopo, *Pietro Borelli*, *Teofilo Bonnetto*, *Blegny*, *Luca Tozzi*, *Geoffroi*, *Samuele Polisio*, e *Bernardo Albino* comunicarono le loro osservazioni tendenti a stabilire che la cateratta consiste quasi sempre in un' alterazione di colore, e nell' opacità del cristallino. Nel **1664**, la stessa opinione fu sostenuta da *Rolfinx*, nella sua disertazione: *De cataracta*, ed ugualmente nel **1669** da *Schelhemmer*, nella sua disertazione: *De suffusione*. Essa fu confermata nel **1707**, **1708**, e **1709**, da *Maitre-Jan*, da *Méry* e da *Eistero*. Poco tempo dopo, *De la Peyronie* e *Morando* fecero vedere all' Accademia di chirurgia di Parigi delle cateratte che consistevano nell' oscuramento delle parti anteriore e posteriore della capsula del cristallino.

Il primo metodo operatorio che fu adottato fu *l' abbassamento*, che già era conosciuto da *Galeno*. Furono adoprati per tale oggetto degli aghi di forme variate. Gli uni erano cilindrici, altri terminati a punta di lancia a due taglienti. I prescelti furono quest' ultimi. S' introduceva l' ago ad una linea e mezzo dal bordo della cornea lucida, si faceva scorrere orizzontalmente fino al mezzo del cristallino; arrivato là, si abbassava il manico dell' istrumento per elevare la punta, nel tempo stesso la si voltava in maniera che l' ago si trovasse sopra questo corpo, avente una delle sue facce girata in alto, e l' altra in basso; indi si deprimeva adagio adagio verso la parte inferiore del globo dell' occhio.

Nel **1707**, *Ferrein* propose di aprire la capsula verso il suo bordo inferiore con uno dei lati taglienti dell' ago, ed in seguito di abbassare il cristallino. Si battesse una strada, o l' altra, non si otteneva il resultato che si desiderava. Gli accidenti che si osservavano dopo l' abbassamento erano dei violenti dolori, dei vomiti, delle infiammazioni, delle suppurazioni, degli offuscamenti della capsula, e la febbre.

Nel **1716**. *Hovius* si dichiarò il primo contro *l' abbassamento*: *Rau* lo riguardò come una fra le operazioni chirurgiche la più incerta, e non volle giammai più intraprenderla. Eistero fece la medesima dichiarazione. Di tutti i malati che erano stati operati nel corso degli anni **1750**, **1751**, e **1752** ve ne fu uno appena in cento che ricuperasse la vista. Quasi tutti i chirurghi rinunziarono a quest' operazione, e non fu messa in pratica che da oculisti ambulanti.

L' idea dell' *estrazione della cateratta* sembrò essere stata suggerita dalla casualità. Una porzione di cristallino che s' era introdotto nella camera anteriore dell'occhio vi fu estratto con successo. *Petit*, *Daviel*, *Saint-Yves* (') non sembrarono essere stati i primi ad adottare quest' operazione; non solo essi non ebbero la priorità dell' invenzione, ma altri l' avevano eseguita prima di loro. *Albucasis* aveva di già proposto di spingere nell' occhio un ago incavato, e di servirsene per estrarre la membrana fluttuante, ch' egli riguardava come costituente la cateratta. Fino ai tempi di *Avicenna*, dei chirurghi aprirono il globo dell' occhio nella sua parte inferiore per procurare l' egresso alla cateratta. *Petit* aveva fatta un' apertura alla cornea, introducendo una lancetta sulla scannellatura di un ago nella camera anteriore dell'occhio, al disotto della pupilla; egli si serviva di un piccolo cucchiajo per rimuovere la cateratta che riconosceva appartenere al cristallino (da ciò fu molto sorpreso, poichè non si aspettava di estrarre se non che una membrana). *Daviel* nel **1755**, immaginò degli strumenti particolari per fare l' estrazione. Egli apriva la cornea nella sua parte media e inferiore per mezzo di un ago largo, a foggia di lancia; per ingrandire l' apertura si serviva di un ago a due taglienti, più lungo, ma più stretto e ottuso alla sua estremità; faceva in seguito l' estrazione della cateratta con un cucchiajo. Questi due ultimi istrumenti essendo stati

(1) Di già era stata fatta l' estrazione della cateratta nel 1707. Ved. l' istoria dell'Accademia reale delle scienze, 1707.

trovati utili sono stati messi in pratica fino a noi. *Daviel* asserisce che sopra due cento sei persone che egli ha operate, riuscì a rendere la vista a cento ottantadue. *Coquè, de Reims*, racconta che in trentaquattro malati operati da *Daviel* in questa città, diecisette ricuperarono completamente la vista; egli aggiunge in oltre che in otto di essi l' operazione riuscì passabilmente bene, e che nove restarono ciechi. *G. De la Faye* si serviva di un coltello per fare la sezione della cornea, che incominciava verso l' angolo esterno dell' occhio; la lama di quest' istrumento ha da venti a vent' una linea di lunghezza, la sua estremità terminava in una punta a due taglienti, lunga due linee, era guernita, in oltre, di un uncinetto ottuso, e distaccava la cateratta col suo *Kistotomo*. Di già nel 1752, *Palucci* aveva proposto, nel suo trattato sull' abbassamento, un bistorì, la di cui lama incominciava ad essere tagliente a qualche distanza dalla sua punta, si allargava insensibilmente, avvicinandosi al manico. Nella medesima epoca, *Sharp* inventò un coltello convesso sul dorso, concavo sul tagliente. Nel 1755 egli fece di pubblica ragione i resultati poco favorevoli che aveva ottenuti col suo processo. *Berenger* adottò allora un bistorì ch' era d' assai preferibile ai precedenti, in quanto che era organizzato in modo da potere incidere la cornea spingendolo, senza la necessità di tirarlo in basso; si serviva di un elevatore per mantenere la palpebra in alto; sollevava in seguito il lembo della cornea con una piccola pinzetta, ed apriva la capsula del cristallino col piccolo ago di *Daviel*, che presenta la forma di una lancetta. L' uso di quest' ultimo istrumento non fu adottato dagli altri. *Pamaart* colla veduta di fissare il globo dell' occhio, inventò una specie di pica, la di cui forma fu alquanto modificata dopo di lui da *Casamata* alla quale diede la forma di un S. *Rumpelt* fissò in seguito quest' istrumento sù un dado o specie di anello da cucire. *Wenzel*, rigettando lo *speculum oculi*, gli elevatori, dardi etc. fece tenere in alto la palpebra superiore da un assistente, mentre

che egli abbassava l' inferiore (1). Il suo coltello è costruito dietro gli stessi principj di quello di *Berenger*, solamente la punta ne è più lunga, e non è convessa in avanti. *Barth* operava senza ajuto, ciò che è facile allorchè gli occhi sono prominenti. *Wenzel* perfezionò e semplicizzò il processo dell' estrazione. *Guérin*, di Bordò, lo complicò, al contrario, coll' invenzione del suo istrumento per fare la sezione della cornea (*), istrumento che fu perfezionato da *Eckhold*. In questi ultimi tempi il professore *Dzondi* ha immaginato un simile meccanismo col quale non si propone di fare l' estrazione, ma tenta di formare una nuova cornea, idea veramente arditissima! Nell'anno **1765**, *Siegerist* descrisse il suo ago-coltello per la cateratta, per mezzo del quale apriva la capsula cristallina nel medesimo tempo che faceva l' incisione della cornea; ma non è facile di scansare l' iride e l' angolo interno dell' occhio allorchè si mette in opera quest'istrumento. Dopo questi *Barth* e *Richter* inventarono nuovi coltelli. *Beer* in seguito modificò quello di *Barth*, dando alla sua punta una forma che si avvicina molto a quella della lancetta, rendendolo più corto. I coltelli che non assomigliano esattamente a quello di *Beer*, e de' quali si fa uso ora in diverse

(1) Gl' istrumenti propri a fissare il globo dell' occhio, non hanno per noi che un interesse istorico: essi appartengono perciò all' istoria della chirurgia.

(*) L' istrumento di cui qui si tiene proposito serve nel tempo stesso a fermare il globo dell' occhio ed a fare la sezione della cornea. La sua costruzione ha molto rapporto con quello di cui si servono i chirurghi tedeschi per la flebotomia. É composto di un anello concavo dalla parte destinata ad essere applicato sull' occhio; quest' anello è fissato ad angolo retto in un punto della sua circonferenza, su di un manico che contiene nel suo interno delle molle elastiche destinate a far muovere un fusto metallico, all' estremità del quale si trova una lama in forma di fiamma. Questa deve, allorchè si appoggia su di una leva, che è adattata al manico, partire colla rapidità del baleno, tagliare la cornea che fa prominenza a traverso l' apertura dell' anello, e compire tosto la sezione presso a poco nei due terzi inferiori della sua circonferenza. (N, d. I.)

parti della Germania, non ne differiscono che pochissimo.

L' operazione della cateratta per abbassamento che era stata esclusivamente messa in uso, fu presso che generalmente surrogata dal processo dell' *estrazione*. In questi ultimi tempi, l' abbassamento modificato, cioè la *depressione* con *reclinazione*, minacciò di limitare considerabilmente l' uso dell' estrazione. *Scarpa* principalmente la mise in voga. *Beer* ed altri ottalmologisti accordarono a quest'operazione tutta la loro attenzione, procurando di determinare le circostanze nelle quali essa poteva essere la più vantaggiosa.

Non ha molto che un' operazione, di già anticamente conosciuta, ha sembrato dovere ristringere d' assai l' uso dei metodi usitati fino ad ora, io intendo parlare della *keratonitide*, o sminuzzamento del cristallino penetrando nell' occhio per la cornea lucida. Di già *Theod. M. Turquet*, (*Praxis medica*, Lond. **1690**) aveva riportato un caso nel quale una donna aveva messo in pratica quest' operazione per mezzo di un ago. *Willars*, in una disertazione che porta per titolo: *An oculi punctio cataractam præcaveat?* e che si trova in *Haller* (Disputat. chirurg. Lausann, **1755**, tom. **2** pag. **157**). parla di un' operazione che differisce assai dai processi immaginati fino ai nostri giorni. Essa doveva essere stata messa in pratica di già anteriormente a quest' epoca dal mio predecessore il celebre *Bartisch*, chirurgo-oculista in Dresda; poco dopo fu eseguita da *Pott*, ed in seguito da *Gleize*, da *Conradi*, etc. Ma tutte queste particolarità, e molte altre, per enumerare le quali la memoria non m' accompagna in questo momento, sembrerebbero essere state dimenticate dai chirurghi, o per lo meno non essere state da loro apprezzate bastantemente, quando *Buchhorn* (*de keratonyxide nova cataractæ aliisque ocul. morbis medendi methodo, etc*, **1810**), e poco tempo dopo *Langonbeck*, (1) pubblicarono il resultato delle

(1) *Prufung der keratonyxis. Gœttingen* 1811, *mit* 2

loro esperienze, che sembrò sì favorevole, particolarmente in conseguenza delle operazioni eseguite sul vivo da quest' ultimo chirurgo. La keratonitide fissò l' attenzione degli uomini dell' arte, non tanto in Germania, ma ancora oltremonti.

L' estimabile *Himly* pubblicò nel suo giornale gli effetti ottenuti dall' uso dal giusquiamo, ciò che non contribuì tanto poco a rendere il nuovo metodo più facile, e suscettibile d' essere messo in pratica in quasi tutti i casi. La facilità della sua esecuzione, e la testimonianza sommamente favorevole che rese *Langenbeck* dei successi che ne aveva ottenuti, particolarmente sotto il rapporto del ristabilimento della vista, impegnarono gran numero di chirurghi, tanto instruiti che ignoranti a tentarlo e diffonderlo. Tosto oltrepassò le frontiere della Germania. I buoni pratici stranieri ne diedero i primi saggi; se ne servirono, e ne seppero apprezzare i vantaggi; ma il suo uso non giunse all' entusiasmo, nè ottenne quella predilezione che nacque nella massima parte dei Tedeschi.

I resultati ottenuti in Francia ed in Italia furono rappresentati come molto meno favorevoli di quelli osservati nel nord della Germania. Prevenuti in favore dell' estrazione o dell' abbassamento, spaventati da qualche tentativo disgraziato, hanno per la massima parte renunziato a questo nuovo processo operatorio, od hanno per lo meno circoscritto il suo uso in più stretti limiti di quello che non lo abbiano fatto i nostri compatriotti del nord.

Langenbeck stesso, questo chirurgo sì abile, e che è stato il principale propagatore della keratonitide in Germania, non sembra attaccare un sì gran pregio al citato processo operatorio. (Ved. più lon.)

La keratontide offre certamente un gran numero di vantaggi, ma difficilmente rimpiazzerà gli altri

Kupfertafeln (esame della Keratonitide). Si veda ancora il suo giornale intitolato *Bibliotheh fur Chirurgie und augen keilthunde.*

metodi, poichè non v'ha, né vi può essere un processo che sia ugualmente applicabile per la guarigione di tutte le cateratte. Le circostanze particolari alla malattia reclamano in questo caso come in ogni altro, delle considerazioni speciali, ugualmente che dei metodi operatorj in rapporto con esse. Trovare il metodo più conveniente, e l' applicarlo con precisione, è ciò che distingue il vero pratico.

Abbassamento e *rovesciamento della cateratta, depressio et reclinatio cataractæ.* Questi due metodi operatorj si dividono ciascheduno in tre tempi, di cui i due primi si eseguiscono nel modo istesso sì nell' uno che nell' altro caso; non differiscono fra loro che pel terzo.

Primo tempo. Si buca la sclerotica per mezzo di un ago a foggia di lancia (Tav. v. fig. 10), dal lato dell' angolo esterno, alla distanza tutt' al più di una linea e mezzo dal bordo della cornea, ed una linea circa al disotto del diametro orizzontale del globo dell' occhio, in modo tale che una delle faccie dell' ago sia rivolta in alto, in basso l' altra , e la punta diretta verso il centro del globo oculare (1). La mano di cui si serve l' operatore per condurre l' ago, deve appoggiarsi col piccolo dito sulla guan-

(1) S' introduce l' istrumento nella sclerotica ad una linea e mezzo dal bordo della cornea per evitare di ferire i corpi ciliari e la retina; poichè le lesioni dei primi sono spesso susseguite da nausee, vomiti, e talvolta da palpitazioni; si sono vedute pure sopraggiungere delle convulsioni , la dilatazione irregolare della pupilla, ed in fine tutti i segni di una violenta iridite. Le punture della retina sono seguite dalla fotofobia; il malato vede delle scintille, o dei colori variati; sopraggiunge la cecità completa, dei dolori sommamente forti nell' occhio , alla fronte ed in tutta la testa, che si riproducono periodicamente. Introducendo l' ago , si gira una delle sue facce in alto , e l' altra in basso , per scansare i vasi ciliari , che si dirigono sempre orizzontalmente in avanti ; finalmente si fa penetrare al disotto del diametro orizzontale del bulbo dell' occhio, perchè i vasi i più cospicui corrispondono a questo diametro, e perchè è più facile fare agire l' ago a guisa di una leva introducendolo nell' esposto modo

cia del malato, acciocchè la parte la più voluminosa dell' istrumento, dopo avere attraversato la sclerotica, non penetri troppo presto nè troppo profondamente nell' occhio.

Secondo tempo. Si fa allora eseguire allo strumento un movimento di rotazione sul suo asse portando il manico dalla parte della tempia, affine che la direzione della punta sia paralella all' uvea e girata verso l' angolo interno dell' occhio; una delle sue faccie che riguardi in avanti, indietro l' altra, in modo che uno dei lati taglienti è girato in alto e l' altro in basso: ciò fatto, l' operatore penetra lentamente nella camera posteriore dell' occhio, fra il cristallino e l' uvea, fino a che la punta dell' ago sia un poco nascosta dietro il bordo pupillare dell' iride, e che la faccia posteriore dell' istrumento si trovi applicata sulla faccia anteriore della cateratta.

Terzo tempo Dopo avere diretta la punta dell' ago obliquamente in alto ed un poco in dietro, in modo tale che la parte che precedentemente era applicata sulla faccia anteriore della cateratta, sia allora girata verso la parte la più elevata della sua circonferenza, si abbassa, agendo come una leva, alquanto obliquamente, ed in fuori, sotto la pupilla, fino a che non si veda più niente; finalmente, per assicurarsi se il cristallino resta nella posizione nella quale è stato collocato, si rialza a poco a poco l' istrumento, e si ritira dall' occhio nella medesima direzione che si è praticata per l'introduzione.

Tempo del rovesciamento. Si conserva all' ago la posizione che gli è stata data nel secondo tempo, cioè si lascia sulla faccia anteriore della cateratta (1); se ne solleva soltanto il manico, a guisa di una leva, e nella direzione diagonale in avanti, acciocchè lo strumento appoggiando sul cristallino malato, lo fissi sul corpo vitreo, in una posizione corrispondente fra l'attacco del muscolo retto inferiore, e quella del muscolo

(1) Ma è meglio di appoggiare l' estremità dell' ago piuttosto sulla metà superiore del cristallino.

retto esterno dell' occhio, di modo che la faccia anteriore di questo corpo sia girata in alto, la posteriore in basso, ed i suoi bordi superiore e inferiore sieno cangiati in posteriore e anteriore.

Il rovesciamento dà luogo talvolta a degli accidenti che noi indicheremo, ed ai quali è necessario procurare di rimediare con delle precauzioni particolari. Qualche volta la capsula del cristallino si rompe durante l' operazione; la sua presenza può oscurare la pupilla, conviene anzi lacerarla coll' ago in tutte le direzioni, ed allontanarla quanto è possibile dall' asse di quest' apertura.

Se nel tempo che si opera, il cristallino si rompe in più frammenti, bisogna fare il rovesciamento dei pezzi i più voluminosi, e far passare i più piccoli, (dietro il consiglio di Scarpa (2)) nella camera anteriore dell' occhio, ove sono più sollecitamente assorbiti che nella posteriore. Se la cateratta non è aderente che parzialmente all' uvea, è necessario, prima di rimuovere il cristallino, procurare, come Werner l' ha raccomandato il primo, di dividere subito le aderenze col tagliente dell' ago.

Se la cateratta risale, e che quest' ascensione non sia provocata dall' operatore nel levare lo strumento, ma se depende dall' aderenza che esiste fra la faccia posteriore della capsula e l' anteriore della membrana jaloide, bisogna anco in questo caso incominciare da distruggere le aderenze; ma se il cristallino rimonta per essere l' ago infilato in questo corpo, e lo tira seco nel disimpegnarsi, è indispensabile levare l' ago per repetere il rovesciamento una seconda volta.

Se la cateratta rimasta attaccata all'ago si trova con esso nel fondo dell'occhio, non bisogna estrarre l'istrumento, ma si deve al contrario girarlo più volte sul suo asse prima di ritirarlo. Senza le enumerate circostanze la cateratta può risalire: ciò accade più raramente dopo il

(2) L. c. vol. 2 p. 53. Altri autori temono che questa manovra determini qualche infiammazione, tale che l' iridite, etc; ma Scarpa assicura non esservi alcun pericolo.

rovesciamento, ma più spesso in conseguenza della depressione. Il miglior mezzo per evitare tale inconveniente consiste nel ritenere, per qualche tempo, il cristallino nella posizione datali nel deprimerlo, o nel rovesciarlo, per mezzo dell'ago che si lascia applicato su di esso, e che non si ritira fuori dell'occhio che dopo un tempo più o meno lungo.

La cura da impiegarsi dopo la depressione dietro il rovesciamento è sommamente semplice. Dopo avere chiuse le palpebre con una piccola striscia agglutinativa, che si pone sulle medesime, nella direzione verticale, ad oggetto d'impedire al malato che non faccia alcun tentativo per aprire l'occhio, ciò che potrebbe facilmente cagionare l' ascensione della cateratta, si fissa sulla fronte con compressa di tela che ricuopra l'occhio, e si raccomanda al malato per qualche giorno, il riposo assoluto del corpo e dello spirito; si diminuisce la luce del suo appartamento, gli si ordina di tenere la posizione semieretta (1), riguardando il letto, facendo uso di alimenti di facile digestione, e sopra tutto evitando tutto ciò che potrebbe determinare l'infiammazione all' occhio.

Al termine di quattro giorni, il malato può già sostituire una visiera verde all' apparecchio che ricuopriva i suoi occhi; ma deve peraltro evitare per molto tempo tutto ciò che potrebbe essere suscettibile di cagionare una sensazione molesta nell' occhio operato.

Se la puntura fatta alla sclerotica determina la formazione di un' ecchimosi sotto la congiuntiva del globo dell'occhio, essa è per lo più riassorbita senza soccorsi dell'arte. Si fanno scomparire le escrescenze

(1) Si raccomanda la posizione assisa particolarmente durante le prime ventiquattro ore dopo l' operazione, poichè si spera con simile cautela di evitare il risalimento della cateratta. Per prevenire quanto è possibile questo increscevole accidente, è necessario insistere d' assai sul riposo assoluto del globo dell' occhio, perchè se i muscoli di quest' organo si mettono in azione, quando non è peranco riempito del suo umore acqueo, il cristallino è facilmente ripinto in totalità od in parte nella sua primitiva sede.

fungose che si sviluppano intorno alla puntura, servendosi della *tintura d' oppio*, o della pietra infernale.

Si facilita l'assorbimento del versamento di sangue nelle camere dell'occhio, quando non sia molto considerabile, per mezzo dei collirj spiritosi; ma essendo troppo abbondante li si dà egresso per mezzo di un'apertura nella cornea. Si calmano i vomiti che succedono ad una qualche lesione dei nervi ciliari o della retina, per mezzo della *valeriana*, del *muschio*, del *castoro*, del *liquore di corno di cervio succinato*, dell' *oppio*; e se quest' ultimo medicamento non è tollerato dallo stomaco si amministrano dei clisteri di cammomilla che contenghino dell' oppio, od altro narcotico. Ma non dobbiamo lusingarci di buoni resultati dall' uso degli accennati mezzi, se non quando i vomiti non sono accompagnati da alcuna infiammazione, e non consistono che nella semplice irritazione nervosa. Allorquando i vomiti sono preceduti o susseguiti da sintomi infiammatorj, bisogna usare gli antiflogistici, e fare delle applicazioni di acqua fredda. Se il vomito persiste anco dopo che l'infiammazione è calmata, si può far ricorso ai mezzi da noi indicati, unitamente al nitrato di potassa, al calomelano, al cremore di tartaro, o ad una polvere effervescente (*).

Sopravvenendo l' ambliopia più o meno intensa, prodotta dall' essere stata la cateratta troppo fortemente spinta contro la retina, l' unico mezzo di rimediarvi consiste per lo più nel fare risalire il cristallino, raccomandando al malato di eseguire dei forti movimenti col capo.

Generalmente, le persone che sono state operate assicurano che loro sembra di vedere un fuoco analogo alla fiamma che resulta dalla combustione dello zolfo (quando facendo il rovesciamento del cristalli-

(*) Queste polveri si compongono di sotto-carbonati alcalini e di sostanze acide. In esempio la *pulvis aerophorus* è formata di sotto-carbonato di soda, di tartrito acidulo di potassa e di zucchero. Queste ponno essere surrogate alla pozione del *Riverio*. *N. del T.*

no) questi esercita una certa pressione sulla retina. Ciononpertanto cotesto solo segno non basta per indicare il notato accidente, giacchè si osserva in piccol grado in quasi tutte le operazioni fatte con rovesciamento, particolarmente se eseguite con una certa prontezza; mentre può sovente accadere che un tal fenomeno sia prodotto dalla compressione del cristallino sul corpo vitreo.

Se dopo l' operazione si sviluppa dell' infiammazione, si tratta come sarà indicato parlando dell'iridite semplice.

Beer non vuole che si eseguisca la depressione ed il rovesciamento, se la cateratta è durissima, poichè egli è di parere che il cristallino non sarebbe assorbito. Ciononostante la citata durezza non è sempre una controindicazione, imperciocchè si rovesciano spesso col più gran successo delle cateratte di una consistenza solidissima. Questi due metodi sono particolarmente indicati nei casi nei quali esiste la *sinechia anteriore*, o *l'arco senile*, o quando la cornea è troppo appianata, e la camera anteriore troppo angusta. Se si praticasse l' estrazione nel secondo caso, l' incisione fatta nella porzione di cornea malata che costituisce *l' arco senile* non guarirebbe mai (1); e nel primo caso l' incisione riuscirebbe per lo più troppo piccola. Il *rovesciamento* e la *depressione* possono anco essere eseguite con vantaggio, allorchè esiste lo stringimento della pupilla (*myosis*), quando gli occhi sono infossati nell'orbita, e l'apertura delle palpebre troppo stretta, quando i malati sono soverchiamente mobili, e che esistono delle aderenze parziali fra l' uvea e la cateratta.

Le cateratte le meno voluminose sono pur quelle nelle quali l' abbassamento è il più facile: tali sono

(1) Io ho fatta l' estrazione della cateratta in molte persone che presentavano *l'arco senile* molto considerabile, ed ogni volta la piaga della cornea si è perfettamente cicatrizzata, ma però in questi casi ebbi la precauzione di lasciare l' apparecchio qualche giorno di più di quello si costuma ordinariamente. Il medesimo resultato è stato ottenuto da altri ancora.

la cateratta capsulo-lenticolare siliquosa secca, la semplice cateratta lenticolare secondaria, o le cateratte capsulo-lenticolari che non aderiscono all'uvea che per qualche punto.

Si può egualmente dividere in tre tempi l'*estrazione della cateratta*. Il primo tempo consiste nell' incidere la cornea per mezzo di un coltello da cateratta, il secondo nell' aprire la capsula cristallina, ed il terzo nell' estrarre il cristallino malato.

Primo tempo. Si usa del coltello da cateratta di *Beer* (Tav. V. fig. II.), che si deve impugnare come una penna da scrivere; si dà un punto d'appoggio alla mano colla quale si opera, applicando il piccolo dito sull' osso zigomatico, e, tenendo la punta dell'istrumento obliquamente diretta verso l' iride, ed il tagliente girato in basso; si fa penetrare nella cornea, verso l' angolo esterno dell' occhio, ad un ottavo di linea dal bordo di questa membrana, e ad un quarto di linea al disotto del suo diametro trasversale. Tosto che l' operatore vede o sente che la punta del suo coltello ha attraversata la cornea, avvicina il manico dell' istrumento alla tempia del malato, e lo fa scorrere con precauzione paralellamente all' iride, a traverso la camera anteriore, tenendolo sempre in modo tale che la punta sia un poco rivolta in alto, usando la precauzione di non passarlo nè troppo sollecitamente nè troppo lentamente. Attraversa in seguito la cornea al lato opposto, ugualmente ad un ottavo di linea dalla sua circonferenza, e termina la sua sezione, che dev'essere esattamente semicircolare, evitando pure di divaricare i bordi della divisione, e di toccare l' iride; non si deve se non che fare scorrere l'istrumento in tutta questa operazione (1).

(1) Nei casi ordinarj ho per costume di fare l' incisione della cornea in modo da non interessare menomamente la metà inferiore di questa membrana, ma faccio in maniera piuttosto da estendermi sulla sua metà esterna. Una tale modificazione non è difficile ad eseguirsi, ed offre molti vantaggi importanti; imperciocchè l' umore acqueo non scola sì prontamente, da cui ne resulta che l' iride si presenta meno facilmente sotto il tagliente del coltello e nel-

La cornea essendo, come ognun sa, più grossa e più molle nei giovani, che negli adulti, e la cateratta essendo ordinariamente più voluminosa nei primi che nei secondi, il di cui cristallino è spesso duro e poco voluminoso, si deve scansare di fare l'incisione troppo piccola allorchè si opera nei giovani. In generale giova sempre farla un poco più grande, di quello che troppo piccola, tanto più che il coltello, veduta la spessezza maggiore della cornea, può farsi scorrere facilissimamente fra le lamine di questa membrana. Un' incisione troppo piccola è in generale un grande errore nell'operazione per estrazione, poichè l'ingrandimento dell' apertura che si è obbligati in seguito di fare, può spesso conseguire dei resultati molto funesti per l' occhio.

Facendo l' incisione bisogna guardarsi scrupolosamente d'interessare l'iride; si deve sempre portare il manico del coltello più in dietro e in basso, dal lato della tempia, a misura che la punta s'avanza di più fuori della camera anteriore, ad oggetto di scansare la ferita dell' angolo interno dell' occhio. In fine bisogna che l' incisione sia fatta lentissimamente, poichè senza di questa precauzione si corre rischio di

l' apertura della ferita dopo l' operazione, atteso che il lembo della cornea è molto meno rilevato dai movimenti della palpebra inferiore, poichè il suo bordo non è paralello a quello di quest' ultima (*). Finalmente se malgrado tali precauzioni la porzione esterna e inferiore del bordo pupillare venisse ad impegnarsi fra i bordi della ferita, contraendovi delle aderenze tali da dar luogo ad una vasta cicatrice della cornea, ne resulterebbe la deformità della pupilla; la vista non sarebbe nonostante impedita perchè il centro della cornea resterebbe libero, ciò che accade di rado allorquando si fa l' incisione della cornea medesima alla maniera ordinaria nella sua metà inferiore. Fino a questo momento io mi sono trovato molto bene dell'esposta modificazione apportata all' incisione di cotesta membrana.

(*) Questo metodo che consiste nel fare obliquo il lembo della cornea, e che sembra non essere antico in Germania, è da moltissimo tempo il solo raccomandato e messo in pratica da tutti i chirurghi, i quali ne hanno benissimo saputo calcolare i vantaggi. *N. del T.*

vedere sortire contemporaneamente il cristallino ed una porzione con esso del corpo vitreo, accidente che è l'effetto della reazione dell'occhio sull'istrumento tagliente, giacchè i suoi muscoli lo comprimono in tal momento colla massima forza. A misura che l'operatore termina l'incisione, l'ajuto lascia abbassare la palpebra superiore, per accordare al malato di rimettersi dalla sua emozione.

Secondo tempo. L'assistente solleva la palpebra superiore, e la mantiene in questa posizione, procurando che l'estremità delle sue dita non oltrepassino il bordo palpebrale. L'operatore abbassa la palpebra inferiore coll'indice, ma senza allontanarlo dal globo dell'occhio; egli la comprime, al contrario, leggermente col dito contro la parte la più bassa del bulbo dell'occhio.

Lo scopo di tale manovra ha per oggetto d'introdurre più facilmente e più presto, sotto il lembo della cornea e fino alla pupilla, l'ago da cateratta (fig. **10**), o la lancetta da cateratta di *Beer* (fig. **12**); questa leggiera pressione deve in oltre fare salire di più il cristallino, affine di dilatare abbastanza la pupilla per permettere d'incidere facilmente la cassula cristallina, senza interessare il bordo pupillare. Introducendo in seguito l'ago per uno dei suoi bordi taglienti, la punta diretta verso l'angolo interno dell'occhio, fra la cornea aperta e l'iride, in modo da riaprire il meno possibile il lembo della cornea medesima, l'operatore divide la capsula con delle incisioni cruciali, che non devono essere nè troppo profonde nè troppo superficiali (1). Dopo ciò eseguito si ritira

(1) La capsula cristallina è, come ognun sa, una membrana sommamente delicata, che si può benissimo dividere con dei leggieri movimenti fatti coll'ago; se per conseguenza si approfonda di troppo nella sostanza del cristallino, può questi essere messo in pezzi; un tale inconveniente riuscirebbe alquanto inquietante per l'operatore, giacchè lo metterebbe nella necessità di fare l'estrazione dei frammenti della cateratta, tentativi che sono costantemente molto impegnosi, oppure converrebbe abbandonarli all'assorbimento, o finalmente ricorrere nuovamente all'operazione.

l' ago nella stessa guisa ch' è stato introdotto nell'occhio (1).

Terzo tempo. Quando l' incisione della cornea è assai grande, e di forma semicircolare, accade per

Io mi credo in dovere di profittare di cotest' occasione per dire qualche cosa relativamente allo stato della capsula cristallina dopo l' estrazione della cateratta. La capsula può conservare le sue connessioni organiche; in tal caso essa continua ad essere nutrita come prima, e conseguentemente resta trasparente. Può ciò accadere dietro l' estrazione ben fatta delle semplici cateratte lenticolari.

Allorquando i rapporti organici della capsula sono distrutti in totalità o parzialmente, già diventa opaca in seguito, e altera più o meno la vista, ma assai di rado la distrugge completamente, imperocchè il grado di forza necessario per togliere le sue aderenze naturali apporta generalmente una o più rotture di questa delicata membrana.

Da ciò resulta una cateratta capsulare secondaria che può essere assorbita poco a poco se è affatto isolata, ciò che disgraziatamente non può essere riconosciuto prima per mancanza di segni certi. Ma se esistono delle grandi fenditure o spaccatura nella cateratta capsulare consecutiva, che si osservano dietro la pupilla, si può avere la certezza che, nella pluralità dei casi, esse s' ingrandiranno poco a poco, e che la vista verrà a migliorare. Quest' effetto non accade già costantemente in virtù dell'assorbimento, ma è piuttosto prodotto dalla contrattilità della capsula, che cagiona l'accartocciamento dei bordi delle sue divisioni. Finalmente la capsula,

(1) Una proposizione che merita di essere presa in considerazione si è quella del Dottor *Wenzel* (*Sullo stato dell' ottalmologia in Francia, con osservazioni critiche sul suo stato in Germania*], la quale consisterebbe a lasciar arrivare, come è di costume, la luce sul naso, durante il tempo che si fa l' incisione della cornea, ed a situare l' operando (nell' atto dell' apertura della capsula e dell'estrazione della cateratta) in modo tale ch'egli volti il dorso alla luce, per non farne penetrare di troppo nell' occhio. Imperciocchè quanto è utile, che nel primo tempo dell' operazione, la pupilla sia ristretta, altrettanto è a desiderarsi ch' essa sia dilatata nel secondo e terzo tempo, poichè questa disposizione favorisce l' apertura della capsula, e l' estrazione della cateratta dalla pupilla. Egli è ne cessario ciononostante che l'operatore abbia sempre una luce sufficiente che gli permetta di eseguire con precisione tutte le operazioni delicate che deve praticare.

lo più che la cateratta sorte subito attraverso la pupilla. Ma se, per causa di uno stato particolare d' inerzia dell' occhio, il cristallino non esce sollecitamente, quantunque l' operazione sia stata fatta convenientemente, si raccomanda al malato di dirigere il globo dell' occhio in alto, e di muoverlo replicatamente con prestezza; con tal mezzo si è riusciti talvolta a fare sortire la cateratta. Si agevola pure la sua sortita servendosi del cucchiajo di *Daviel* (Tav. V. fig. **13**) per riceverla nel suo passaggio all'apertura della cornea, e impedire che nulla si distacchi dalla superficie gelatinosa del cristallino. La si riceve a tale effetto, dalla parte del suo bordo esterno e inferiore, talvolta all'esterno od all'interno della cornea, a seconda delle circostanze. Ma se ad onta dei movimenti che si sono fatti eseguire al globo dell'occhio, la cateratta non sorte, l' operatore applicando un dito sulla palpebra inferiore, accresce dolcemente, ed in un modo insensibile, la pressione che esercita sulla parte inferiore del globo oculare, fino a che il maggior diametro del cristallino sia impegnato nella pupilla; allora diminuisce gradatamente la pressione fino a tanto che la cateratta non è intieramente sortita. In questo caso la riceve ancora sul cucchiajo di *Daviel*. Tosto che

è talvolta completamente o parzialmente estratta in un col cristallino, ciò che succede più particolarmente nelle cateratte capsulo-lenticolari, e più frequentemente di quello siasi creduto fino ad ora. E vaglia il vero, allorchè si mette la cateratta, ch'è stata estratta, nell'alcool diluto, si osserva che essa è circondata da una sottile pellicola lacerata e fluttuante, che poco dopo perde la sua trasparenza, ed acquista un colore biancastro. Si riconoscono chiaramente i punti del cristallino ove questa membrana è stata strappata. Qualche volta il colore del cristallino differisce da quello della capsula, ed allora quest'ultima è ancora più facile a riconoscersi. Allorquando il cristallino è stato estratto senza la capsula, se si mette nell' alcool, si cuopre ordinariamente di uno strato biancastro che non rassomiglia in alcun modo ad alcuna cosa di membranoso, allorchè si agita il vaso. S'io non temessi di dilungarmi di troppo, potrei appoggiare quanto ho emesso con prove le più persuadenti. Mi riservo a trattarne in altro luogo, ove mi sarà concesso di farlo in un modo più conveniente.

la cateratta è sortita l'ajuto lascia cadere la palpebra superiore, l'operatore raccomanda al malato di tenere ambo gli occhi chiusi (1) e fermi, e gli ricuopre, ugualmente che il capo, per diminuire l'azione della luce. Dopo averlo lasciato riposare alquanto, si gira in modo, ch' egli abbia il dorso voltato verso la finestra; si rialza il velo che aveva coperto i suoi occhi, li si raccomanda di aprire l' occhio adagio adagio, e chiudendo allora le palpebre dell' occhio sano, li si accorda di vedere degli oggetti che non sieno troppo lucidi (2); e se li vede distintissimamente si applica l' apparecchio.

L'estrazione non può sempre essere eseguita nell'esposto modo; ecco le modificazioni ch'è necessario apportarvi secondo le circostanze. Se gli occhi sono grossi e prominenti, e che contemporaneamente le palpebre sieno poco aperte, l' incisione della cornea deve essere fatta obliquamente in fuori, senza la quale precauzione il bordo della palpebra inferiore ritarderebbe per molto tempo la guarigione della ferita della cornea.

La cateratta cistica, dietro il consiglio di *Beer*, deve essere estratta colla capsula, per mezzo del pic-

(1) Nel chiudere le palpebre, è importante che il malato lo faccia delicatamente quanto è possibile, poichè contraendo fortemente l' occhio, una porzione del corpo vitreo sarebbe facilmente spinto in avanti, ciò che potrebbe essere in seguito nocevolissimo alla vista. Altrettanto deve dirsi della docilità e tranquillità del malato, durante e dopo l'operazione, per il buon successo; è perciò molto vantaggioso che il chirurgo faccia conoscere prima di operare, quale è il modo di condursi ed i motivi di ogni precauzione che viene raccomandata all' operando.

(2) Io ho spesso veduto che questo utile precetto non è adottato: Vi sono ancora degli oculisti celebri che costumano di far vedere ai malati un bicchiere pieno di acqua, e raccomandano loro d' indicare col dito a quale altezza arriva il liquido. Ma siccome il bicchiere è rilucente e siccome l'azione di fissare degli oggetti esige un certo sforzo, egli è assai meglio, particolarmente se il malato è stato molto tempo cieco, non farli vedere se non se oggetti non risplendenti, bigi o verdi, perchè tali colori stancano meno la vista.

colo uncinetto da cateratta (Tav. V. fig. 15.) che si tiene in modo tale che la sua punta sia voltata in basso. *Adamo Shmidt* (1) preferisce adottare il rovesciamento, giacchè egli vide costantemente succedere all' estrazione l' iridite che distrusse la vista.

La cateratta capsulo-lenticolare siliquosa secca può essere estratta. Le cateratte fluide ponno pure essere estratte per mezzo dell' uncinetto; ma se il cristallino gli sfugge, si ricorre alla pinzetta (Tav. V. fig. 5.) per prendere con precauzione il frammento il più denso rimastovi, e si fa sollecitamente sortire dalla parte opposta. Per la cateratta tubercolare si usa in principio l' ago da cateratta fatto a foggia di lancia , per distaccare la linea o zona dell' uvea ; e dopo averla ritirata colla pinzetta, si fà l'estrazione della cateratta, come se si dovesse operare la cateratta cistica (2).

Beer estrae ancora colla capsula le cateratte di consistenza mediocre : Si serve della sua lancetta da cateratta per pungere il cristallino , ch' egli agita in seguito colla veduta di lacerare i vasi e le aderenze della capsula posteriore colla membrana jaloide, e per facilitare in tal modo la sortita della cateratta , che eseguisce nel modo ordinario.

Per applicare l'apparecchio, in seguito dell'estrazione, bisogna osservare che le palpebre non sieno esattamente applicate l'una contro l'altra, affine d'impedire che nè la palpebra inferiore , nè i cigli non apportino il loro scostamento, che si opporrebbe alla sollecita unione della piaga. Tutto l'apparecchio con-

(1) *Nachstaar und Iritis*. S. 21. Sulla cateratta secondaria , e l' iridite.

(2) Non solamente questo processo che è stato raccomandato da *Beer* non è facile nell' esecuzione , ma è di più molto nocivo all' occhio. Io consiglio per conseguenza di operare cotesta specie di cateratta collo sminuzzamento, processo che promette tanto maggior successo in quanto che la cateratta tubercolare si combina per lo più nei giovani. Se gli aghi ordinarj non bastano per dividere la zona, che potrebbe essere dura, io consiglio l'uso di un coltello adattato. Non posso descrivere qui questo processo , per mancanza di luogo, ma lo comunicherò nel secondo fascicolo delle mie *selecta circa morbos humani oculi*.

siste in due striscie strette (1) di taffetà gommato applicate sulle palpebre, nella direzione verticale, ed in una compressa doppia di tela, che dev' essere fissata alla fronte in modo da cuoprire l' occhio. Ambo gli occhi essendo fasciati, si porta il malato al suo letto, ove si fa giacere sul dorso, col capo un poco elevato. e s' impedisce che la luce non penetri nella sua camera. Una condizione anco più importante della posizione del letto, si è la immobilità del globo dell'occhio e delle palpebre, che non si raccomanda mai abbastanza ai malati. Bisogna scansare scrupolosamente ogni compressione, ed ogni movimento delle palpebre e del globo dell'occhio. Quando l'apparecchio è convenientemente applicato, la riunione della piaga si compie talvolta in ventiquattr' ore, ma per lo più abbisognano tre o quattro giorni. Fintanto che la riunione dell' incisione non si è fatta, continua uno stilicidio di umor acqueo, riconoscibile per delle leggiere sensazioni pungenti, che si uniscono talora a dei fenomeni luminosi fugaci. Bisogna guardarsi di aprire l'occhio prima che questo scolo non sia perfettamente cessato per due o tre giorni, o per meglio dire raramente ciò si ottiene prima del quinto o sesto giorno. Molti chirurghi levano l'apparecchio poco tempo dopo l'operazione per semiaprire le palpebre, e richiuderle subito; se non sopraggiungono dei sintomi che esighino assolutamente quest' esame, io non vedo in

(1) L' applicazione delle striscie agglutinative richiedono molta attenzione. Ecco il miglior modo di eseguirla: Dopo avere bene riscaldata una striscia, si fissa una delle sue estremità un pollice al di sopra del sopracciglio, si applica in seguito esattamente di alto in basso sulle parti sottoposte, non esercitando che una pressione moderatissima, ed avendo la precauzione di non applicare gli estremi inferiori delle striscie fino a tanto che l'altro estremo non è bene attaccato in alto. Se si trascurano tali precauzioni, se si applica la striscia in tutte le sue parti contemporaneamente sull' occhio chiuso, il cerotto aderisce bene ai suoi due estremi, ma non è attaccato solidamente alle palpebre, perchè non si applica nelle sue disuguaglianze. Vi sono dei casi nei quali la cattiva disposizione delle striscie agglutinative servì per impedire il buon successo dell' operazione.

alcun modo la sua utilità: non può essere che nocivo in tutti gli altri casi. Io lascio l'apparecchio senza ritoccarlo per otto ed anco dieci giorni dopo la fatta operazione; mi valgo in seguito di acqua calda per rammollare le striscie agglutinative e le palpebre che sono insieme unite dalla materia sebacea delle glandole di meibomio; metto sugli occhi due compresse raddoppiate che vi mantengo con una nuova fascia applicata leggiermente e senza pressione; raccomando al malato di non provarsi a vedere, nè di abbandonare il suo appartamento, che deve essere sempre senza luce. Faccio portare al di sopra della fascia una visiera di grossa carta guarnita di taffetà verde. Non m'è peranco accaduto di dovere applicare una seconda volta le striscie agglutinative dopo di averle levate. Non si deve illuminare la camera del malato che gradatamente; è preferibile non lasciarvi penetrare la luce che dall'alto, per evitare il passaggio rapido dall'oscurità al giorno. Finalmente, se il tempo è favorevole non si permette all'operato la sua prima sortita che dopo tramontato il sole, per abituare di nuovo il suo occhio all'impressione della luce chiara, e dell'aria fresca. Si richiedono in generale tante più precauzioni quanto il malato è stato più lungo tempo privo della vista. Molti chirurghi hanno incontrato nella loro pratica dei casi simili a quello riferito da *Pellier*. Un uomo potendo vedere benissimo dopo l'operazione, fu colpito dalla cecità completa per avere levato l'apparecchio contro gli ordini dell'operatore, e per essere rimasto l'occhio aperto per qualche tempo in luogo molto illuminato. Non è punto straordinario di vedere sopraggiungere in queste circostanze una violenta infiammazione, che termina spesso per suppurazione colla perdita completa della vista.

Il regime deve essere severo nei primi otto giorni. Non si deve accordare al malato che delle bevande e delle zuppe leggiere, proscrivendo le carni (1).

(1) Delle pappe nelle quali il pane sia perfettamente sciolto sono sufficienti, giacchè interessa moltissimo che il malato si astenga quanto è possibile di muovere le ma-

L' operazione della cateratta per estrazione può essere accompagnata o susseguita da molti accidenti. Spesse volte nel tempo che si eseguisce l' incisione della cornea, l'iride viene sul tagliente dell'istrumento; in tal caso si applica l' estremità del dito medio sulla prima delle nominate membrane, come *Wenzel* (1) l'ha suggerito il primo, si vede allora ritirarsi l'iride; ciononostante se ciò non avesse luogo, bisognerebbe procurare di rispingere in basso e in dentro questa membrana, pigiando col dito sulla metà inferiore della cornea. Qualche volta l' occhio sfugge al coltello nel

scelle. Della limonata, dell' acqua panata o zuccherata è ciò che li conviene a titolo di bevanda. Pochi sono i casi nei quali sia permesso un regime più sostanzioso.

Bisogna prevenire la costipazione, e già, prima dell'operazione, devono essere state prese tutte le precauzioni acciocchè il malato abbia ottenuti degli sgravi ogni giorno. Se comparisce la stipsi, dopo che l'operazione ha avuto luogo, bisogna amministrare dei leggieri lassativi, e proibire gli sforzi nell' evacuare, poichè determinano sempre una congestione di sangue verso il capo, e particolarmente agli occhi, congestione che può diventare funestissima ritardando la cicatrice della ferita fatta alla cornea, e dando luogo all' iride di frapporsi fra i suoi bordi. É pure necessario che il malato eviti possibilmente le vive emozioni, l'azione di sbadigliare, di starnutare, di tossire, di ridere, e che si astenga pure di parlare troppo. Non li si deve nemmeno permettere di fumare nè prendere tabacco per naso.

Indipendentemente dalla lagrimazione, gli altri fenomeni che sopraggiungono durante i due primi giorni dopo che l' operazione è stata eseguita con successo, e dietro l' applicazione di un conveniente apparecchio, si riducono tutto al più ad un leggiero bruciore, che cessa allorchè colano delle lagrime, oppure una certa quantità di umore acquoso, ma per lo più i malati non si dolgono neppure di questo piccolo incomodo, e non risentono alcuna sensazione molesta. Non è che verso il quarto, quinto o sesto giorno che i malati i più irritabili provano nella metà inferiore dell' occhio una leggiera sensazione, che per altro non è dolorosa; essa indica il grado d' infiammazione moderata che è costantemente necessaria per la riunione della ferita della cornea. I malati poco accorti non s' avvedono ordinariamente di niente.

(1) Trattato della cateratta, etc, p. 59.

tempo che si fa l' incisione , e l'umor acqueo scola ; bisogna allora, dietro il consiglio di *Beer*, introdurre con precauzione un altro coltello da cateratta (') fra la cornea e l' iride , e procurare di completare l' incisione circolare. Altri oculisti ugualmente celebri, abbandonano momentaneamente per allora ogni tentativo fino a tanto che l' incisione incompleta non sia cicatrizzata , per riassumere in seguito l' operazione. Se l' incisione è troppo piccola, bisogna ingrandirla colle cesoje di *Daviel*, (Tav. V. fig. 14.), il di cui lato concavo deve essere rivolto verso l'operatore: servendosi di quest'istrumento, bisogna maneggiare con gran precauzione il globo dell' occhio; la branca che s' introduce nella camera anteriore , non deve eseguire alcun movimento. Volendo tentare di far sortire la cateratta comprimendo l' occhio , e senza ingrandire l' incisione, allorchè è troppo piccola, accade frequentemente che dei frammenti del cristallino , di cui la superficie è molle , si distaccano, rimangono nell' occhio, e intorbidano la vista per un tempo più o meno lungo. La parte inferiore del bordo pupillare è contemporaneamente con violenza contusa e spinta nella ferita, il cristallino sorte talvolta dall'occhio portando seco dei fiocchi neri appartenenti all' uvea. Se in questi casi non sopraggiunge un'infiammazione che distrugga la vista , la pupilla resta dilatata, e la parte inferiore dell'iride è paralizzata. Se accadesse che questa membrana penetrasse nell' incisione della cornea, bisognerebbe farne tosto la riduzione, e rendere alla pupilla deformata la sua figura circolare, facendo delle fregagioni sulla palpebra chiusa, aprendola poi tutto ad un tratto per esporre l'occhio alla luce. Se rimangono dei frammenti del cristallino, si fanno ugualmente delle stropicciature col dito sulle palpebre chiuse ; e con tal mezzo si è spesso riusciti a farne sortire delle minute

(1) *Wenzel* e *Beer* consigliano di non si servire due volte di seguito del medesimo coltello per operare l' estrazione, perchè alla seconda volta quest' istrumento non taglia così bene quanto un altro che non sia stato messo in opera.

particelle, particolarmente quelle che sono le meno solide. Nulladimeno bisogna dire ancora, che spesso questi frammenti del cristallino non tardano molto ad essere assorbiti.

Bisogna occuparsi in seguito di estrarre dall' occhio, come noi diremo, gli avanzi della capsula opaca che offusca la pupilla (1). *Beer* per fare l'estrazione dei piccoli resti opachi della capsula posteriore e della membrana jaloide (2) si giova del suo uncinetto (3) che serve per estrarne una grossa posizione fuori dell' occhio. Se una certa quantità dell' umore vitreo (un' ottavo od un quarto) sorte dall' apertura della cornea, bisogna immediatamente fare chiudere l' occhio con precauzione, e applicare l' apparecchio. Allorchè la porzione del corpo vitreo che è sortita è poco considerabile, val meglio non far nulla, poichè non ne resulterà per la vista alcun' esito infausto per un accidente di simile natura; ma in questo caso la parte inferiore della pupilla resta ordinariamente deforme per sempre. Bisogna temere che la perdita della vista non sia il resultato di quest' avvenimento, quando un terzo, od una maggiore quantità del corpo vitreo è sortita; sovente la pupilla si chiude, oppure si approfonda, *Synizesis*, *Subsidentia pupillae*.

Un accidente sommamente increscevole, che può avvenire nel tempo dell' estrazione della cateratta è la sortita di una porzione del corpo vitreo, prima dell'evacuazione del cristallino opaco, poichè allora questo ricade nel fondo del globo dell'occhio. Tale inconve-

(1) Allorquando la capsula è stata completamente divisa a guisa di finestra, non è punto necessario di ritirarne i lembi colla pinzetta, come lo raccomanda *Beer*, poichè si ritirano poco a poco, si accartocciano in qualche modo sopra se stessi, e liberano in tal guisa la pupilla. L' introduzione della pinzetta è costantemente dannosa per l' occhio.

(2) Senza dubbio non esiste giammai l'opacità della sola membrana che riveste la concavità del corpo vitreo, od almeno l' esistenza di questa cateratta (jaloide) è tuttora molto problematica.

(3) Ved. il suo Leitf, 2.Bd. Inst. Tuf. Fig. 25.

niente può provenire o dall'incisione fatta alla cornea troppo piccola, o perchè l'operatore ha l'imprudenza di esercitare una pressione troppo forte sul bulbo dell' occhio per favorire la sortita della cateratta, o perchè finalmente la capsula cristallina aderisce al cristallino ed all'uvea. L'aderenza può riconoscersi prima dell' operazione; in tal caso, bisogna scegliere fra i processi di *Beer*, quello che consiste nell' estrarre la cateratta colla capsula, oppure preferire il rovesciamento, introducendo l'ago per la sclerotica. Se accade questo doloroso inconveniente, bisogna procurare la sortita della lente, operazione che consiste nell' introdurre il cucchiajo di *Daviel* attraverso la ferita della cornea e la pupilla, ed afferrare il cristallino con l'estremità e la faccia concava di quest' istrumento, ed attirarlo fuori dell' occhio, tentativo pericoloso, che *Benedict* pretende aver fatto cinque volte di seguito, senza che sia stata seguito da grave infiammazione, ma che deve ben di rado avere un esito felice. Si è pure raccomandata la medesima operazione, allorchè devesi estrarre una cateratta, che dopo di essere stata operata per rovesciamento, ha ripreso il suo posto ordinario; ma non si usa costantemente il cucchiajo di *Daviel*, giacchè si può eseguire l' operazione per mezzo di un piccolo uncino o di una pinzetta. In alcun caso non bisogna pigiare sul globo dell' occhio per facilitare l'egresso della cateratta, perchè il corpo vitreo, che è stato di già interessato nell' operazione del rovesciamento del cristallino, sortirebbe fuori, e la cateratta si affonderebbe nel globo dell' occhio. In un caso ove per due volte aveva inutilmente rovesciato il cristallino, ed in cui non dovevasi più sperare l'assorbimento a cagione dell' età avanzata del soggetto, e della durezza della cateratta, io mi servii dell' ago per farla passare dalla camera posteriore nell'anteriore, ciò che eseguii con facilità; io arrivai in tal modo ad estrarlo dodici giorni dopo, per mezzo di una piccola incisione fatta alla cornea, a ristabilire passabilmente la vista.

Alle volte dopo l' estrazione le palpebre rimangono affatto adese fra di loro; le lagrime vi si rac-

colgono e rendono l'occhio molto doloroso. Se in tali casi si inumidiscono le palpebre con una spugna fine imbevuta di latte tiepido, si vede sortire una grande quantità di lagrime, ed i dolori cessano. Se, dopo l'operazione, il malato fa dei tentativi per aprire le palpebre, se non usa il più gran riguardo all' occhio, accade talvolta che l'iride s'impegna fra i bordi della ferita della cornea, che non sono esattamente a contatto, e si formano fra loro delle aderenze; allora l' umore acqueo che si accumula dietro l' iride la distende, la spinge in avanti, e cagiona sovente uno stafiloma voluminosissimo di questa membrana. Se in conseguenza della lunga durata dello scolo dell' umore acqueo, e dietro una sensazione analoga a quella che produrrebbe un voluminoso corpo estraneo nell' occhio, si sospetta per tempo quest' inconveniente, bisogna, dopo avere fatto chiudere le palpebre, fare col pollice delle leggiere fregagioni sù di esse ed aprirle in seguito tutto ad un tratto per fare penetrare improvvisamente nell'occhio della viva luce; succede spesso allora che l' iride si ritira, e che si può in tal modo prevenire la formazione dello stafiloma. Se la diseguaglianza dei bordi della ferita fatta alla cornea si oppone alla loro riunione, ne consegue l'ernia di questa membrana, che bisogna tagliare alla sua base colle cesoje di *Daviel*, e medicare in seguito regolarmente. Questa operazione richiede in seguito la precauzione di tenere l' occhio chiuso per otto o quindici giorni. In questi casi il malato conserva sempre una cicatrice biancastra visibile. L'infiammazione traumatica che non manca quasi mai quando si apre troppo il lembo della cornea, o quando si usano degl' istrumenti con poca destrezza, dev' essere trattata colle regole che noi indicheremo nel parlare dell'iridite (1).

(1) I soggetti nei quali la cateratta è accompagnata da paralisi del nervo ottico, sono quelli che soffrono il meno dopo le operazioni della cateratta, ciò che depende senza dubbio come *Quadri* l' ha di già fatto osservare (*Annotazioni pratiche sulle malattie degli occhi*, *Napoli* 1819, *p.* 215.) dalla poca sensibilità della quale godono i loro occhi.

Si è dato per consiglio di non fare l' estrazione della cateratta nei casi di *myosis* (ristringimento della pupilla); ciononostante se questa ristrettezza non è nè molto considerabile, nè prodotta da vizi organici, si può intraprendere l' estrazione , avendo la precauzione d'istillare però nell' occhio, due ore prima dell' operazione , qualche gocciola della dissoluzione di estratto di giusquiamo. Ma io sono ben lungi dal consigliare di far ricorso a cotesto medicamento in tutti i casi d' estrazione , come è stato raccomandato, poichè la dilatazione della pupilla potrebbe facilitare la sortita del corpo vitreo. Quando immediatamente avanti del secondo tempo dell'operazione la pupilla si è un poco ristretta, tale circostanza non è punto sfavorevole , poichè la leggiera pressione che si deve fare sul globo dell' occhio facilita non tanto l' esecuzione di questa parte dell'operazione, ma serve per dilatare convenientemente la pupilla, acciocchè la cateratta si presenti davanti ad essa.

Vengo ora a parlare di un metodo operatorio , che ha menato tanto rumore, i di cui partigiani sono sì numerosi; spero mi si perdonerà se entrerò in qualche minuziosa particolarità sui suoi vantaggi ed i suoi inconvenienti , per mettere i giovani praticanti in istato di giudicare del suo valore con cognizione di causa.

Keratonitide o sminuzzamento della cateratta , penetrando nell' occhio attraverso la cornea. In quest' operazione si ha per oggetto, di distruggere i rapporti organici della cateratta, e di dividere il cristallino in frammenti , ad oggetto di moltiplicare le sue superficie , e di facilitare l' ammollimento od il suo assorbimento per mezzo dell' umor acqueo.

Ciò ch' è stato detto non è già applicabile ai casi ove la paralisi è sopravvenuta in seguito di discrasie, e particolarmente quando l' occhio è ancora sottoposto alla loro influenza.

I chirurghi che giornalmente medicano le malattie degli occhi, sono tutti convinti che il cristallino può essere effettivamente assorbito. *Scarpa* ed altri hanno pure dimostrato con ricerche anatomiche, che l' assorbimento di questo corpo si fa completamente. Vi sono di più molti esempj di cateratte che essendosi sviluppate, particolarmente in seguito della commozione dell'occhio, cioè per mezzo della distruzione delle aderenze organiche della capsula, sono state spontaneamente assorbite, e susseguite conseguentemente dal ristabilimento della vista. *Ware* (1) ed altri autori riferiscono de' simili esempj. Secondo questo chirurgo (2) il miglior mezzo di facilitare l' assorbimento delle cateratte, comparse in seguito di colpi, di punture ec. consiste nell' istillare nell' occhio dell' etere solforico puro o diluto.

È qualche volta accaduto, in casi però rarissimi, che delle cateratte sviluppate anco sotto l' influenza di cause interne, sono state assorbite senza che l'arte vi abbia preso parte (3). Non vi ha adunque che il scet ic smo, e la mancanza di esperienza che possino far revocare in dubbio la suscettibilità del cristallino ad essere assorbito. Ma se è indubitabile che questo corpo in certi casi sia annientato in parte, od in totalità, egli è altrettanto certo che la cateratta non è sempre assorbita in seguito della keratonitide. Quale ne può essere la causa? Il Sig. professore e consigliere aulico *Langenbeck* risponde a questa quistione, nel suo giornale, *Bibliothek für Chirurgie*, ec. 1. B. S. 554, dicendo „ciò dipendere dal processo „adottato per l' operazione, dallo stato delle parti „che restano dopo libere nell' occhio, e finalmente „dal luogo ove sono situati gli avanzi opachi della „cateratta, cioè dall' essere nella camera anteriore o „posteriore; „ io tengo quest'opinione, e vi aggiungo di più le considerazioni seguenti.

(1) Ved. le sue osservazioni, p. 117.

(2) Ved. le sue ricerche sulle cause che si oppongono per lo più ai felici successi dell' estrazione della cateratta.

(3) Si trovano dei casi di tal genere rapportati da *Albert* nell' *ottalmol. bibliotec.* di *Himly*, 2. B. 3. St. S. 167; ec.

Acciocchè una cateratta od una porzione della medesima sia assorbita, è necessario che non abbia più alcuna comunicazione organica colle parti vicine; bisogna che la massa che la compone sia di natura tale da essere penetrata e disciolta dagli umori del globo dell' occhio, e particolarmente dall'acqueo. Delle cateratte dense e dure, o che consistono in una massa impenetrabile dall' umore acqueo, non ponno essere assorbite dai vasi linfatici, dei quali noi siamo obbligati di ammetterne l'esistenza nell'occhio, quantunque non siamo in grado di dimostrarli (*). Queste cateratte possono adunque restare degl'interi anni nel globo dell'occhio, senza perdere del loro volume. Quanto più la cateratta è suscettibile d'essere penetrata dagli umori dell' occhio, quanto più è stata divisa in piccoli frammenti, cioè quanta maggior superficie offre all' umore acqueo, e quanto più è isolata, tanto più sollecitamente ha luogo l'assorbimento; la prontezza stà pure in ragione della mollezza dei frammenti: questo è quanto io ho potuto osservare molte volte, e con molta esattezza anco a occhio nudo. Un pezzo di cateratta che, a cagione della sua forma allungata e ricurva, era metà nella camera anteriore, in modo da essere come *a cavallo* sul bordo pupillare dell' iride, fu sì bene assorbito nello spazio di qualche giorno che non ci restò se non che una specie di scheletro sommamente sottile, che non era però la capsula, e che si potè osservare pel corso quasi di una settimana prima ch' ei fosse affatto disciolto dall'umor acqueo, e asportato dai vasi assorbenti. La prontezza dell' assorbimento della cateratta che è stata operata colla *keratonitide*, quantunque la consistenza ne sia la stessa, e che l'operazione sia stata ugualmente felice, varia considerabilmente per l' esito a seconda dell'età dei soggetti. Così acciocchè

(*) Il Sig. *Weller* non bilancerebbe per certo un istante ad ammettere i vasi linfatici nell' occhio, se fossero a sua cognizione gl' impareggiabili lavori in proposito, del nostro immortale italiano *Paolo Mascagni*. Ved. il suo *Prodromo della Grande anatomia* Tav. XIV pag, 66. alla 73. *N. d. T.*

si effettui in un vecchio, abbisognerà cinque o sei volte più di tempo di quello che non si richiede per un giovine. Se si ha a operare in vecchi deboli, con complicazione di *arco senile*, la stessa cateratta rimarrà nell' occhio senza mostrare quasi cangiamento alcuno; poichè, quantunque in questo caso l' umore acqueo goda della stessa facoltà dissolvente che nei soggetti giovani, la forza d' assorbimento non è più la stessa, giacchè non solamente la quantità degli umori diminuisce nella vecchiezza, ma si vede di più obliterarsi per fino dei grossi vasi; quelli degli occhi vanno soggetti alla stessa legge; e, se il cristallino, la cornea sono attaccati dal marasmo senile, i vasi grossi visibili, dotati di maggiore vitalità, si ostruiscono, e si disperdono, come sperare che sussisteranno ancora abbastanza vasi assorbenti sì delicati, ed anco invisibili all' occhio dell' uomo, per eseguire un assorbimento straordinario?

Dietro quanto è stato detto si osserva, per lo meno in parte, che dei frammenti di cateratta scorsi nella camera anteriore dell' occhio sono riassorbiti assai più presto che nella camera posteriore. Ma ciò può accadere che la forza assorbente sia maggiore in generale nella camera anteriore di quello che nella posteriore. Del rimanente, non è che in questi ultimi tempi che ci siamo occupati a conoscere meglio la facoltà che possiede l' occhio di assorbire il cristallino allorchè è fuori della sua capsula; poichè, quantunque negli andati tempi si fossero assai spesso vedute scomparire delle cateratte venute in seguito di violenze esterne, si cercava ciononostante di rendersene ragione, supponendo una specie di depressione prodotta dalla contusione, o si ammetteva che il cristallino opaco fosse ritornato trasparente.

Passiamo ora all'operazione in particolare, al perfezionamento della quale *Buchhorn* (l. c.) ed il *Langenbeck* hanno in particolar modo tanto contribuito. Si usano aghi retti e curvi, la di cui estremità pungente termina a foggia di lancia; quelli che sono curvi sono stati trovati i più comodi. Ecco qual è il modo di condursi in quest'operazione. Dopo di avere

ottenuta la dilatazione della pupilla, istallando sul globo dell'occhio qualche gocciola di una dissoluzione di estratto di belladonna o di giusquiamo, due ore prima dell' operazione; un ajuto fissa la testa, e rialza la palpebra superiore del malato, come se si trattasse di eseguire la reclinazione della cateratta; l' operatore abbassa ugualmente la palpebra inferiore colle dita medio e indicatore della mano sinistra, prendendo in seguito colla mano destra l'ago di *Langenbeck* (Tav. V. fig. 8) assolutamente come nell' operazione per depressione, cioè la concavità dell'istrumento essendo rivolta verso la cornea e la convessità dalla parte dell' operatore, il manico essendo talmente ravvicinato all' orecchio del malato che la concavità dell' ago sia, per così dire, applicata sulla convessità dell' occhio, la sua punta appoggiata sulla cornea dal lato dell'angolo esterno, ad una linea dal bordo della sclerotica, ed in posizione obliqua per rapporto al centro della pupilla dilatata. Se s' introduce l' ago verso il bordo inferiore della cornea, si può fissare l' occhio più solidamente, che quando si immerge lateralmente, in particolar modo allorchè si operano dei malati, i di cui occhi sono mobilissimi, come nei fanciulli. S' introduce l' istrumento nella cornea seguendo una delle direzioni descritte, ma senza rimuovere il globo dell' occhio, procurando di scansare scrupolosamente l' iride. In questo modo si passa la punta dell'ago nell'apertura della pupilla, e si attraversa la parete anteriore della capsula della cateratta. L' azione d' introdurre l' ago nella cornea e di farlo penetrare fino alla cateratta, deve essere eseguita in un solo e medesimo tempo.

Allorchè si è arrivati alla parete anteriore della capsula, si divide coll' istrumento, si sminuzza il cristallino, imprimendo dei movimenti all' ago, e le parti più voluminose della cateratta si abbassano. Si procura nel tempo stesso di spingerne qualche particella attraverso la pupilla nella camera anteriore, giacchè l' assorbimento vi è più attivo che nella posteriore, ed ove l' umore acqueo può più facilmente bagnare e penetrare quelle che sono rimaste in questa

ultima. Il miglior mezzo di fare passare i frammenti di cateratta nella camera anteriore consiste nel ritirare un poco l'ago a più riprese, per determinare un leggiero scolo dell' umor acqueo, il quale porta seco quelli che sono i più leggieri, e che si trovano nella posizione la più favorevole. Nell' introdurre l' ago nella cornea bisogna, al contrario, impedire qualunque versamento prematuro dell'umore acqueo, poichè apporterebbe il ristringimento della pupilla (1) e farebbe ravvicinare l' iride alla cornea, inconveniente che (se si volesse terminare allora l' operazione incominciata) esporrebbe a ferire l'iride, ed a far nascere in conseguenza l' infiammazione sì pericolosa di questa membrana. Bisogna, in tal modo, liberare la pupilla, e ridonarle quanto è possibile, quell' apparenza nera ch' essa suole avere nello stato naturale; ciò fatto si ritira l' istrumento dall' occhio, e si confida il rimanente all' assorbimento.

Quando l' ago è adoprato da abile mano, la sua curvatura agevola molto a introdurre i piccoli frammenti di cateratta attraverso alla pupilla nella camera anteriore.

Per condurre a termine l' operazione colla maggior sicurezza, è necessario che il dito indice che tiene abbassata la palpebra inferiore, serva costantemente di punto d' appoggio all' ago, ad oggetto che i movimenti di quest' istrumento non faccino risentire nè stiratura, nè compressione, nè distensione alla ferita della cornea, poichè tali accidenti determinano nel luogo della puntura (particolarmente nei soggetti che sono sotto l' influenza di qualche discrasia) delle ulcerazioni e delle macchie considerabili che ponno rimanervi.

Allorquando lo smembramento del cristallino non è indicato, e che uno si propone di fare soltanto il rovesciamento bucando la cornea, dietro il consiglio di *Langenbeck*, si applica la faccia convessa dell'ago

(1) É utile, in questo caso, di sospendere un' istante e colla mano fare ombra all' occhio, fino a che la pupilla si dilati nuovamente.

sul bordo superiore della cateratta, e la si spinge verso il fondo e la parte interna del globo dell' occhio.

Se in conseguenza dell' operazione della keratonitide un qualche frammento aderente della capsula opaca non è assorbito, bisogna allora fare una piccola incisione nella cornea, e ritirarne gli avanzi con precauzione, servendosi di un piccolo uncinetto delicato, o delle pinzette di *Blemer* (Ved. la tavola degl' istrumenti.)

L' ago curvo di *Langenbeck* che è poco tagliente, non basta spesso per frangere bene la cateratta, per cui si è sovente costretti di anteporli il keratomo ( ) dello stesso autore che è più tagliente (Ved. Tav. V. fig. 9), e di cui ci serviamo per fare qualche incisione sul cristallino di alto in basso, dal didentro al di fuori, ec.; si può pure con vantaggio fare eseguire a quest' istrumento dei movimenti di rotazione. Con tal mezzo, si arriva, se il keratomo è assai tagliente, a dividere completamente la cateratta, e facilitando il versamento dell' umore acqueo per mezzo di qualche movimento di va e vieni dell' istrumento, si riesce a fare entrare nella camera anteriore dell' occhio qualcuno dei suoi frammenti.

Quantunque la keratonitide sia facile nella sua esecuzione, e che sembri poco pericolosa, bisogna nonostante, come in tutte le operazioni, procedere con ogni possibile precauzione, conviene risparmiare quanto è possibile l' organo della vista, e non permettersi mai di eseguire dei muovimenti troppo estesi, affine di non interessare l' iride essi o la retina. Questo precetto deve essere osservato molto più ancora quando gli occhi sui quali si opera sono abitualmente disposti alle infiammazioni o ad altre affezioni; è molto meglio non insistere di troppo sullo sminuzzamento, e repetere piuttosto l'operazione qualche tempo dopo, di quello che volere tutto terminare in una sol volta. Vi sono degli occhi irritabilissimi che fanno conoscere una disposizione reumatica, scrofolosa, od artritica, e la capsula cristallina dei quali è adesa all'uvea in più punti; la prudenza non per-

(1) *Langebeck's* neue Bibliothek, ec. S. 466.

mette in questo caso di fare lo sminuzzamento completo od il rovesciamento della cateratta, poichè queste operazioni essendo di loro natura sempre imponenti eseguendo poi la keratonitide con una certa violenza, si avrebbe con molta ragione a temere un'infiammazione pericolosa, che suole non mancare per lo più. In simili casi io mi limito a frangere il centro della cateratta, per l'estensione del capo di un grosso spillo, o di una pupilla di un diametro mediocre, e circoscrivendo così l' azione del mio istrumento procuro di dividere il cristallino in particelle sottilissime, che m'ingegno di portarle, quanto mi è possibile, nella camera anteriore dell' occhio.

Fino a questo momento, in tutti i casi nei quali ho eseguita l'operazione, sotto pur anco a dei cattivi auspici, sono costantemente riuscito a condurla a buon termine senza veder sorgere gravi inconvenienti. Si possono vedere (Tav. 1. fig. 7.) i progressi dell'assorbimento in un' occhio sommamente sensibile, soggetto a delle continue infiammazioni, che io operai col processo ora descritto.

La cura, dopo quest' operazione, è la stessa che quella si costuma in seguito del rovesciamento con altro processo. Quantunque vi sia meno a paventare l'impressione della luce di quello che nell'estrazione, è però utile ciononostante che il malato non si curi di soddisfare al desiderio di vedere gli oggetti. Tali tentativi non presentano d'altronde, un resultato immediato tanto significante quanto in seguito dell' estrazione. Alcuni chirurghi non usano neppure la precauzione di chiudere l'occhio operato con una striscia di taffetà gommato, perchè considerano l'operazione di alcuna importanza per meritare queste cautele, e costumano piuttosto fare delle applicazioni di acqua fredda, che credono potere essere utilissime nei primi giorni, quando non v' abbia sospetto di affezioni reumatiche o artritiche. Io ho cura di chiudere le palpebre colle nominate striscie, ogni volta che ho eseguita sull'organo della vista un' operazione coll' ago, giacchè è il miglior mezzo di assicurare il riposo dell'occhio stanco. Se sopraggiungesse l' infiammazione prodotta da causa traumatica,

che esigesse delle applicazioni di acqua fredda, le striscie applicate sulle palpebre non si opporrebbero all' uso di questo mezzo ; poichè dopo averle rammollite le si levano per rimetterle dopo l'applicazione del liquido refrigerante. Allorquando la cateratta è stata abbassata e arrovesciata , introducendo l' ago per la cornea , o per la sclerotica , le applicazioni di acqua fredda ponno riuscire nocive , perchè favoriscono il risalimento della cateratta abbassata , sia esercitando una pressione sull'occhio , o accrescendo le contrazioni de'muscoli di quest'organo. Egli è in qualche caso necessario di stabilire degli esutorj, o di amministrare dei lassativi , prima di eseguire l' operazione. Dopo di essa è frequentemente utile il salasso ; e allorquando il soggetto è pletorico e disposto alle congestioni verso il capo , esso è tanto più necessario, e prima pur anco che i segni di un' infiammazione violenta dell' occhio siensi sviluppati. Ma quest'ultimo precetto trova la sua applicazione, in particolar modo in seguito delle operazioni della cateratta per estrazione.

È utile, dopo l'operazione, di sorvegliare acciocchè le consuete egestioni si eseguischino giornalmente; è pur necessario di tenere il malato a dieta, e di interdirgli l'uso delle bevande e degli alimenti riscaldanti e nutrienti.

La keratonitide è l'operazione che riesce meglio delle altre quando la cateratta è di una consistenza fluida , molle o mediocre; ma se i soggetti non sono di troppo attempati , quelle anco che sono le più dure finiscono esse pure per essere assorbite. Il lasso di tempo necessario acciocchè l'assorbimento possa effettuarsi, varia considerabilmente, e dipende tanto dalla consistenza della cateratta , quanto dallo sminuzzamento più o meno perfetto , e dal luogo ove sono depositati i suoi frammenti. Se la cateratta scomparisce fra la terza e l'ottava settimana , si è ottenuto un successo completo ; e sovente sono necessari più di sei mesi, e degli anni intieri pur anco, prima che l'assorbimento sia perfetto, quando non sia facilitato, ricorrendo più volte all' operazione dell'indicato sminuzzamento.

Se , dopo che la cateratta è stata esattamente

squarciata, i suoi frammenti si sono nascosti dietro la pupilla, e che il loro assorbimento non abbia luogo, o non si fa se non che lentissimamente, non vi è in tal caso miglior mezzo, dietro una seconda operazione, che procurare la dilatazione della pupilla instillando sull' occhio una dissoluzione di estratto di belladonna (') usando la precauzione di fare giacere il malato sul ventre, nella posizione assolutamente orizzontale, e la testa un poco inclinata in basso. Se si aggiunge a questa posizione lo scuotimento del corpo e della testa, e che i frammenti di cateratta non aderischino troppo intimamente fra loro, essi discendono poco a poco in quantità sempre maggiore nella camera anteriore dell' occhio, di dove scompariscono ordinariamente con molta sollecitudine. Io mi sono servito di questo mezzo con successo completo in tre casi differenti. Si favorisce ancora l' assorbimento dei pezzi di cateratta per mezzo dell'evacuazione dell'umor acqueo, la quale si eseguisce facendo una picciola punzione alla cornea. Questa operazione è stata raccomandata dal dottore *Werneck*, e l' esperienza ne ha sanzionata l' utilità. Effettivamente essa serve non solo a facilitare la sortita dell' umore acqueo contenente in dissoluzione dei frammenti di cateratta, ma imprime a tutto l' apparecchio organico dell' occhio una maggiore attività, che contribuisce non poco a fare prontamente scomparire i rimasugli che vi sono ancora.

Tutti i mezzi che facilitano la sortita dell'umor acqueo dalla cornea, e che generalmente favoriscono la riproduzione di quest' umore, hanno lo stesso resultato di quest' operazione. Le sostanze ch' io ho usate fino ad ora con successo non equivoco sono l'ammoniaca liquida, gli olj di cajeput, di finocchio, di garofano ec., ch' io faceva evaporare sotto l' occhio, o applicando immediatamente sul globo dell' occhio, medesimo delle leggiere dissoluzioni di tartaro stibiato, o di percloruro di mercurio, aggiuntavi qualche goc-

(1) ℞. Estratto di belladonna gr: v.
Acqua distillata . . . . ℥j.
Mescolate.

ciola di un liquido spiritoso avendo la precauzione di non usarlo se non che tiepido. Egli è abbastanza noto che non si deve ricorrere a tali medicature, se non che dopol'int era scomparsa di ogni accidente infiammatorio.

Prima di eseguire la keratonitide è vantaggiosissimo di dilatare la pupilla quanto e possibile, con applicazioni di giusquiamo o di belladonna; ed è meglio adoprare questi mezzi a più riprese (come l'abbiamo di già avvertito) due ore prima dell'operazione; in tal modo si ha la dilatazione più estesa, e si corre meno rischio di ferire l' iride.

Se noi avessimo sempre ignorata la proprietà di ingrandire l'apertura dell' iride, della quale sono fornite le nominate sostanze, ci sarebbe stato impossibile di tirare un partito più vantaggioso per l'assorbimento del cristallino, di quello che non si era fatto nei secoli passati (1).

(1) Questi narcotici la di cui influenza sulla pupilla non è stata conosciuta che in questi ultimi tempi, possono essere spessissimo usati utilmente nella cura delle malattie degli occhi, alle volte per ottenere dei vantaggi passeggieri, altravolta dei successi durabili. Ci giova sperare che i vantaggi ancora limitati che se ne ricava oggigiorno, saranno in seguito più significanti. La belladonna ed il giusquiamo sono stati particolarmente usati sotto forma di estratto, e applicati sull' occhio, in istato di dissoluzione, ad oggetto di facilitare l'ispezione della cavità del globo dell' occhio, ciò che è particolarmente utile e necessario prima delle diverse operazioni, che s' intraprendono per rimediare alla cateratta; sono pure indispensabili nella keratonitide, poichè l'ingrandimento dell' apertura pupillare facilita non solo la lacerazione e rovesciamento della cateratta, senza esporsi a ferire l' iride, ma rende ancora più facile il passaggio dei frammenti nella camera anteriore. L'operazione diventa possibile, in seguito di questa dilatazione, nei casi stessi in cui la cateratta è complicata dalla sinechia posteriore, particolarmente quando le aderenze leggiere, e filiformi sono state lacerate per ottenere la dilatazione della pupilla. Quando la sinechia esiste colla cateratta capsulare parziale, la vista è spesso considerabilmente migliorata per mezzo delle istillazioni della dissoluzione d' estratto di belladonna. I frammenti di cateratta che rimangono nella camera posteriore, e che non vi sono assorbiti, passano talvolta facilmente nell' anteriore

Si attribuiscono alla keratonitide i seguenti vantaggi sopra l' estrazione e sul rovesciamento introducendo cioè l' ago dalla sclerotica.

Nell' operazione della keratonitide, non s'interessano le parti le più importanti dell' occhio, tali che la sclerotica, la coroide, il circolo ciliare e la retina. La cornea sola è lesa (1). Tale lesione è sì poco considerabile che non ne resulta alcuno dei fenomeni spiacevoli, che sono sì frequenti in seguito dell'estrazione della cateratta, quali sarebbero le infiammazioni, l'opacità completa della cornea, una cicatrice visibile di questa membrana, e la procidenza dell' iride. Allorquando la pupilla è stata sufficientemente dilatata col

allorchè la pupilla è dilatata. Quando esiste la miosi o serramento pupillare dovuto a delle cause *dinamiche*, questi narcotici usati soltanto all' esterno, oppur anco all'interno, producono talora effetti buonissimi, e durevoli.

Nei leucomi occupanti il centro della cornea, la dilatazione della pupilla è un mezzo palliativo, che favorisce l' ingresso dei raggi luminosi nell'occhio e che contribuisce conseguentemente al miglioramento della vista. L'uso di questi narcotici, e l'occlusione simultanea delle palpebre, riescono sovente a ridurre l' iride, nel caso di prolasso incipiente di questa membrana, attraverso le piaghe o ulceri della cornea. *Baratta* asserisce in oltre (*Osservazioni pratiche sulle principali malattie degli occhi*, *Milano* 1818, tom. I. pag. 139), che se ne fa uso nei casi ove l' iride è stata distaccata dal ligamento ciliare, in seguito di una lesione accidentale, la detta membrana si contrae nella sua gran circonferenza, la parte distaccata si ravvicina al ligamento ciliare, e contrae nuove aderenze, che fanno scomparire la deformità resultante dal suo staccamento. Si ottengono pure degli eccellenti effetti nell' iridite semplice. (Ved. l' articolo *Iridite*.)

(1) Ma all' opposto queste parti risentono sempre una commozione più o meno considerabile, la di cui conseguenza può essere l'indebolimento della vista. Io ho particolarmente spesso osservato la paralisi variabile dei nervi ciliari, che si manifesta colla dilatazione ineguale della pupilla. La vista non sembra impedita, in questi casi, dietro l'assorbimento dei frammenti di cateratta; ma un tale accidente è inevitabilmente congiunto alla cecità totale o parziale, quando non solo ha avuto luogo una scossa dell' iride, ma ancora una forte commozione della retina.

giusquiamo o colla belladonna si corre meno rischio di ferire l'iride, di quello che quando si fa la depressione o la reclinazione nel modo ordinario, imperocchè si ponno osservare i movimenti dell' ago attraverso la cornea trasparente, quando l' ago incomincia ad agire sulla parete anteriore della capsula; mentre che nel processo ordinario della depressione, s' impianta spesso l' istrumento da parte, nella sostanza della cateratta, senza toccare sulla parete anteriore, nella quale riesce in seguito difficilissimo di operare. La keratonitide può eseguirsi sù quasi tutti i soggetti, sia che godino di buona come di cattiva costituzione, poichè vi è molto meno a temere l' infiammazione grave consecutiva. Questo vantaggio è particolarmente interessantissimo per gl' individui artritici affetti da cateratta. L'apertura delle palpebre può ancora essere più o meno stretta; può accadere che gli occhi sieno infossati, o prominenti, e che il circolo ciliare sia o nò varicoso (1); la cateratta può finalmente essere pure parzialmente aderente: tutte queste circostanze non contraindicano mai l' operazione della keratonitide.

È in oltre indicata la keratonitide particolarmente nei fanciulli e nei ceco-nati, ne' quali l' occhio è troppo mobile per potere tentare con sicurezza un'altra operazione.

È preferibile operare i fanciulli fra i due e cinque anni; quantunque qualche pratico abbia biasimato ogni tentativo di tal natura a quest'età, per la ragione che vi è allora una tendenza troppo forte all'infiammazione, ed all' obliterazione della pupilla. Ma senza tener conto di ciò che succede nei fanciulli, per la ragione che ha luogo dietro le operazioni eseguite sui loro organi, serve il sapere che l' esperienza ha dimostrato non essere maggiore che negli adolescenti; altri motivi poi devono determinare ad operare di buon' ora.

(1) Lo stato varicoso del corpo ciliare si riconosce tosto da un circolo di color cinereo che circonda il bordo della cornea, e che ordinariamente è il resultato dell'infiammazione.

Senza la vista, le altre facoltà non ponno acquistare nell' infanzia , se non che un debole sviluppo ; l' intelligenza é ritardata, e la retina non potendo accostumarsi per tempo all' impressione della luce , si trova in seguito nell' impossibilità di abituarsi all' influenza di questo agente, come lo avrebbe fatto senza un tanto ostacolo. Dall'esposto ne resulta la vera debolezza di questa membrana, che non scomparisce mai completamente quando l'operazione è fatta più tardi , resultandone pur anco buon successo. Finalmente , è d' assai più facile operare la cateratta nella prima età, di quello che ad un'epoca più remota. Effettivamente a quell' epoca basta spesse volte aprire largamente la capsula ; è questo il medesimo processo raccomandato da *Saunders* e da altri chirurghi. La cateratta nei fanciulli essendo per lo più ancora molle, e talvolta fluida , offre per conseguenza grande facilità nel fare la keratonitide. La mollezza della cateratta diminuisce poco a poco, in proporzione che l' assorbimento si fa maggiore nella massa cristallina, e ch'essa si ravvicina di più a ciò che costituisce la cateratta capsulare siliquosa secca ; essa doventa allora vie maggiormente stabile , dura e tenace, e si esserva spesso intimamente unita all' uvea; in simili casi dessa è assai più difficile a allontanarsi dalla pupilla di quello che prima.

La ragione particolare mediante la quale alcuni pratici danno l'esclusiva preferenza all'estrazione della cateratta , non mira ad altro senza dubbio , che per poco o mediocremente che riesca l' operazione , se non che per secondare il desiderio del malato , il quale cercando di vedere, si accerta immediatamente da se stesso del buon' esito , ciò che influisce moltissimo ad accordare un' alta opinione dell' operatore. D' altronde il chirurgo può più facilmente attribuire l' infiammazione consecutiva , che distrugge talvolta completamente la vista , all' indocilità del malato nel corso della cura che richiede l' operazione. Ciononpertanto non deve esser questi un motivo sufficiente per adottare esclusivamente un processo operatorio, e soprattutto per trascurare quanto può essere di più utile al malato. Accade spesso che si può reiterare la keratonitide o la reclinazione della cateratta sul me-

desimo occhio, mentre che l'estrazione una volta male eseguita toglie per sempre la possibilità di ristabilire la vista.

L' esperienza di *Langenbeck*, di *Walter*, di *B. Siebold*, ec. milita in favore della keratonitide. Ma non si deve considerare questo metodo come il migliore, e come preferibile ad ogni altro. Può benissimo accadere ch' esso non sia tanto indicato quanto l' estrazione e la reclinazione eseguita introducendo l' ago dalla sclerotica; limitiamoci presentemente a sperare che l' esperienza deciderà questa quistione.

La cateratta non è sempre completamente assorbita quand' anche è stata infranta a riprese, e lo stesso assorbimento non è costantemente susseguito da ristabilimento della vista così perfetto quanto in seguito dell' estrazione. Talvolta quand' anco la keratonitide è stata eseguita senza eccezione, si osserva, in alcuni malati che sono sotto l' influenza di certe diatesi, sopraggiungere, contro ogni aspettativa, delle infiammazioni che senza il concorso d' alcuna altra causa ponno distruggere la vista per sempre.

Nulladimeno si converrà facilmente che la lesione resultante dalla keratonitide non è molto considerabile particolarmente se si paragona a quella che ha luogo seguendo il nuovo metodo proposto da *Gibson* (1), che consiste nel distruggere la cateratta facilitandone il suo assorbimento; non è altresì tanto difficile ad eseguirsi quanto la keratonitide. Contuttociò sembra che il rovesciamento della cateratta introducendo l' ago dalla cornea, non possa essere eseguito sì facilmente, o per lo meno con tanto successo, che allorquando si penetra nell' occhio attraverso alla sclerotica;

(1) Si serve di un istrumento curvo avente la forma di un' ago da cucire per passare un fil di seta attraverso il cristallino opaco e formare in tal modo un setone, le di cui estremità pendono fuori della sclerotica. Con questo mezzo ha ottenuto in molti casi il pronto assorbimento della cateratta, ma in altri sopravvenne un' infiammazione violenta che l' obbligò all' estrazione del filo. (Ved. *The New-England journal of medicine and surgery and collatera branches of science, Vol. VIII. Boston* 1819.)

poichè spessissimo, la cateratta risale completamente o quasi in totalità davanti alla pupilla, e rimane in tale posizione senz' essere assorbita in modo notabile.

Il professore *Langenbeck* (1), un tempo il più zelante partigiano della keratonitide, sembra oggi abbandonare quest' oggetto della sua antica predilezione. Egli eseguisce ora lo sbricciolamento della cateratta attraverso la sclerotica con un ago retto terminato a punta di lancia, oppure sposta e rovescia il cristallino, ossia egli fa il rovesciamento penetrando nell' occhio attraverso la sclerotica per mezzo di un ago un poco curvo, il di cui bordo esterno è rivolto in fuori ed in avanti; la faccia anteriore in basso, la posteriore in alto, e il bordo inferiore in dietro.

Adams aveva di già fatto lo sminuzzamento della cateratta nella camera posteriore dell' occhio, ma rispingeva i frammenti nell' anteriore, ciò che è disapprovato da *Langenbeck*.

Quando la cateratta è dura, e che alcun'ostacolo vi si oppone, l' estrazione (ed in alcuni casi il rovesciamento) sono eccellenti metodi da adottarsi allorchè l' operazione è eseguita da un'abile mano. Se la cateratta è molle, poltacea, od accompagnata dall'opacità della capsula, se il soggetto non è troppo avanzato in età, vale a dire se si può sempre sperare l' assorbimento, se l' occhio è molto irritabile, ed è soggetto alle infiammazioni, ec, il rovesciamento eseguito attraverso la sclerotica, o lo sminuzzamento attraverso la cornea, riescono nella maggior parte dei casi.

Allorchè ambo gli occhi sono attaccati da cecità, le due cateratte, od almeno una di esse è di natura tale da permettere l'estrazione, io le opero ambedue alla volta, purchè niente vi si opponga, e sovente una per estrazione, per rovesciamento o per la lacerazione l'altra (*per cataractae discissionem.*) Tal condotta mi sembra la più saggia. È dessa ugualmente vantaggiosa per il malato quanto pel chirurgo; poichè se il resultato dell'estrazione non è favorevole, si può

(1) Ved. il suo giornale: Neue Bibliotek für die Chirurgie und Ophthalmologie, 2. B, 3. H, S. 418.

contare sull' esito dell' altro occhio ; e , nel caso ove l' assorbimento si fa con troppa lentezza, o quando la cateratta risale e si situa davanti alla pupilla, si può reiterare l' operazione. Se il malato distingue la luce coll' occhio che è stato operato per estrazione , sopporta allora più pazientemente il ristabilimento della vista nell' altr' occhio, che si effettua più lentamente.

Nel primo caso il resultato è sollecito , e la reputazione dell'operatore è giustificata; nel secondo quantunque il resultato non sia tanto brillante, esso è nullameno al coperto d'ogni rimprovero. Quando un solo occhio essendo affetto da cateratta, l'altro è ancor sano, il chirurgo deve preferire la keratonitide, quando non esistino contro indicazioni plausibili per l' esecuzione.

Queste osservazioni non dovrebbero essere trascurate neppure dai chirurghi degli spedali, poichè esse sono altrettanto di loro interesse quanto del malato. Io lo repeto , la pratica della medicina oculistica può assai più facilmente che quella di ogni altra branca dell' arte di guarire, essere fatale alla reputazione di colui che l' esercita; poichè è spesso compromessa o quasi intieramente perduta, mentre che nei casi ove l' attenzione del medico si limita alla cura delle malattie interne , non ne risente il più leggiero attacco. Del rimanente io farò osservare che le operazioni le più facili non sono sempre vantaggiose, nè quelle che si devono preferire ; questo rilievo è particolarmente dovuto ai giovani chirurghi che fanno il primo passo nella pratica dell'arte di guarire. Ma per non limitarsi costantemente ai processi operatorj i più facili , è indispensabile di esercitarsi di spesso sugli occhi de' cadaveri , imperocchè, quantunque vi sia una gran differenza fra l' operare sugli ultimi e sul vivo, questo esercizio è l'unico mezzo di perfezionarsi senza incorrere inconveniente alcuno per la specie umana (1).

(1) In questi ultimi tempi, si è provato a far nascere artificialmente delle cateratte negli animali viventi e sul cadavere, ad oggetto di procurare ai principianti un mezzo atto ad esercitarsi con più sicurezza in quest'operazione; poichè è certo che se si opera, essendo il cristallino perfettamente trasparente, non si può mai determinare con certezza se

Prima di dar termine a quanto concerne la cateratta, diremo qualche cosa sulle infiammazioni in generale che ponno susseguire alle operazioni necessarie per la guarigione di questa malattia. Le infiammazioni in discorso si manifestano con più sintomi, e in differenti maniere, a seconda della parte ch' esse attaccano di preferenza, o secondo il grado di attività o di cronicità che assumono nel loro corso. Generalmente si può ammettere che quanto più sollecite sono le infiammazioni che succedono all'operazione, più il primo periodo è acuto, e più ancora è necessario insistere sulla cura antiflogistica.

L'estrazione può essere succeduta da *iridite acuta o cronica*, da *ottalmia*, ed in seguito da *ottalmoblenorrea*, ec. Le infiammazioni consecutive alle operazioni fatte coll' ago, assumono generalmente un andamento cronico, e resistono per lo più con ostinazione ai mezzi i più razionali. Le lesioni fatte alla cornea col nominato istrumento producono frequentemente uno stato infiammatorio particolare che consiste nell'iridite cronica, complicata coll'infiammazione della membrana di *Descemet*, della quale è di già stata

questo corpo è abbassato e rovesciato come conviene di fare, o se l' ago è già introdotto nella cateratta stessa, mentre si suppone semplicemente applicato sù di essa. *Troja* si è particolarmente occupato a fare delle indagini sù tal particolare. (*Memoria*, ec. tom. 1, *Milano*.) Il resultato delle sue esperienze si trova depositato, in estratto, presso *Giovanni Baratta*, *Osservazioni pratiche sulle principali malattie degli occhi*, tom. II, *Milano*, 1818, p. 109 e 114. Egli ottenne tosto che il cristallino diventasse opaco, allorchè egli circondava gli occhi di sale marino impuro, leggiermente inumidito. Ma spesse volte la cornea diventava opaca anch' essa nel tempo medesimo. Questa ragione, aggiunta al non riuscirle più le esperienze fatte a Napoli, ugualmente che quelle tentate a Parigi, l'obbligarono ad esperimentare l'acido nitrico diluto con acqua, dieci volte più del suo peso. Quest' acido produsse ancora l' oscuramento della cornea, ma non era che superficiale, e si poteva togliere facilmente sotto forma di pellicola al di sotto della quale la cornea si presentava allora perfettamente chiara e trasparente.

fatta menzione parlando della keratite. In seguito delle operazioni da noi descritte, quest' infiammazione può essere più grave e più diffusa, e produrre facilmente delle aderenze della pupilla. Ponno in oltre sopraggiungere delle infiammazioni della retina, della coroide, della capsula cristallina, ec. che si riconoscono ai sintomi propri alle infiammazioni di queste parti.

La cura speciale delle dette infiammazioni sarà indicata a suo luogo; io farò soltanto osservare qui, che quelle che sono puramente traumatiche, devono essere sempre curate immediatamente cogli antiflogistici, e che quando si hanno a combattere delle infiammazioni prodotte dalle operazioni che si eseguiscono facilmente coll' ago, è utile di fare, (dopo una sottrazione sanguigna) delle applicazioni di acqua fredda, alla quale si può aggiungere una piccola quantità di acetato di piombo liquido; nulladimeno il loro uso dev' essere diretto con prudenza.

La *cateratta secondaria* è, come ce l'ha insegnato *Schmidt* (1), una debolezza della vista che non si distingue dalla cateratta primitiva che per l' intervallo di tempo dietro il quale essa comparisce; ed è questi il motivo per cui presenta gli stessi sintomi.

Se in seguito dell'operazione eseguita coll'uno o l'altro metodo, vi restano dei frammenti di cristallino che intercettino il passaggio de' raggi luminosi attraverso la pupilla, quest' affezione si chiama *cateratta lenticolare secondaria*; si deve aspettare che il suo assorbimento abbia avuto luogo; si può pure facilitarlo coll'applicazione di sacchetti di erbe aromatiche secche, oppure coi mezzi da noi indicati parlando della keratonitide, ec. Ma se l'assorbimento non ha luogo, bisogna fare la depressione dei più piccoli pezzi della lente cristallina, la reclinazione dei frammenti più considerabili, e, se ciò è possibile, estrarre, dietro il consiglio di *Beer*, il cristallino stesso allorchè è rimasto intiero. Prima di mandare ad effetto queste operazioni consecutive, bisogna costantemente che l'oc-

(1) *Uber Nachstaar und Tritis, Wien*, 1801. S. 4. (Sulla cateratta secondaria e l' iridite.)

chio abbia avuto tempo di rimettersi completamente della prima operazione, ciò che esige talvolta sei ad otto mesi.

Se sopraggiungesse una cateratta lenticolare secondaria dopo la keratonitide, converrebbe farne l'estrazione od il rovesciamento introducendo l'istrumento nella sclerotica, di dove sarebbe ancor meglio di sminuzzarla una seconda volta. Allorquando la capsula cristallina impedisce la vista (*cateratta capsulare-secondaria*) e che la sua opacità sia manifestissima si può lacerare questa membrana in tutte le direzioni, per mezzo dell'ago da cateratta, ed allontanarne i pezzi quanto è possibile dall' apertura della pupilla.

MALATTIE DEL CORPO VITREO E DELL' UMORE ACQUEO.

Glaucoma.

Glaucoma (ΓΛΑΥΚΟΣ *turchino, azzurro, verde di mare*); (ΟΜΜΑ *occhio*), *glaucosis, cataracta-viridis, seu glaucomatosa.*

Si designa sotto il nome di *glaucoma* quell'affezione che ha per oggetto d' indebolire considerabilmente, o di abolire completamente la vista, e nella quale il corpo vitreo sembra torbo e di un colore bigio verdastro, o verde di mare.

Nel principio della malattia, il soggetto che n'è attaccato crede di vedere davanti all'occhio del fumo, che ordinariamente si presenta tutto ad un tratto, ed è particolarmente distintissimo al principio, quando il malato ha di già perduto un' occhio per la stessa affezione. Questa nebbia può non essere visibile per delle ore, e pur anco per delle intiere giornate, se lo spirito del malato è distratto da delle emozioni piacevoli, e se il corpo sia nutrito con alimenti sani. Ma poco a poco il nominato fumo diventa più significante e sembra più denso; pare al malato di distinguere nell'occhio delle macchie nere, cupe, che vede

come fluttuanti nel mezzo; vi si osservano ancora molto spesso delle mosche volanti (1); ma dietro quanto ho osservato, il citato fenomeno scomparisce a misura che la diminuzione della vista fa dei progressi. Se si esamina l' occhio a questo periodo della malattia, non si rimarca altra cosa che l'energia della pupilla; poco a poco sopraggiungono degl'indizi di dolori gravativi che fanno risentire una sensazione di stiracchiamento al di sotto dei sopraccigli, e fra non molto diventano più violenti, quando la malattia nel suo nascere è accompagnata da congestione visibile nell'occhio, oppure dai sintomi d'infiammazione. Cotesti dolori ponno essere sospesi per più giorni, ed anco per molte settimane, se la temperatura ammosferica diventa favorevole. Essi raddoppiano ordinariamente verso sera, subiscono una remissione il mattino, e si esasperano comunemente allorchè il tempo si cangia in peggio, o quando il malato giace sulle penne. A quest'epoca della malattia vi ha ordinariamente un certo grado di fotofobia, ed un sensibile prurito nell'occhio, quando particolarmente il malato vuole osservare con attenzione qualche oggetto; egli crede pure vedere delle macchie del colore della luna, o verde-nerastro o screziato; prima di quest' epoca, il lume di una candela gli sembrava inviluppato dei colori simili all'arco-baleno. In proporzione che l'affezione fa dei progressi i dolori al di sotto dei sopraccigli aumentano, e si estendono di più; il globo dell'occhio diventa la sede di una sensazione di stiracchiamento, che s'accresce insensibilmente ed acquista tosto un grado d'intensità, che i malati rassomigliano al dolore che resulterebbe dagli sforzi che far si potrebbero nel tagliare il globo dell'occhio. Quanto prima la vista degrada ogni giorno più, la pupilla resta immobile, perde il suo color nero, e prende quello di metallo. I malati non ponno più distinguere se non che gli oggetti di gran volume; la pupilla si dilata viemaggiormente, sotto l'influenza di dolori violenti che vanno sempre crescendo e che si fanno sen-

(1) *Benedict, Disquisitio ophthalmologica de morbis humoris vitrei in oculo humano*, p. 11. 1809.

tire negli ossi frontali; si osserva distintamente in quest' apertura che sembra manifestamente concava un colore nebuloso di un nero-verdastro, o verde-marino; la congiuntiva oculare a poco a poco si mostra attraversata da' vasi sanguigni varicosi che s'estendono fino dietro il bordo della cornea, e lasciano in questo punto uno spazio anulare che forma un circolo azzurrognolo, di aspetto sordido, altrettanto più manifesto, quanto è maggiore il numero de' vasi varicosi. La pupilla che è dilatata, conserva la sua forma rotondeggiante, o và soggetta ad una ineguale deformità, o diventa ovale; in quest' ultimo caso rassomiglia a quella degli animali ruminanti.

La vista s' indebolisce gradatamente, in proporzione che i dolori aumentano d' intensità, e non rimane ben presto se non che la percezione di un leggiero bagliore; il bordo pupillare si rovescia in fuori in modo tale che si vede nera la materia colorante dell' uvea, che si presenta sotto forma di un anello; il colore dell' iride è senza splendore, e sembra essere stato diminuito come in conseguenza di una lavanda; non si riconosce che appena la sua organizzazione; finalmente il globo dell'occhio presenta un aspetto metallico, e sembra disuguale e mal fermo. Gli occhi bruni sono in generale più soggetti a questa malattia; allora il colore cupo dell'iride si cangia in turchino-bigio, sudicio, metallico, e senza lucentezza (1). Finalmente, il cristallino incomincia esso pure a divenire opaco, e l' oscuramento nero-verdastro della pupilla, che antecedentemente sembrava concava, si cangia in nero-verdastro, e comparisce convessa: il cristallino si rammollisce, aumenta di volume, respinge l' iride in avanti, e diminuisce conseguentemente la capacità della camera anteriore dell' occhio (2). Questo è ciò che gli antichi chiamavano *cataracta viridis*, e che i moderni conosono sotto il nome di *cataracta glau-*

(1) Coloro che desiderano maggiori dilucidazioni su quest' oggetto possono consultare il primo fascicolo delle mie *Selecta circa morbos humani oculi. Lipsiæ et Parisiis.*

(2) Tav. II, fig. 8.

comatosa. Le patologiche alterazioni sopraggiunte nel globo dell' occhio essendo in tal modo giunte al loro massimo grado, la capsula cristallina stessa essendo divenuta opaca, e l'occhio avendo acquistato una maggior durezza, diminuisce spesso di volume e si atrofizza, le palpebre si avvallano, si ricurvano completamente, e quest' organo rimane per sempre aggrinzato, e indurato.

Considerando attentamente l'origine e l'andamento dell' esposta malattia, noi troveremo ovunque, che essa incomincia con dei sintomi, che indicano soltanto un' affezione dei nervi dell' occhio; non è che in seguito che si vede formarsi l'attrazione particolare del corpo vitreo; finalmente si riscontrano talvolta la massima parte dei segni che indicano l' amaurosi. Noi vediamo ancora l'opacità del corpo vitreo non comparire in generale, che lentissimamente; al contrario la diminuzione della vista osserviamo essere sovente rapidissima, talora istantanea, od almeno l'opacità del corpo vitreo non essere in alcun modo in relazione colla cecità esistente. Di più, un leggiero oscuramento verdastro non è una causa sufficiente per rendere ragione della perdita completa o quasi completa della vista; non potrebbe tutto al più che comunicare agli oggetti un' aspetto verdognolo, e nulladimeno, dietro quanto ho esservato, quest' effetto non ha giammai luogo.

Riflettendo a tutte queste circostanze si può concludere, con certezza, che il glaucoma non dev'essere considerato come malattia di una specie particolare ma come un' amaurosi di natura la più spiacevole. Quelli che hanno avuto occasione di disseccare degli occhi ammalati di glaucoma, e non hanno trovato il corpo vitreo che poco alterato sotto il rapporto del colore e della trasparenza, sono bene autorizzati a pensare che la causa dell' intorbidamento verdognolo che si è osservato attraverso la pupilla non sia riposto soltanto nel corpo vitreo, ma che esista simultaneamente nella retina che circonda questo corpo, e ch' essa dipenda in oltre dalla diminuzione di turgore vitale dei centri trasparenti degli occhi, i quali permettono allora che la retina si veda meglio, ed in

molta maggiore estensione, essendo dilatata la pupilla. *Wenzel* (1) aveva di già detto, „ Ciò che si chiama „ glaucoma mi sembra essere una vera malattia del „ nervo ottico, la quale alterazione si comunica alla „ retina, che ne è l' espansione „.

Io aggiungerò che la perdita di trasparenza del corpo vitreo, non può non essere altra cosa che il prodotto dell' alterazione del nervo ottico; ed è perciò che ci occuperemo di questa malattia al capitolo dell' amaurosi. Sarebbe a desiderarsi che le ricerche sul medesimo argomento fossero continuate, affinchè le idee confuse che si sono avute dai tempi i più remoti fino ad oggi sulla natura del glaucoma, sieno finalmente rischiarate. La causa di questa grave malattia deve probabilmente consistere unicamente nell'artritide; ma fintanto che noi non ne abbiamo acquistata la certezza sarà preferibile senza dubbio, di ammettere che il glaucoma riconosca in generale per causa, delle affezioni discrasiache.

Del rimanente tal malattia si osserva in particolar modo nei soggetti di temperamento bilioso (collerico), in quelli sottoposti alle malattie intestinali, principalmente in coloro affetti da emorroidi, e nelle donne che hanno oltrepassata la loro epoca critica.

Il prognostico è sommamente sfavorevole allorchè la malattia è inoltrata, o quando ha acquistato tutto il grado di sviluppo di cui è suscettibile; poichè si giunge allora difficilissimamente ad ottenerne la guarigione; tutto al più si può sperare di diminuirne i dolori. Ciò che è ancora vantaggioso, si è che in generale la malattia non attacca subito che un solo occhio ed in questo caso il chirurgo riesce talvolta a salvare l' altro, purchè nulla si trascuri in principio, giacchè sarebbe infallibilmente colpito da cecità in uno spazio di tempo più o meno corto. Sarebbe molto a desiderarsi che tutti i chirurghi fossero penetrati di quest' importante verità.

Quando un occhio è di già attaccato da glaucoma,

(1) Manuale per l' oculista, tom. I, p. 321.

questo precetto (dietro quanto ho osservato io stesso) non sarà mai abbastanza raccomandato, per impedire la formazione della malattia nell'altr'occhio. Se i malati sono robusti e pletorici, la flogosi predomina sempre più o meno al principio; così pure nei soggetti discrasiaci; in tal caso li faccio salassare dal piede e per lo più in modo che il sangue non ecceda che raramente quattro o cinque once, non essendo mia intenzione di debilitare l'economia, poichè mi propongo soltanto di rendere la circolazione più libera e più uniforme. In seguito ricorro al salasso una o più volte, secondo le circostanze. Ma nelle ultime emissioni, la quantità del sangue che si estrae non deve mai oltrepassare una o due once.

Contemporaneamente amministro dei lassativi leggieri; faccio applicare dei larghi revulsivi alle braccia, e, quando il pericolo minaccia più da vicino, prescrivo delle fregagioni alla nuca di pomata stibiata contenente il tartaro emetico in forte dose, usando la precauzione di mantenere la suppurazione delle pustole, che si sviluppano, per mezzo delle pomate irritanti; fino a che la suppurazione aggiunta all'irritazione del revulsivo, abbia prodotto sull'occhio un sufficiente cangiamento. Allorquando esistono di già dei sintomi, che annunziano la formazione del glaucoma, tali che dei dolori al di sopra dei sopraccigli, faccio fare sù codesta regione delle strofinazioni tre o quattro volte ogni giorno, con una pomata composta di linimento ammoniacale, di laudano liquido del Sydenham e di olio di sabina; questo mezzo dopo che la flogosi è diminuita, fa per lo più scomparire i sintomi.

Io esibisco immediatamente all'interno, e per lungo tempo, dei leggieri risolventi quali sono le decozioni edulcorate di *gremigna*, di *pisciarello*, l'*estratto di celidonia*, il *sapone medicinale*, il *sale ammoniaco purificato*, la dissoluzione di *acetato di potassa*; in seguito passo da questi a quei medicamenti che hanno una proprietà incisiva più marcata, come la *resina di guajaco*, il *galbano*, la *gomma-ammoniaca*, gli *antimoniali*, l'*estratto d'aconito*, ec.

Nel caso di cessazione del flusso mestruale, o di soppressione di emorroidi, ho osservato che le preparazioni solforose, e l'estratto acquoso di aloe sono stati efficacissimi. Seguendo questa cura, io sono più volte riuscito a impedire la formazione di un glaucoma all' altr' occhio, ed a guarirlo o ad arrestarne lo sviluppo.

RISOLUZIONE DEL CORPO VITREO.

Sinchisi (*da* ΣΥΝ *insieme, e* ΧΥΩ *fondere, rendere liquido.*)

La sinchisi succede all'ottalmia, e particolarmente all' iridite sifilitica, oppure si sviluppa anco senza essere preceduta da quest' infiammazione, in seguito dell'abuso del mercurio. Quando comparisce dopo un' ottalmia si riconosce ai sintomi seguenti: il corpo vitreo perde della sua trasparenza, acquista un colore bruno rossastro; la vista è scemata di forza od affatto abolita. Se il malato scorge ancora un poco gli oggetti, egli è miope al più alto grado; la pupilla è ristretta, talvolta dilatata, e più o meno angolosa. I muovimenti di dilatazione e di contrazione dell' iride sono lenti e poco marcati, spesse volte non esistono affatto; questa membrana prova allora delle oscillazioni alternative davanti in dietro, e di dietro in avanti, quando il malato fa muovere l'occhio con forza. La sostanza del corpo vitreo diventa tenue come l' umore acqueo; le cellule non esistono più, e la membrana ialoide si rompe colla massima facilità. Verso la fine, il cristallino si rammollisce, diventa opaco, bianco, e come caseoso (ma non aumenta di volume come nel glaucoma); il bulbo dell' occhio è molle, la sclerotica prende una tinta turchiniccia, e si lascia increspare in qualche modo su se stessa, senza che il malato ne risenta alcun dolore. Finalmente, comparisce l' atrofia del globo dell' occhio.

Quest' affezione può dipendere da una mancanza di equilibrio fra le forze assorbenti della membrana ialoide e quelle delle parti vicine.

Il prognostico, in generale, non è tanto cattivo quanto nel caso di glaucoma, poichè in alcune circostanze ove la sinchisi non era che imperfetta, si è veduta scomparire sufficientemente sotto l'uso di mezzi convenienti. La sinchisi può persistere durante tutta la vita ad un certo grado, senza arrivare al suo sviluppo completo; si può allora presumere che la causa della malattia è scomparsa. Può accadere che la nominata affezione non possa essere arrestata nel suo corso; in tal caso, la retina partecipa di questo stato patologico, poichè la sua funzione s'indebolisce, e termina per estinguersi. Non si conosce fino al presente alcun mezzo per guarire la sinchisi, allorchè è giunta al suo più alto grado.

Quando la risoluzione del corpo vitreo è incipiente è stato raccomandato l'uso della radica di salsapariglia, del calamo aromatico, della china china, degli amari, delle acque ferruginose, i vini generosi, gli alimenti nutritivi e di facile digestione, l'abitazione in luoghi ove l'aria sia asciutta e pura, ed un esercizio moderato è pure utilissimo. Si sono talvolta ricavati degli eccellenti effetti dall'uso degli accennati mezzi.

IDROPISIA DELL' OCCHIO.

Idrottalmia, hydrophthalmus, (da ΥΔΩΡ *acqua, e* ΞΦΘΑΛΜΕΣ *occhio di bove, huphthalmos.*

Questa malattia può svilupparsi in tre modi diversi: l'umore acqueo può essere in eccesso, o vi ha un accumulamento patologico dell'umore vitreo, oppure le due accennate circostanze possono combinarsi simultaneamente.

I seguenti sintomi serviranno per distinguere la prima specie: la cornea si distende al segno da presentare tre o quattro volte il suo diametro ordinario senza rompersi; conserva però la sua trasparenza (Tav II, fig. 9), in seguito essa sembra intorbidarsi, ciò che depende indubitatamente dall'alterazione sopraggiunta nella composizione dell'umor

acqueo (*). La camera anteriore dell'occhio aumenta considerabilmente di capacità, l'iride diventa poco a poco rigida, ed acquista ogni giorno più un colore più cupo, la pupilla non presenta nè contrazione nè dilatazione rimarcabile; nel tempo istesso il malato prova una sensazione di pressione, di tensione, e di pesantezza incomoda in tutto il globo dell' occhio.

In principio, la malattia è accompagnata da miopia; verso la fine si sviluppa l'ambliopia amaurotica, ed i movimenti del globo dell'occhio diventano ogni giorno più difficili.

Finalmente, nella larghezza di due linee circa intorno alla cornea, la sclerotica presenta quel colore ceruleo che è sì rimarcabile nei neonati.

Accade spesso che le cause della malattia restano ignote. Io ho veduto un caso d' idropisia poco inoltrata della membrana dell'umor acqueo, comparsa in seguito di una lesione esterna, ma non tardò punto a scomparire. *Cheston* ed altri chirurghi hanno rapportati dei fatti di tal genere, la di cui terminazione fu meno felice. Questa malattia è assai di spesso prodotta dalla guarigione troppo sollecita di alcuni esantemi della pelle o della cute capillata.

Il prognostico è sempre grave, e quando la vista è intieramente o quasi affatto abolita, è sommamente spiacevole, per ciò che ha pur anco relazione colla forma dell'occhio. Nulladimeno in questo genere d' idropisia il prognostico è ancora più favorevole di quello che non lo è nelle altre specie, particolarmente se la malattia è sopraggiunta in seguito di eruzioni che sieno scomparse, e che la costituzione dell' individuo non sia cachettica. Se quest'affezione è trascurata negli enunciati soggetti, e oppur anco in altri malati, essa assume i caratteri che distinguono la seconda specie d' idropisia, e spesse fiate termina colla morte, dopo di avere apportata una deformità spaventevole di tutto il globo dell' occhio.

(*) Dalle belle analisi del Sig. *Chevreul* resulta che la trasparenza della cornea depende dall' acqua contenuta in certa proporzione nel tessuto di questa membrana; e che se essa diventa opaca, ciò deriva dall' alterazione di proporztone che ha luogo in più od in meno. *N. d. Tr.*

Cura. Se la malattia è sintomatica di una qualche affezione generale, egli è naturale di occuparsi a combattere quest'ultima. Se l'idropisia sembra non riconoscere che una malattia locale, se è la conseguenza di un' ottalmia che ha preceduto, conviene, senza perdere di vista le enumerate cause (1), amministrare la digitale purpurea unita al calomelano, prescrivere per bevanda una dissoluzione di cremor di tartaro e di acido boracico, applicare dei vessicanti, dei fonticiuoli, ec. Se l'idropisia è il resultato della soppressione troppo rapida di qualche malattia cutanea, bisogna procurare di richiamarla, o di far nascere delle eruzioni artificiali, e amministrare internamente la canfora, lo zolfo dorato d'antimonio, o lo zolfo purificato.

In quanto alla cura locale che conviene usare in questi casi, varia secondo i periodi della malattia: effettivamente se essa è ancora al suo principio, serve l' applicazione di sacchetti di erbe aromatiche a calde, e secche, e fare alternativemente delle strofinazioni sulla regione sopraccigliare coll'unguento mercuriale bigio, col balsamo di vita di Offmanno, o con un miscuglio di acqua di colonia e d'ammoniaca. Nel caso che l'idropisia abbia fatti molti progressi, senza che il bulbo dell' occhio sia nonostante in istato varicoso, bisogna fare un'apertura di due linee alla parte più inferiore della cornea, ad una mezza linea dalla sclerotica, immergendovi perpendicolarmente una lancetta per evacuare l'umore acqueo; bisogna in seguito mantenere aperta la ferita per qualche giorno od anco per settimane, ad oggetto di dare egresso all'umore acqueo che si accumula di nuovo.

Spesse volte i medicamenti interni che non avevano prodotto alcun effetto prima della eseguita operazione, apportano allora un maraviglioso vantaggio. Si fa in seguito la medicatura come dopo l'estrazione della cateratta.

(1) Le sanguisughe e la flebotomia sono talvolta indicate; è particolarmente in questa circostanza ch' esse sono prescelte dai chirurghi francesi.

Se si fa la punzione della cornea in un soggetto eminentemente cachettico, o se l'occhio è nello stato varicoso, il malato è esposto a perdere quest'organo per le conseguenze dell' infiammazione, della suppurazione saniosa, ed ancora della gangrena; quest' ultimo resultato espone il malato al più gran pericolo della vita.

Ciò che distingue la seconda specie d' idroftalmia quella cioè che consiste nell' idropisia del corpo vitreo, è la metà posteriore del globo dell'occhio che si sviluppa di più; contemporaneamente la cornea, senza aumentare di estensione, e senza perdere della sua trasparenza fa una leggiera prominenza conica. L'iride, il di cui colore non sembra alterato, è tesa, e presenta sempre una convessità in avanti, da cui resulta talvolta l' abolizione quasi completa della camera anteriore dell' occhio La pupilla rimane molto contratta, ma si dilata quando il corpo vitreo, prima di essersi lacerato, respinge il cristallino in avanti. La sclerotica, in seguito della sua distensione, prende il colore turchiniccio e sordido all' intorno della cornea; il malato diventa miope al principio della malattia; poco tempo dopo la vista s'indebolisce, e termina diventando affatto cieco, senza ch'egli possa raccogliere raggi luminosi, nemmeno al grado il più debole; il globo dell' occhio è sempre resistente sotto il tatto: i suoi movimenti, ugualmente che quelli delle palpebre, sono in seguito molto più impediti di quello che non lo sono in altri generi d'idroftalmie; il dolore che è risentito nell' occhio e in tutta la metà della testa, l' insomnio, e la mancanza di appetito, che già esistono al cominciamento del male, vanno progressivamente aumentando, e finiscono spesso per mettere il malato nel più profondo grado di disperazione. Allorchè la malattia è giunta al sommo sviluppo, o quand'essa è affatto trascurata, la cornea si rompe, gli umori scolano, il globo dell' occhio si infossa e si atrofizza. Quest'accidente non finisce sempre sì felicemente, poichè accade talora, particolarmente nei soggetti molto cachettici, che il globo dell'occhio si converte in una massa fungosa, ossivvero

passa allo stato d' indurimento, cagionando al malato dei dolori acerbissimi, e prende in seguito tutti i caratteri dell' ulcera cancerosa.

Le cause di quest'idropisia non sono meglio conosciute di quelle della prima specie, nulladimeno l'idropisia del corpo vitreo attacca per lo più i soggetti artritici, sifilitici, o scrofolosi, e si presenta alle volte in seguito di ottalmie, ed altre volte senza che sia preceduta alcuna affezione infiammatoria degli occhi; nonostante i suoi progressi sono quasi sempre lentissimi, allorchè esiste contemporaneamente l' infiammazione di qualche parte del globo dell' occhio.

Il prognostico in generale non è favorevole, particolarmente a cagione delle cachesie che ponno complicarla; non rimane spesso altre speranze che quella di contenere il suo corso, giacchè la guarigione è di rado possibile. Quando vi è perdita assoluta della vista, non v' è grande speranza di conservare neppure la forma naturale dell'occhio. Del resto accade spesso che l' idropisia del corpo vitreo, ugualmente che quella della membrana dell' umor acqueo, restano per molto tempo stazionarie, allorchè sono giunte ad un certo grado più o meno avanzato (1).

Indipendentemente dalla cura dell'affezione generale, quando ne esiste qualcuna, sono stati proposti dei mezzi, che non possono senza dubbio essere usati con altra veduta se non che con quella di frenare i progressi della malattia. Nei casi nei quali l'idropisia incomincia con dei sintomi infiammatori, è stato consigliato di amministrare internamente il calomelano unito all' oppio ed alla terra fogliata di tartaro (2), e di fare sulla regione che è immediatamente al di

(1) Si riscontra talvolta un leggiero grado d'idropisia del corpo vitreo nei vecchi, i di cui occhi sono prominenti; una tale circostanza non deve ispirare alcun timore; ma quando si eseguisce l'estrazione della cateratta in questi soggetti è quasi impossibile di evitare la sortita dell'umor vitreo; ed è pur questa la ragione per la quale é allora preferibile di intraprendere il rovesciamento del cristallino. (*Benedict de morbis humoris vitrei in oculo humano*, p. 27.)

(2) *Benedict*, l. c.

sopra dei sopraccigli delle fregagioni di pomata composta d' oppio e di unguento mercuriale bigio; sono pure state raccomandate delle lavande frequenti sul globo dell' occhio con un collirio mucillaginoso oppiato, o l' applicazione di sacchetti di erbe aromatiche, calde e secche; si devono finalmente applicare dei vessicanti sulla regione mastoidea, e mettere frequentemente dei senapismi alle braccia. ec. Quando anco si riuscisse ad arrestare qualche volta con questi mezzi i progressi della malattia, è però raro che la vista si ristabilisca, poichè accade che il bulbo dell' occhio s' affonda, e si atrofizza.

Quando l' idropisia s' è sviluppata senza infiammazione, circostanza nella quale la guarigione è anco più difficile, è assolutamente necessario amministrare la digitale purpurea in polvere, e continuarne l'uso a dosi crescenti fino a che non si è ridotto il numero delle battute del polso; fino a che non si manifestano delle vertigini; delle continue nausee, e fino a che il malato non scorge quel fenomeno che è stato paragonato alla vista de' baleni. Allora pure bisogna continuare l'uso della digitale per qualche altro tempo, e mantenere aperti simultaneamente dei vessicatori sulle apofisi mastoidee.

Se tutti gli esposti mezzi non corrispondono, se il bulbo dell' occhio è di già aumentato di volume, e che i dolori diventano vieppiù forti, bisogna fare la paracentesi dell' occhio, regolandosi come noi diremo: Dopo di avere aperta la cornea e la capsula cristallina, come nell' operazione della cateratta per estrazione, si fa sortire il cristallino e l'umor vitreo; s' incide in seguito una porzione del lembo della cornea, affine d' impedire che non si faccia una nuova accumulazione dell' umore acqueo, e si medica l' occhio come dopo l' operazione della cateratta.

Nella terza specie d'idropisia, affezione nella quale vi è aumento patologico del volume del corpo vitreo, ed accrescimento anormale dell'umor acqueo, si trovano riuniti i sintomi delle due specie che abbiamo descritte: il globo dell'occhio presenta uno stato varicoso sviluppatissimo; assai di spesso acquista un

volume enorme, da cui resulta che esso è spinto fuori dell' orbita, ed offre quell' aspetto che l' ha fatto designare da molti chirurghi sotto il nome di *buphthalmos*.

Il prognostico è sommamente cattivo, giacchè ordinariamente l' affezione, dopo essere degenerata in cancro, termina colla morte, la quale in questo caso è ancora sollecitata dall'operazione della paracentesi. Si è nonostante qualche volta abbastanza fortunati nel frenare l' impeto della malattia, quand' è sempre nel suo nascere.

Quanto alla cura che conviene di usare bisogna sempre che i malati cachettici sieno sottoposti ad un conveniente regime generale.

Il sig. *Jourdan* dice (1): „ Si consiglia, quando (l'idroftalmia) è incipiente, di mettere in uso „ gli evacuanti per arrestare i suoi ulteriori progressi. I purgativi, gli emetici i diaforetici, la scilla „ combinata col salnitro, le bacche di ginepro in polvere o in decotto, la digitale purpurea, la pulsatilla, le preparazioni mercuriali e antimoniali, l'estratto di cicuta ec., sono stati infinitamente preconizzati, come atti a soddisfare a quest'indicazione„. Soltanto dopo di lui sono stati consigliati ed applicati i vessicanti alle tempie, sui sopraccigli o dietro gli orecchi i quali calmano i dolori, e la sensazione di distensione che il malato risente nell' orbita.

Bisogna astenersi sempre dall' uso dei topici. Se la malattia non è ancora molto avanzata, non rimane a tentare che l'estirpazione del globo dell'occhio, ed ancora l' operazione non è che un mezzo palliativo per un tempo più o meno lungo, poichè il professor Beer ha costantemente veduto comparire nell' orbita, dopo l' estirpazione, un' escrescenza fungosa carcinomatosa, che terminò per condurre lentamente a morte il malato.

Prima di por fine a questo capitolo, non posso dispensarmi di dare qualche consiglio, la di cui impor-

(1) Dizionario delle scienze mediche, Parigi, 1818, vol. 22, p 360.

tanza mi sembra dimostrata da molte osservazioni che io ho fatte non ha molto. L' idroftalmia sembra essere il resultato di un'infiammazione discrasiaca, quasi sempre cronica della membrana interna della cornea, e della superficie dell' iride , infiammazione che termina disgraziatamente con una secrezione molto abbondante di umor acqueo , distrugge l' equilibrio fra la secrezione e l' assorbimento di questo fluido, e il di cui resultato è di paralizzare più o meno la forza assorbente.

Ignoro se può formarsi l'idropisia del corpo vitreo indipendentemente da simile affezione della membrana dell' umor acqueo ; ma tutte le volte che ho potuto osservare questa malattia , ho costantemente veduto che dessa non comparve se non quando l' accumulazione dell' umor acqueo nella metà anteriore dell' occhio era di già portata ad un grado considerabile.

Fino ad ora io ho rimarcato che i medicamenti interni che sono stati i più vantati, furono senza effetto tanto nei casi leggieri, ugualmente che nei gravi della malattia in discorso, quando non vi faceva concorrere nel tempo istesso i mezzi topici; ma neppur questi non mostraronsi utili che nei casi ove la malattia non era molto intensa. I mezzi esterni sono particolarmente della natura di quelli che si riguardano come suscettibili a vincere le infiammazioni croniche, e atti ad accrescere l' attività della forza assorbente. I principali sono : *l' unguento mercuriale* , di cui faccio applicare sul globo dell' occhio, ogni quattr'ore, una piccola quantità quanto il volume di una lenticchia, mescolato a qualche gocciola d' *ammoniaca liquida*, quando quest' organo è nello stato di torpore. Uso pure una pomata composta di due grani di precipitato rosso, e di una dramma di assongia. Una tale preparazione non deve essere applicata sull' occhio che in piccola quantità (del volume del capo di uno spillo), e soltanto due volte per giorno. Se le pomate non sono tollerate, faccio preparare una pasta col protossido di mercurio e la mucillagine di gomma, di cui

una piccola quantità della quale la faccio introdurre nell'occhio ogni tre ore, per mezzo di un pennello. Non ho giammai trascurato di stabilire delle forti revulsioni alla pelle, giacchè le ho esperimentate manifestamente vantaggiose; e posso dire altrettanto di quelle che spiegano la loro azione sul tubo gastro-enterico, particolarmente quando ho preferito un purgativo, composto di cinque a otto grani di calomelano, con o senza l'aggiunta della sciarappa; poichè è precisamente questo mezzo che sembra in particolar modo eccitare vigorosamente e con prontezza la forza assorbente in tutta l' economia.

Comparisce talvolta in seguito della scarlattina, della rosolia, e del vajolo, delle infiammazioni dell' occhio, che sembrarono ancora avere la loro sede nella membrana di *Descemet*, e che lasciano dietro di loro gli occhi affetti da miopia non facile a vincersi. Io credo avere qualche volta osservato in conseguenza di simili infiammazioni, che la cornea era divenuta manifestamente più convessa, e la camera anteriore dell'occhio più vasta che prima dell'infiammazione. Non sarebbe egli possibile che questa flogosi fosse determinata da un aumento di secrezione dell' umore acqueo, e ch' essa avesse in tal modo prodotto un leggiero grado d' idropisia? Non si potrebbe sperare di risanare la malattia coi mezzi de' quali abbiamo parlato, se ne facessimo uso poco tempo dopo il suo nascere? Per verità si pretende avere osservato il presbitismo, in luogo della miopia, nel principio dell' idropisia della membrana dell' umor acqueo; ma terminerebbe essa sempre esattamente nello stesso modo? Le mie osservazioni sù questo particolare sono ancora troppo recenti ed incomplete, acciocchè io ne potessi parlare con maggior certezza. È questi il motivo per cui io lo raccomando all'attenzione delle persone dell' arte, per giungere più sollecitamente ad essere illuminati sù quest'importante punto di pratica della chirurgia oculistica.

MALATTIE DELLE PARTI INTERNE DEL GLOBO DELL'OCCHIO.

MALATTIE DELL' IRIDE.

Iridite.

Si sono fin' ora distinte tre specie d'iriditi, che io designerò, con *Benedict* sotto i nomi d' *iridite acuta, iridite cronica, e iridite semi-acuta.*

Iridite acuta.

Sintomi del primo periodo. Questa flemmasia si manifesta nel suo principio con dei dolori gravativi ottusi e profondi; contemporaneamente la pupilla si ristringe uniformemente, la vista s'indebolisce, l'iride diventa ogni giorno immobile; ben presto comparisce la fotofobia che va sempre crescendo, la pupilla s' intorbida, senza cangiare di posizione, e senza perdere la sua forma circolare. Non v' ha in principio che il piccolo circolo dell' iride che prenda un colore sempre più cupo; in seguito la stessa alterazione si presenta sulla grande circonferenza di questa membrana, che, di bigia o celeste che essa era, diventa verdastra; se era bruna o nera, prende allora un colore rossastro; nel tempo istesso si tumefà, e sporge in avanti, verso la cornea. Allora, a misura che l' infiammazione guadagna la capsula anteriore del cristallino e gli organi più profondi, la vista s'indebolisce, il dolore si accresce e termina per estendersi fino sul sincipite, e spesso vi si aggiunge la febbre. Malgrado tutti questi segni di un' affezione considerabile delle parti profonde, il rosso esterno dell'occhio è poco intenso, la sclerotica soltanto è color di rosa, e questo rossore và a perdersi verso la circonferenza del globo dell'occhio; la cornea manca di quella lucentezza che le è propria (Tav. II, fig. 10) ciò che indica che essa pure è sul punto di essere

attaccata da infiammazione; dopo di che la flogosi si dissipa lentamente, se è stata leggiera, e se combattuta convenientemente con i soccorsi dell' arte; può pur anco terminare per suppurazione o per un'esalazione di linfa plastica.

Sintomi del secondo periodo. I dolori diventano vaghi, si sviluppano dei fenomeni di fotopsia, il rossore della congiuntiva aumenta, la pupilla che fino allora era rotonda, diventa angolosa: per mezzo della lente si scuopre un leggiero velo prodotto da albumina coagulata, che serve per aderire la capsula anteriore del cristallino infiammata coll' iride, incominciando dal piccolo cerchio, e successivamente fino alla gran circonferenza di questa membrana. La vista è allora considerabilmente limitata, e se non ci opponghiamo sollecitamente ed efficacemente al trasudamento di linfa che suol farsi nella pupilla, non rimane se non che una leggiera percezione della luce, e la vista è affatto perduta. L' iride s' ispessisce viemaggiormente, e si avanza di più verso la cornea; la camera anteriore dell'occhio ne resta conseguentemente ristretta, la cornea perde gradatamente la sua trasparenza, e non lascia scorgere che confusamente delle piccole bolle rotondeggianti, di un rosso giallastro, alla superficie dell'iride, che si riconoscono poco dopo per dei piccoli ascessi che finalmente si aprono, e formano un vero *ippopio* (Tav. III. fig. 1.) Nulladimeno l' iride può ancora produrre dei trasudamenti purulenti, senza che si formino degli ascessi alla sua superficie. Se verso la fine del secondo periodo, l' infiammazione si è propagata fino alla retina, al corpo vitreo, ed alla coroidea, la vista è affatto distrutta. Se la flogosi guadagna di più le parti esterne dell'occhio, l'iride fa un risalto sempre più considerabile; contrae pure talvolta delle aderenze in tutta la sua superficie colla cornea, e genera uno stafiloma generale in tutta la membrana.

Le cause dell' iridite semplice sono, per lo più, le lesioni esterne dell' iride, che comunemenie hanno luogo nelle operazioni di cateratta, e talora nella formazione delle pupille artificiali, ec. Quest' infiamma-

zione può ancora comparire in seguito della soppressione dei catameni, delle emorroidi, come di ogni altra evacuazione abituale.

Il prognostico è favorevole durante il *primo periodo*, se la flemmasia è riconosciuta e trattata convenientemente nel suo nascere, e prima ch' essa non siasi propagata al di là della membrana primitivamente affetta. Ma se la flogosi ha di già interessate le parti posteriori o anteriori del globo dell' occhio, bisogna aspettare per decidersi; poichè è allora possibile di vedere degenerare la malattia in *ottalmia* completa; in tal caso, è spesso impossibile d' impedire la disorganizzazione dell' occhio, e con meno ragione di conservare la vista.

Prognostico del secondo periodo. Se, esaminando l' occhio con una lente, non si vedono depositi di albumina coagulata nella camera posteriore, ma soltanto dei piccoli filamenti bigicci, che non si avanzano che poco al di quà del bordo pupillare dell'iride; se il piccol cerchio di questa membrana ha soltanto cangiato di colore, e che non si sieno pur anco formati degli ascessi nella sua grossezza, e che conseguentemente la vista abbia sofferto poco, e non sia che leggiermente appannata, si può con una conveniente cura sperarne la guarigione completa, senza che lasci traccia alcuna della malattia; soltanto i movimenti dell'iride saranno, per qualche tempo, un poco più lenti che nello stato ordinario.

Se, senza il soccorso della lente, si scuopre un leggiero tessuto dietro la pupilla, se il gran circolo dell' iride ha perduto il suo color naturale, e che la vista sia per conseguenza diminuita, si può, mediante delle cure ben dirette, conservare questa facoltà nello stato d' integrità tale da permettere di leggere e scrivere; ciononostante essa sarà sempre debole, e la pupilla resterà angolosa e torbida. Se ha avuto luogo un ascesso nell' iride, se la pupilla è rimasta perfettamente chiusa, in conseguenza di trasudamento albuminoso, e che il malato possa ancora distinguere la luce dalle tenebre, non si può sperare di ristabilire la vista nel momento, ma egli è possibile di ottenere

in seguito questo resultato, facendo una pupilla artificiale. Se l' iride è stata la sede di molti ascessi, i quali, aprendosi hanno empito di più le camere dell' occhio, il prognostico è assai cattivo, poichè può sopraggiungere un ascesso, e la rottura della cornea. Se, disgraziatamente, l' iride è degenerata in *ottalmia interna*, propriamente detta o infiammazione dell' interno dell' occhio, il chirurgo deve estimarsi felice se giunge a conservare a quest'organo la sua forma naturale.

Cura durante il primo periodo. Deve essere la medesima di quella che si costuma nel primo dell'*ottalmia interna semplice*; soltanto l'energia della cura antiflogistica dev' essere proporzionata al grado d' intensità dell' infiammazione. Si amministrano contemporaneamente dei lassativi leggieri, tali da ottenere due o tre evacuazioni giornaliere. Se, verso il termine del primo periodo, dopo che la vista è stata perfettamente abolita, si scorge che l'iride si accosta alla cornea, al segno da fare sospettare l' aderenza fra queste due membrane, ed in seguito uno stafiloma, (dietro il consiglio di *Beer*, per scansare la deformità, che ne conseguirebbe) è necessario di aumentare l'infiammazione introducendo nell'occhio diverse volte per giorno, una certa quantità di tintura spiritosa d'oppio, o non essendo questa sufficientemente irritante, vi si sostituisce l'etere solforico od il balsamo di vita dell' *Offmanno*, ad oggetto di fare cessare l' esalazione dell'umor acqueo, poichè se non si può ottenere questo resultato, si forma uno stafiloma della cornea (1). Se in tale circostanza la metà anteriore del globo dell' occhio si appiana visibilmente, è il segno più certo che la secrezione e l' assorbimento dell' umor acqueo sono aboliti per sempre.

Cura del secondo periodo. È particolarmente a quest' epoca che è molto interessante di far uso senza perder tempo, di potenti derivativi. Prima di tutto bisogna incominciare dall'amministrazione di un purgativo composto di tre o cinque grani di calome-

(1) Ved. stafiloma della cornea.

lano e di venticinque o trenta grani di sciarappa, con altrettanta conserva d' arancio. Contemporaneamente, si usa con vantaggio, un collirio tiepido, composto di quattro once di decotto di malva (preparato con una mezz' oncia di foglie) e di una dramma di laudano liquido del *Sydenham*; in seguito si applicano dei vessicanti alla nuca, o dietro gli orecchi. Se non v' è una forte contro indicazione, si può allora continuare l' uso del calomelano, sera e mattina alla dose di un grano ad un grano e mezzo; se l'indicata quantità non provoca parecchie egestioni si ponno ancora amministrare, nel giorno, dei purganti salini.

Questi mezzi non solamente vincono l'infiammazione, ma favoriscono considerabilmente anco l'assorbimento (1).

I piediluvi e l' uso locale delle fomente non devono essere ommesse a quest' epoca, ugualmente che i rubefacenti, dei quali abbiamo di già tenuto proposito. Nell' intervallo del primo e secondo periodo, è utile usare ancora l'*estratto di giusquiamo*, che per la prima volta fu raccomandato dal professore *Himly*, come vantaggioso nelle malattie degli occhi, e che è ugualmente consigliato nell'iridite da *Adamo Schmidt*, e particolarmente da *Saunders*. È pur anco preferibile di usare *l' estratto di belladonna* il quale gode di una attività maggiore, e che è particolarmente adoprato dai chirurghi francesi e inglesi (2). Se ne servono alla dose di qualche grano d'estratto in una mezza dramma ad una di acqua distillata; s' impiega tiepida e immediatamente applicata sull'occhio. Si può pure aggiungere qualche grano di quest'estratto nel collirio di cui noi abbiamo già data la ricetta.

L' estratto di giusquiamo ha per oggetto di determinare una forte contrazione delle fibre raggianti

(1) *Saunders* dopo le sottrazioni sanguigne generali ed i purganti raccomanda il tartaro stibiato a piccole dosi, non tali però da provocare il vomito.

(2) L' uso degli accennati estratti virosi nelle malattie degli occhi non è esclusivo degli oculistici oltramontani, ma è anzi da gran tempo comunissimo e adottato dagli italiani ancora. *N. del T.*

dell' iride, ed in seguito la dilatazione della pupilla, per poco che l' azione di questo medicamento possa prevalere sull'energia e contrazione delle fibre circolari di questa membrana; se si presenta allora un trasudamento albuminoso è difficile che abbia per resultato l' oscuramento assoluto della pupilla. Mi è spesso accaduto di servirmi di questo medicamento con marcato vantaggio. Si è pure adoprato con successo l' estratto di belladonna (1), ad epoca pur anco più inoltrata della malattia, e quando l' iride era di già aderente alla capsula anteriore del cristallino per mezzo di filamenti di linfa plastica trasudata di recente. Io ho riferito altrove (2) molti resultati vantaggiosi ch' io aveva ottenuti coll' esposto mezzo. Allorquando questi filamenti sono di recente data, ordinariamente nel momento della dilatazione della pupilla non risentono che una semplice distensione, durante la quale s'assottigliano senza rompersi; quando al contrario ne esistono dei delicati, che da molto tempo chiudono l' apertura della pupilla, accade spesso che il loro strappamento si fa nel tempo delle contrazioni delle fibre raggianti dell' iride, talchè la vista, che era fino a quell' epoca leggermente oscurata, ne risente un notabile miglioramento. Un tal mezzo è stato adoprato utilmente non tanto nelle semplici infiammazioni dell' iride, ma pur anco in quelle discrasiache di questa membrana. Nulladimeno se l'apertura della pupilla è imbarazzata dall' albumina coagulata, bisogna sempre aggiungere a questo mezzo quelli che ponno favorire l' assorbimento; in esempio si usa all' esterno una soluzione di sublimato corrosivo, alla quale si frammischia dell' oppio, e se l' occhio non può sopportare l' applicazione dei liquidi, s'introduce fra le palpebre una quantità della seguente pomata:

℞ Deutossido di mercurio. . . . . gr: vj.

(1) *Saunders*, l. c. p. 55.

(2) *Ueber Künstliche pupillen, und eine besondere methode diese zu fertigen*. Berlin, 1821 p. 70. (Sulle pupille artificiali, ed un metodo particolare di eseguirle.)

Oppio puro . . . . . gr: viij.
Burro fresco non salato. . . . . ʒiij.
Mescolate.

Si possono contemporaneamente fare delle fregagioni intorno all' occhio, colla pomata composta di assugna e di mercurio solubile d'Offmanno, o coll'unguento bigio mescolato coll' oppio.

Quando finalmente la camera anteriore dell' occhio è ripiena di pus, bisogna procurarne l'evacuazione facendo un'incisione alla parte inferiore della cornea, affine d'impedire la rottura di questa membrana, e di opporvisi in modo che l'occhio non diventi troppo deforme.

Iridite cronica.

Questa malattia è talvolta la conseguenza dell'iridite acuta; in tal caso l' iride conserva la tendenza a produrre delle false membrane. Ciononpertanto l'iridite può svilupparsi ancora, ed esistere primitivamente sotto forma cronica, e terminare in seguito per trasudamento linfatico.

I fenomeni che accompagnano affezioni di tal genere nel loro nascere, fanno piuttosto sospettare l'ambliopia incipiente, di quello che l'infiammazione dell' iride.

L' ammalato si duole di stiramenti e di dolori gravativi periodici nel globo dell' occhio e nella regione frontale; egli crede vedere delle mosche volanti che gli si presentano talora sotto forma di fiocchi, e di strie nere; finalmente s' accorge che la sua vista decresce vieppiù, tanto per gli oggetti situati lontano quanto per quelli che sono più vicini. Se si esamina l' occhio affetto, si riconosce che il bordo pupillare è ineguale, angoloso, la pupilla non sembra più del solito nero cupo, ma è bigiccia, e più ristretta; il bordo pupillare si accosta alla superficie anteriore della capsula cristallina, da cui resulta che il piccolo cerchio dell' iride sembra come tirato indietro, e presenta una specie d'infossamento conico. Si osserva

il contrario nell'iridite acuta, imperocchè allora questa membrana si tumefà, e protunde in avanti verso la cornea. Si vedono all'opposto formarsi contemporaneamente nella pupilla dei trasudamenti di linfa plastica, che diventano viemaggiormente apparenti: la vista diminuisce a misura ch' essi prendono dell'incremento al punto che il malato termina per non distinguere che i colori ed i contorni degli oggetti di un gran volume. Del rimanente non si vede alla superficie del globo dell'occhio che un leggiero rossore; i dolori non si accrescono nè in quest' organo nè nelle sue adiacenze; essi accordano talora un' interruzione per un tempo assai lungo, ma ritornano poi senza alcuna causa significante, ed il pratico esperimentato s'avvede facilmente che l'occhio è la sede di una grave affezione. L' infiammazione può durare ancora per più mesi, prima di produrre dei trasudamenti che produchino la cecità più o meno completa. Il professor *Benedict* (l. c., vol, 1, p, 364.) in questa specie d' iridite non ha osservato nè pus nè opacità della faccia posteriore della cornea, nè intorbidamento dell' umor acqueo, nè obliterazione completa della pupilla; questa, al contrario, non la vidde mai che ristretta, e presentare in addietro un gran numero di trasudamenti nebulosi. È da questi caratteri che si distingue l' iridite cronica dall' acuta, ugualmente che dalla semi-acuta, della quale noi parleremo in seguito. Poco a poco la flogosi diminuisce, sotto l' influenza dei mezzi dell' arte, o con i soli sforzi della natura, lasciando talvolta dietro di se la *sinchisi* del corpo vitreo; i trasudamenti che si formano sulla pupilla diventano ogni giorno meno abbondanti, e spesso si giunge ancora a ristabilire la vista malgrado l' alterazione del corpo vitreo.

La forma inflammatoria della quale abbiamo parlato è spesso dovuta alla soppressione di emorragie abituali, come delle emorroidi, dei catameni, delle epistassi, ec. Non accade ciò che in questi casi, e nei soggetti sani sotto ogni altro rapporto, che quest' infiammazione può essere considerata come semplice e trattata come tale; ma spesse volte essa è cagionata

dalla soppressione o per la guarigione troppo pronta di esantemi, di ulceri, dalla soppressione del sudore de' piedi, o perchè si è troppo sollecitato a tagliare i capelli nei malati affetti dalla plica, ec. allora, propriamente parlando, non si può considerare la flemmasia come semplice.

Il prognostico è fausto se la malattia è ancora nel suo nascere, e se attacca dei soggetti sani e vigorosi; è spiacevole quando esistono di già dei trasudamenti considerabili, e se l'infiammazione si sviluppa in individui attempati, cachettici e deboli, o quando il corpo vitreo è di già per risolversi.

La cura dev' essere basata sulle cause che l'hanno prodotta, avendo sempre riguardo alle circostanze accessorie. Se i malati sono robusti, se l'iridite è stata preceduta dalla soppressione di emorragie abituali, conviene fare delle sottrazioni sanguigne, tenere il ventre libero col mezzo dei lassativi, e fare uso per tempo del calomelano. Quando la malattia è dovuta alla ripercussione di esantemi acuti, particolarmente in individui deboli, i salassi non sono vantaggiosissimi; bisogna al contrario amministrare nel suo nascere il calomelano, come purgante, cioè da sei a dieci grani, procurando di non esibirlo a piccole dosi, attesa la tendenza che quest'infiammazione ha a decomporre il corpo vitreo. Bisogna raccomandare in oltre le preparazioni sulfuree e antimoniali. È sommamente utile di fare (se pure è possibile) delle fregagioni colla pomata stibiata nel luogo ove esisteva primitivamente l'esantema. Ugualmente i vescicanti, i setoni, i cauteri, i senapismi, i mezzi bagni tiepidi colla potassa, ec. sono pur essi buoni derivativi.

Iridite semi-acuta.

Parlando della keratite io ho di già tenuto proposito del grado leggiero di questa malattia particolare che deve esser messa fra gl' inconvenienti ai quali espone la keratonitide; ma io credo potere assicurare ch' essa è di grandissima importanza, particolarmente per ciò che concerne l' operatore.

Gli autori designano sotto differenti denominazioni questa specie di flemmasia, che è stata descritta per la prima volta da *Wardrop*, così pure *Schindler*, (*Commentatio ophthalmologica de iridite chronica ex keratonyxide suburta Vratislaviae*, 1819) la chiama *iridite cronica*; *Fabini* e molti altri la chiamano *infiammazione della capsula dell'umor acqueo*; *Helling* propose di denominarla *hydato - capsulitis*; *Benedict* finalmente, come l'ho di già detto, la chiama *iridite semiacuta*. La parte dell'occhio che rimane attaccata da quest' infiammazione è la membrana sierosa, sommamente sottile, che, secondo gli anatomici deve rivestire la faccia interna della cornea, la faccia anteriore e posteriore dell' iride, e la parete anteriore della capsula cristallina. Noi non prenderemo in esame l' esattezza dell'opinione degli anatomici che ammettono l' esistenza di questa membrana; a noi basta che in questa malattia vi sieno dei fenomeni che indichino l'affezione infiammatoria della superfice delle parti che si suppongono essere rivestite da essa, fenomeni che la distinguino più o meno essenzialmente dall' iridite acuta, e dalla cronica della quale abbiamo parlato.

Quest' infiammazione si presenta comunemente in seguito di ferite penetranti della cornea fatte con strumenti pungenti, particolarmente dopo l'operazione della keratonitide. Non accade ciò generalmente che al terzo o quarto giorno che succede alla lesione, che il malato prova una sensazione di pienezza nel globo dell' occhio, dei dolori gravativi che si fanno sentire in quest' organo e nella fronte, e che si dissipano piuttosto presto; essi ritornano ordinariamente dopo otto o dodici ore con incremento d' intensità. Esaminando l' occhio, la congiuntiva oculare non presenta che un leggiero rossore.

Dopo il secondo, terzo o quarto parossismo, si osserva che la cornea incomincia a diventare opaca, presso a poco come nel panno o nuvoletta incipiente, e si vede distintamente che l'opacità non corrisponde all'esterno, ma alla faccia interna di questa membrana. La trasparenza dell' umor acqueo sembra essere

intorbidata. Esaminando allora le parti quanto è possibile, si riscontra che la pupilla è ristretta e disuguale, e che l' iride è bigia o di un bigio giallastro. Ai nominati accidenti si aggiungono in seguito la febbre, e dei fenomeni gastrici. I dolori aumentano, si fanno sentire principalmente la sera, apportano l' insomnio, durano quasi fino al mattino, come nell'iridite sifilitica; quanto più intesi essi sono, altrettanto si fanno sentire in un'estensione proporzionata alla violenza della infiammazione. Spesse volte diminuiscono o scompariscono affatto per delle intiere giornate, e ritornano poi senza sapere a qual causa attribuirne la loro comparsa. Se si esamina allora l'occhio con più attenzione, si osserva nell' interno della cornea una specie di corona formata dallo sviluppo di vasi, e differisce da quella che caratterizza l'iridite sifilitica in quanto che essa non si presenta se non che a quest'epoca, mentre che nell' altra esiste dacchè incominciano a farsi sentire i dolori osteocopi nella regione frontale. Talvolta la congiuntiva che ricuopre la sclerotica si tumefà leggermente, ed acquista un colore rosso più cupo e più uniforme. La fotofobia è spesso poco manifesta, mentre che la lagrimazione è più considerabile.

In questo frattempo, il bordo pupillare diventa la sede di un trasudamento, che secondo il grado dell'infiammazione può divenire più o meno abbondante, e cagionare pur anco l'aderenza completa della pupilla, della quale è facile accorgersi perchè l' opacità della faccia interna della cornea scomparisce ordinariamente al momento che incomincia il trasudamento (*).

Allorchè l' aderenza della pupilla è stabilita, e che i dolori e gli altri sintomi dell'infiammazione sono svaniti, non bisogna maravigliarsi nel vedere ter-

(*) Questo resultato coincide perfettamente colle esperienze di *M. Chevreul* di cui già fu tenuto proposito; effettivamente fintanto che la faccia interna della cornea è ripiena d' umori, essa è più o meno opaca; dopo il trasudamento che sgorga da questa membrana, i fluidi che entrano nella sua composizione, si riscontrano nella proporzione naturale, conseguentemente essa pure deve avere ripresa la sua trasparenza. *N. del T.*

minare la malattia coll' atrofia del globo dell' occhio. Uno fra gli accidenti più gravi, e che non manca allorchè quest' affezione è giunta al suo più alto grado, si è l' ecchimosi dell' iride, che si riconosce per una macchia o striscia rossastra che esiste alla superficie di questa membrana; può pure accadere che il sangue si spanda fino al fondo della camera anteriore dell' occhio, indizio sicuro, che l' affezione consecutiva è al disotto delle risorse dell' arte.

Quest'infiammazione non si presenta sempre tanto tardi, e sotto una forma così minacciosa come noi l' abbiamo descritta, poichè si osserva anzi sotto degli aspetti i più variati. Accade pure di spesso, dopo che ha esistito ad un leggiero grado, che la pupilla resti immobile, con una forma angolosa, o che essa si muova con una lentezza che dura più o meno lungo tempo, o per sempre; e quando la cateratta, dopo di essere stata sminuzzata, è a contatto col bordo pupillare, esistono quasi sempre delle aderenze fra quest'ultimo ed i frammenti della capsula, che hanno ancora conservato in parte i loro rapporti organici, da cui resulta che quando pur anco la cateratta, dopo il suo frangimento è stata assorbita, la vista è ancora oscurata dalla cateratta capsulare secondaria. Giammai l'iridite semi-acuta è accompagnata da suppurazione. Quest'infiammazione riconosce quasi sempre per causa l' operazione della keratonitide; essa è costantemente più ribelle quando si dichiara nei soggetti attaccati da reumatismo, da artritide, ec., quando in somma si complica di queste affezioni.

Il prognostico è sfavorevolissimo quando l'infiammazione, essendo stata trascurata nel suo principio, ha acquistato un' intensità considerabile; poichè non v'ha spesso, in tal caso, mezzo alcuno capace di frenare i progressi della malattia, e d'impedire i guasti che già esistono. Il prognostico è più vantaggioso nei casi soltanto ove la flogosi essendo stata riconosciuta per tempo, i sintomi cedono dopo il secondo o terzo giorno di una cura adattata.

Cura. Si deve subito mettere in pratica tutto il sistema antiflogistico, e sottoporre il malato alla dieta

severa ; s' incomincia per conseguenza da un copioso salasso generale, al quale si fanno succedere delle applicazioni di sanguisughe alle tempie, e si applica dell' acqua fredda sul globo dell' occhio. Generalmente quando le applicazioni fredde o umide non sono tollerate, si ricorre alle fomente calde asciutte, poichè è probabile che esista, in questo caso, una complicazione artritica o reumatica. Immediatamente dopo, si amministra due o tre volte, nelle ventiquattr'ore, una dose assai forte di calomelano, colla veduta di procurare giornalmente più evacuazioni. Se i sintomi d'infiammazione sono restii per qualche tempo a cedere sotto l'influenza dell'esposta medicatura, bisogna tosto procurare l' evacuazione dell' umor acqueo, facendo una puntura nella camera anteriore dell' occhio. Per eseguire una tale operazione è preferibile l'istrumento tagliente all' ago; e quest'operazione leggiera e non offensiva si repete frequentemente, giacchè l'umore suddetto è troppo presto riprodotto, acciocchè una sola evacuazione possa apportare un durabile sollievo nel corso di un' infiammazione sì violenta ; si calmano i dolori che il malato risente al disopra dei sopraccigli, colle fregagioni spesso ripetute colla pomata di oppio e mercurio.

Allorquando, malgrado l' uso dei mezzi antiflogistici si osserva aver luogo il trasudamento del bordo pupillare, si esibisce al malato il calomelano coll' estratto di giusquiamo ; si ponno pure, contemporaneamente fare delle fomentazioni calde con acqua e tintura d' oppio. Quando si ha la certezza che la flogosi è diminuita, si trae spesso molto vantaggio dalle applicazioni calde dei sacchetti di erbe aromatiche, con o senza canfora. Si può dire altrettanto delle revulsioni fatte alla cute per mezzo dei vessicanti, della pomata stibiata, dei senapismi, dei piediluvi senapati, l'uso dei quali non dev'essere trascurato. Se malgrado tutti gli esposti mezzi, gli accidenti non cedono affatto, si può amministrare all'interno la china china, la valeriana, il calamo aromatico, ed altri simili medicamenti, dei quali è pure utile fare ugualmente uso nella convalescenza.

Quando la pupilla è di già obliterata dal trasudamento di linfa plastica, rimane poco da sperare per la guarigione.

Anomalie o irregolarità della pupilla.

La pupilla è soggetta a molte affezioni che noi abbiamo riunite sotto questo titolo.

Si sono vedute le fibre circolari dell'iride essere divise trasversalmente, in particolar modo nella sua metà inferiore, ciò che dà alla pupilla un aspetto come pedicolato; quest'affezione è congenita, ed è stata designata col nome di *coloboma iridis*. *Walter*, *Wagner*, ec., hanno pubblicate delle osservazioni di tal malattia.

Talvolta la pupilla è soverchiamente dilatata, più o meno immobile: questa disposizione è chiamata *midriasi*; dessa è simpatica, come nell' idrocefalo, in alcune idrottalmie, nelle affezioni verminose, nell' amaurosi, ed in alcuni individui isterici ed ipocondriaci; oppur'anco è idiopatica, e si presenta allora come una assoluta paralisi dell' iride, che si osserva talora anco sotto l'influenza ed uso di alcuni narcotici, come della belladonna, e del giusquiamo. Si è pur veduta la dilatazione congenita della pupilla; altrevolte si è osservata questa disposizione essere la conseguenza dell' abitudine, in seguito di un prolungato soggiorno nell' oscurità.

La midriasi può pure essere prodotta da aderenze dell'uvea colla capsula anteriore del cristallino. Le conseguenze che possono essere il resultato di questa affezione, quando le parti nervose dell'occhio sono ancora suscettibili di ricevere delle impressioni, sono la fotofobia, o la completa nictalopia, e l' ambliopia amaurotica che vi si aggiunge ordinariamente anch'essa, poichè i raggi luminosi penetrando in soverchia quantità fino nel fondo del globo dell' occhio, apportano un'irritazione alla retina: nonostante qualche volta la vista non è punto alterata. In questo momento io medico un tintore affetto della malattia in discorso, che fino al presente ha resistito a tutti i mezzi dell'arte,

senza impedirle per altro di leggere i caratteri i più minuti. La midriasi non esiste spesso che in una sol parte. Dietro quanto abbiamo osservato, è da supporsi qual prognostico è da farsi in generale, e quale ne possa essere la cura da opporseli. Bisogna in conseguenza occuparsi a guarire la malattia principale, oppure, se esiste la paralisi dell' iride, si applicano dei vescicanti al disopra del sopracciglio, e si ricorre pure agli *antiparalitici* che si usano all'esterno quanto internamente; in esempio si costuma molto il collirio stimolante preparato col solfato di zinco ad un' infusione di tabacco. Spesse volte si trae molto vantaggio dalla seguente preparazione:

℞ Sale di cucina. . . . . gr: ij. a vj.
Acqua distillata . . . . . ℥j.
Mescolate.

Se ne istilla nell'occhio una piccola quantità più volte il giorno. Si esibisce internamente la valeriana, la china, l' arnica, la coloquintida, ec.

È stato raccomandato come rimedio palliativo le visiere, e particolarmente gli occhiali tubulati neri (*), ad oggetto di allontanare dall'occhio la luce superflua che potrebbe essere nociva.

Le alterazioni della pupilla, opposte alle precedenti sono:

La *miosi* o *ristringimento soverchio della pupilla*. Quest'affezione è alle volte congenita, altre volte un sintoma dell' isterismo e dell' ipocondria, e finalmente in qualche circostanza è di natura paralitica. I soggetti che per la natura di lor professione sono costretti a tenere sempre gli occhi fissi sù piccolissimi oggetti, particolarmente allorchè sono lucenti, ciò che accade agli orologiaj ec. sono assai di spesso attaccati

(*) La costruzione di questi occhiali non differisce dagli altri se non che sù ciascuno dei circoli destinati a reggere la lente si trova fissato un tubo nericcio all' interno, che si applica sulla circonferenza delle palpebre ed impedisce la penetrazione nell' occhio di altra luce, tranne quella che è riflessa dagli oggetti che si esaminano. *N. del T.*

dalla miosi che è risultato dell' abitudine, (*miosis ex consuetudine*), e che non può essere guarita se non allontanando la causa della malattia, obbligando il malato ad abitare un appartemento oscuro, facendoli portare una visiera o degli occhiali tubulati. La miosi che s' incontra frequentemente è quella che comparisce in conseguenza delle ottalmie interne. In questa malattia l'iride è immobile, la pupilla ristretta, ma perfettamente chiara e nera, e senza alcuna deformità; il malato accusa costantemente la debolezza della vista che cresce considerabilmente verso la sera. Il prognostico è allora infausto, poichè tutti i mezzi tentati contro questa specie di miosi sono stati inutili.

La malattia è generalmente difficile a guarirsi; ma se è comparsa dopo la soppressione di qualche esantema cutaneo, ec., si rende allora indispensabile di stabilire un derivativo di una certa estensione. In quanto alla cura bisogna pur regolarsi relativamente ai sintomi generali, e diminuire la pletora e l'afflusso di sangue verso il capo per mezzo delle sottrazioni generali e locali, alle quali si fa succedere l' amministrazione di un emetico e dei purgativi. Succede talvolta che non si sa a qual causa attribuire lo sviluppo di questa malattia; in tal caso è stato raccomandato di usare empiricamente si all'interno che esternamente gli estratti di belladonna o di giusquiamo. Molti autori asseriscono averne ottenuti dei buoni effetti. *Corvisart*, fra gli altri, riporta due casi ove i malati ne presero in principio con vantaggio, un sesto di grano, che fu gradatamente portato fino a dieci ogni giorno.

Obliterazione della pupilla.

Una terza alterazione della pupilla consiste nell' *obliterazione* di quest' apertura, *artesia pupillae*. L' obliterazione della pupilla è congenita quando la membrana pupillare, sommamente fine e vascolosa, (la quale durante una porzione della vita del feto chiude quest'apertura) persiste anco dopo la nascita: i casi di tale specie sono rarissimi, e non richiedono quasi

mai l' intervento dell' arte, poichè per lo più dopo qualche settimana, la membrana è riassorbita.

L'obliterazione accidentale della pupilla riconosce quasi sempre per causa l' infiammazione. Quanto più è completa l' atresia, altrettanto rimane imperfetta la vista; ciononpertanto anco nelle obliterazioni assolute, allorchè sono senza complicazioni, rimane sempre una percezione della luce.

L' obliterazione della pupilla che è consecutiva ad un'ottalmia è variabilissima. Spesse volte essa succede all' ottalmia interna, che incomincia dalla retina e dalla coroidea. La cecità allora non è dovuta all' atresia, giacchè la vista era stata precedentemente abolita da alterazioni organiche della retina. Qualche volta nel passaggio del primo al secondo periodo dell'iridite, la pupilla va soggetta ad un'obliterazione incompleta; un tale accidente ha luogo particolarmente e con frequenza nell'iridite sifilitica, come noi lo faremo osservare fra non molto. Se oltre l' atresia vi ha la perdita assoluta della percezione della luce, non si deve attribuire la cecità completa alla prima di queste affezioni, giacchè il globo dell' occhio è di spesso la sede di altre alterazioni organiche più gravi. La pupilla rimane sovente obliterata da del pus o sangue coagulato, dietro l'assorbimento di depositi purulenti, o di effusioni sanguigne che esistono nelle concamerazioni dell' occhio (1).

L' ostruzione di quest'apertura può pur anco essere prodotta da aderenza parziale dell'iride colla cornea (*synechia anterior*).

Se, in questo caso, la pupilla non è obliterata affatto, ma se la piccola apertura che rimane dietro ad una cicatrice della cornea, si oppone al passaggio dei raggi luminosi, oppure se l'apertura pupillare essendo nel suo stato naturale, la luce è intieramente

(1) La prima specie di obliterazione della pupilla costituisce la cateratta detta purulenta, *cataracta spuria purulenta*; la seconda forma la cateratta detta di sangue, *cataracta spuria grumosa*. Finalmente quando la pupilla è ostrutta da linfa coagulabile, ne resulta ciò che è stata chiamata cateratta linfatica, *cataracta spuria lymphatica*.

intercetta da un leucoma, anco a cotesto stato si può dare il nome di atresia, quantunque differisca assolutamente dall' obliterazione della pupilla. Attesi i diversi modi da noi indicati coi quali si presenta questa malattia, ne resulta che il prognostico è sfavorevolissimo in alcuni casi, e che diventa inutile il pensare a stabilire la pupilla artificiale, che spesso è anche ineseguibile, quando l' obliterazione della pupilla è stata primitivamente la causa della cecità.

La formazione di una pupilla artificiale non offre dei felici successi se non in que' casi ove l' atresia pupillare non è accompagnata da alcuna alterazione sì relativa alla forma, quanto alla composizione delle parti costituenti dell'occhio, quando cioè la causa della cecità non consiste che nella semplice obliterazione dell' apertura pupillare, quando il malato distingue perfettamente tutte le gradazioni della luce, allorquando l' infiammazione, della quale l'occhio n'è stato la sede, è dissipata intieramente, e che non esiste alcuna discrasia.

Il resultato di quest' operazione sarebbe, all' opposto, molto dubbioso se la luce non fosse veduta in tutti i suoi gradi dei quali è suscettibile, e se la cornea presentasse un leucoma considerabile, una cicatrice, un appianamento, oppure uno stafiloma, ec. L'operazione poi non presenta alcun buon resultato, quando la percezione della luce è nulla, o quando l' iride o tutto il globo oculare offrono un' alterazione qualunque. È perciò che la formazione di una pupilla artificiale diventa inutile allorquando esiste una malattia della retina, un glaucoma, un' idropisia, o l' atrofia del bulbo dell' occhio, lo stato varicoso generale, od un' affezione infiammatoria ancora latente dell'occhio. L' opacità del cristallino o della sua capsula, quando anco questa sia perfettamente aderente all' uvea, non formerebbe una contro indicazione per stabilire una pupilla artificiale; soltanto essa influisce in un modo importante sulla scelta del processo operatorio.

Bisogna in generale, allorchè si può, stabilire la pupilla artificiale vicino all' angolo interno e verso la parte inferiore dell' occhio; ma siccome accade assai

di spesso ch' essa non può essere eseguita in questo punto, è allora necessario scegliere il luogo il più comodo. Quello che più conviene è il centro dell'iride. Per quanto è possibile bisogna stabilire la nuova pupilla in una parte sana di questa membrana, poichè ne' punti ov' essa è stata distrutta da infiammazioni pregresse l' artificiale apertura si richiude facilmente per mezzo di trasudamento di linfa coagulabile.

Vi sono tre metodi principali per formare delle pupille artificiali: essi consistono o nel fare una semplice incisione all' iride, *corotomia*, *iridotomia*, (da ΚΟΡΗ pupilla, ΙΡΙΣ iride, e ΤΕΜΝΩ tagliare o nel riseccare una porzione di questa membrana, *corectomia*, *iridectomia* (la prima parola deriva da ΚΟΡΗ pupilla, ΕΚ da, e ΤΕΜΝΩ tagliare; la seconda da ΙΡΙΣ, ΕΚ e ΤΕΜΝΩ); o finalmente si distacca questa membrana dal suo ligamento ciliare per una certa estensione: *corodialisi*, *iridodialisi* (da ΚΟΡΗ, ΙΡΙΣ e ΔΙΑΛΥΣΙΣ soluzione, separazione.)

I soggetti che hanno più contribuito pel perfezionamento del primo metodo sono: *Cheselden* che fu l'inventore delle pupille artificiali, *Janin*, *Guerin*, *Sharp*, *Beer*, *Jurine*, *Maunoir*, *Adams*, *Langenbeck*, ec. Quelli che hanno principalmente cercato di perfezionare il secondo metodo sono *Wenzel*, che ne fu l' inventore, *Beer*, *Demours*, *Sabatier*, *Forlenze*, *Benedict*, *Gibson*, ec. Il terzo metodo è stato di preferenza messo in pratica da *Assalini*, da *Buzzi*, da *Scarpa*, da *Schmdit*, da *Himly*, da *Beer*, da *Buchhorn*, da *Reisigner*, da *Langenbeck*, da *Graefe*: ec. *Donegana di Como* riunì l' *iridodialisi* all' *iridotomia*, e *Assalini* associò alla prima l'*iridectomia*.

Se dobbiamo dare la preferenza al processo, la di cui utilità è più generale, e che presenta i resultati i più favorevoli, è indubitato che nello stato attuale delle nostre cognizioni si è l' *iridodialisi*, che deve essere preferita a tutti gli altri. Questo metodo è pur anco quello che è più generalmente usato. L'*iridectomia* è d'assai inferiore sotto il rapporto de'successi; e l'*iridotomia* è quella che è meno suscettibile dell' applicazione.

L'iridodialisi riesce assai bene quando può essere eseguita attraverso la camera anteriore dell'occhio.

Ad oggetto di ottenere meglio che è possibile, il ristabilimento della vista facendo una nuova pupilla, bisogna che il cristallino conservi la sua trasparenza, oppure nel caso opposto ch'esso sia allontanato dalla pupilla, o che si levi la porzione del corpo e del circolo ciliare che è situato dietro la nuova apertura (ciò che dev' essere rigettato nella pluralità dei casi), poichè senza una di queste tre condizioni, i raggi luminosi non ponno giungere fino alla retina, come *Beer* ed altri ancora dopo di lui l' hanno dimostrato.

In generale non devesi intraprendere la formazione di una pupilla artificiale, fintanto che esiste ancora un occhio nello stato d' integrità; giacchè in tal caso l' operazione che è susseguita dal successo anco il più brillante non accresce la facoltà visiva; al contrario anzi non serve spesso che a imbarazzare la vista dell'occhio sano, ed a cagionare lo strabismo. Bisogna pure astenersi dall' eseguire quest' operazione nei fanciulli molto giovani.

Io non insisterò d'avvantaggio sulla massima parte dei processi immaginati ed approvati dai pratici da me citati; mi occuperò di quelli soltanto, che nello stato attuale della scienza, ponno essere di un'assoluta utilità pratica, dimostrata da lunga esperienza. Io non terrò proposito di qualche metodo antico se non che per dare un quadro completo; in quanto poi ai nuovi metodi, l' eccellenza dei quali non è per anco dimostrata a sufficienza, oppure la di cui pratica utilità è tuttora problematica, mi limiterò a indicarli appena.

Cheselden, nel **1728** eseguì il primo la pupilla artificiale in un giovinetto di anni quattordici, col processo dell' iridotomia: è questo dunque il primo metodo messo in pratica per formare delle pupille artificiali. Egli si serviva a tale effetto di un piccolo coltello stretto, tagliente sù un sol lato. Lo introduceva nella camera posteriore dell' occhio, come se avesse voluto abbassare la cateratta; in seguito penetrava l'iride, e conducendo l'istrumento nella camera

anteriore, lo dirigeva verso l' angolo interno dell'occhio fra l'iride e la cornea, girando allora il tagliente verso questa prima membrana e facendo un'apertura trasversale allungata nel suo centro.

In questi ultimi tempi, *Maunoir* (1) ha messo in uso un nuovo metodo in Francia per eseguire l'iridotomia; desso consiste nel fare alla cornea una piccola incisione, per mezzo della quale s'introducono nella camera anteriore delle cesoie ginocchiate, sommamente fini, e leggiermente curve; se si aprono in seguito con precauzione, si fora l'iride nel suo mezzo colla branca inferiore che è tagliente ed appuntata, e si spinge in seguito dietro la faccia posteriore di questa membrana fino a che la branca superiore, che è bottonata, sia arrivata nella camera anteriore, al punto di riunione della cornea colla sclerotica; si taglia allora l'iride con un sol colpo. Ciò eseguito, si fa una seconda sezione divergente dalla prima, in modo tale che le due sezioni riunite rappresentino la forma della lettera V, la di cui sommità corrisponda al centro dell'iride.

Le fibre circolari e raggianti, o i vasi dell'iride, entrano in azione, e ne resulta una pupilla di forma semi-lunare o romboidale, che permette al malato di distinguere gli oggetti.

Noi dobbiamo pure a *Adams* (2) un nuovo metodo per fare l'iridotomia. Dopo avere introdotto nella camera posteriore dell' occhio attraverso la sclerotica, un piccolo coltello somigliante ad uno scalpello, fà semplicemente un'incisione assai grande all'iride nella sua faccia posteriore; mette in seguito fra i bordi di questa divisione un frammento del cristallino ch'egli ha anteriormente messo in pezzi col suo istrumento. Agendo in tal modo si propone d'impedire la riunione dei bordi dell' incisione, che immancabilmente avrebbe luogo omettendo tal precauzione.

(1) Memorie sull' organizzazione dell' iride e l'operazione della pupilla artificiale. Parigi, 1812.

(2) Osservazioni sull'ectropio o rovesciamento delle palpebre, seguite dalla descrizione di una nuova operazione per guarire questa malattia; e dei diversi modi di eseguire la pupilla artificiale, ec. Londra 1814.

Langenbeck (1) ha modificato il processo d'*Adams*, ma esso non vi ha trovato vantaggio alcuno superiore all' iridotomia in generale.

Potrebbe essere tentata l'incisione dell'iride quando non avendo sofferta alcuna alterazione in seguito dell' infiammazione, essa avesse conservata la sua forma naturale, e quando le sue fibre fossero in uno stato di estensione. Bisogna che l' apertura sia fatta molto ampla, e che non vi sia alcun' altro ostacolo per la guarigione.

Il secondo metodo, che è oggi molto meno abbracciato dell' iridodialisi, fu messo in pratica per la prima volta da *Wenzel* padre, verso la fine dello scorso secolo. Egli faceva un' incisione alla cornea, come nell' estrazione della cateratta; quando il suo coltello era giunto nella camera anteriore, collo stesso istrumento faceva subito un' incisione nell' iride, imitando, in piccolo, quella della cornea, e risecava in seguito il lembo dell' iride che aveva formato.

Questo metodo è stato modificato e perfezionato particolarmente da *Gibson* (2) e da *Beer*. Il primo fa l' incisione ordinaria della cornea, pigia in seguito leggiermente sul globo dell' occhio ad oggetto di ottenere il prolasso dell' iride, ed eseguisce la vesezione della porzione di questa membrana che è procidente.

Beer descrive così l' operazione detta della *corectomia*: „ Si usa il coltello da cateratta (3) (Tav. V, fig. 11.) per fare sulla cornea, più vicino che sia possibile al bordo della sclerotica, un'incisione a lembo, lunga una linea; quando l' iride non è aderente

(1) Ved. il suo giornale: Neue Bibliothek für Chirurgie, ec. 1, B. 2. St.

(2) Osservazioni pratiche per stabilire delle pupille artificiali nelle molte alterazioni del globo dell'occhio, alle quali sono state aggiunte delle riflessioni relative all'estrazione delle cateratte molli e delle membranose, per mezzo di una punzione fatta alla cornea. Londra, 1811.

(3) Un buon coltello da cateratta è di tutto rigore, affine di poter fare l'incisione della cornea, più grande o più piccola a volontà.

in alcun punto alla cornea, e che è stata spinta in avanti fra i bordi della ferita dell'umor acqueo contenuto nella camera posteriore dell'occhio, si afferra la sua parte prominente col piccolo uncinetto (fig. 15), e se ne fa prontamente la resecazione al livello dei labbri della ferita, colle cesoie di *Daviel*; l'iride si ritira tosto, e ne resulta una pupilla di giusta forma. Ma se questa membrana ha contratte delle aderenze colla cornea e che la pupilla sia soltanto spostata s'introduce l'uncinetto attraverso l'apertura della cornea in modo tale che la sua punta non riguardi nè l'iride nè quest'ultima membrana: si procura contemporaneamente di prendere il bordo pupillare dell'iride in una direzione obliqua, per portarlo fra i labbri della ferita, e si cerca di tagliare sollecitamente la porzione prominente colle cesoie. Allorquando finalmente l'iride aderisce col suo bordo pupillare alla cornea, nel punto medesimo ove dev'essere eseguita la pupilla artificiale, si prende coll'uncino nel suo gran circolo; se questa sfugge, si ricorre alla piccola pinzetta (Tav. V, fig. 5) per condurla in fuori fra i labbri della ferita e tagliarla un poco al disotto del suo livello, per scansare di lacerarla, ciò che potrebbe accadere se si tirasse con troppa forza all'esterno (1). Le precauzioni che si devono usare dopo l'operazione sono le stesse che si costumano dopo l'estrazione della cateratta.

Se ho descritto con sì prolisso dettaglio il processo di *Beer*, si è perchè forma oggi la base di quelli che sono messi in pratica in Germania.

Ad imitazione di *Filippo* di *Walther* è utile cosa dare all'incisione della cornea, circa due linee di estensione od anco di più. La grandezza della medesima fatta alla cornea, ben lungi da essere nociva, facilita anzi moltissimo questa delicata operazione: poi-

(1) Ma questa recisione nell'interno della ferita della cornea, è molto difficile ad eseguirsi, nè può essere molto raccomandata. *Beer* stesso non operava in tal modo se non che ne' primi tempi; in seguito preferiva, nelle medesime circostanze, e quasi esclusivamente l'iridodialisi; questa presenta effettivamente maggiori successi.

chè dando maggiore estensione all'apertura di quello lo ha raccomandato *Beer*, si ha il vantaggio di poter prendere coll' uncino più facilmente l' iride che sporge in fuori e si frappone ai labbri della ferita, dopo per altro lo scolo dell'umor acqueo. Quando al contrario l'incisione non ha che una sol linea di lunghezza, l'iride non si presenta tanto facilmente da se stessa, od almeno ciò accade più di rado, talchè si arriva con difficoltà a introdurre l'uncinetto nella camera anteriore per afferrarla.

Con questa modificazione si riuniscono i vantaggi del metodo di *Beer* e quelli di *Gibson*, togliendo all' ultimo quanto contiene in se di troppo materiale.

Se dei leucomi occupano il centro della cornea, opponendo ostacolo al passaggio dei raggi luminosi attraverso la pupilla perfettamente sana, il professore *Himly* (1) fa un'apertura di una linea nella cornea, vicino alla sua circonferenza; introduce nella camera anteriore un piccolo uncino, di cui si serve per impadronirsi del bordo pupillare dell'iride, per portarlo in avanti attraverso l'incisione, e per lasciarlo così impegnato nella ferita, ove contrae aderenza colla cornea; la pupilla così spostata si presenta sul lato del leucoma.

Autenrieth ha proposto, allorchè la cornea e l'iride sono affatto distrutte, di formare una pupilla lateralmente alla membrana, incidendo una porzione di sclerotica e delle parti opache che le sono sottoposte; la ferita che ne resulta, dic'egli, deve rivestirsi di una pellicola trasparente, e rendere servibile la vista. Io lascio considerare se una simile apertura fatta alla sclerotica, può giammai rivestirsi di una pellicola suscettibile di restare trasparente, per un tempo anco brevissimo, e se è possibile di ristabilire la vista con una simile operazione.

La *corectomia* è particolarmente indicata quando il cristallino è intatto, e che la porzione di cornea che è ancora trasparente è abbastanza estesa e tale

(1) Ved. il suo giornale: *Bibliotek für ophtalmol.*, 1 B. 1, St. 5. 175.

da non temere che non rimanga sufficiente spazio pel passaggio de'raggi luminosi, nell'ipotesi che la cicatrice della ferita fatta alla cornea restasse visibile. Non si può sperare di eseguire con successo una pupilla artificiale nel caso d' obliterazione di pupilla, comparsa in conseguenza dell'estrazione della cateratta, se non quando non v'è a temere nè dell'opacità della capsula cristallina rimasta nel globo dell'occhio, nè del trasudamento di linfa plastica, che oltrepassasse il piccolo cerchio dell' iride, accidente che si può prevedere quando la percezione della luce è pochissimo distinta.

Si può particolarmente lusingarsi di riuscire nell'iridectomia, quando il tessuto dell' iride è sano, e non è stato alterato da infiammazioni precedenti; poichè esistendo un qualche cangiamento vi sarebbe molto a temere che ne sopravvenisse l' infiammazione accompagnata da trasudamento fibroso, che chiuderebbe una seconda volta la nuova pupilla; l' iride conserva allora della tendenza a soggiacere all' infiammazione, e si è esposti a vedere obliterarsi la pupilla in conseguenza di trasudamento di linfa plastica.

Il terzo metodo operatorio, l' *iridodialisi*, è il più usitato oggigiorno, quello cioè per mezzo del quale si ottengono resultati più favorevoli (quantunque si riesca meglio a ristabilire la vista coll'*iridectomia* eseguita nelle condizioni indicate, quand'essa è susseguita da buon successo), ed essa può eseguirsi con vantaggio pressochè in tutti i casi ove la formazione di una pupilla artificiale è praticabile.

L' enunciato metodo è più particolarmente indicato allorquando l' albumina trasudata nella camera posteriore, in seguito d' infiammazione, deborda dal piccolo cerchio dell' uvea verso il ligamento ciliare; ciò che si riconosce per mezzo di un'alterazione considerabile del colore dell' iride verso il suo gran circolo, e dalla percezione poco distinta della luce. Quest' operazione è quasi l' unica che si eseguisce oggi esistendo una cateratta capsulare secondaria aderente in tutti i suoi punti all' uvea, una cateratta capsulo-lenticolare, od una cateratta purulenta o sanguigna,

accompagnata da percezione distinta della luce; poichè distaccando l'iride del suo ligamento ciliare si allontanano per lo più tutte le cateratte dalla nuova pupilla.

L'*iridodialisi* è finalmente indicata allorchè la cornea è sommamente oscurata per una grand'estensione, e quando la porzione di questa membrana che resta penetrata dalla luce è sì poco considerabile da non essere possibile di stabilirvi col coltello un' apertura sufficiente, come per eseguire qualunque altra operazione che non potesse essere praticata che attraverso la camera anteriore dell' occhio, e che facesse temere l' opacità della piccola porzione di cornea che ha ancora conservata la sua trasparenza.

È tuttora dubbioso se *Adamo Schmidt* sia stato il primo inventore dell' *iridodialisi*, poichè, dietro le notizie venute d' Italia, quest'operazione era stata eseguita prima di lui da *Assalini* e da *Buzzi* (1), nel 1788; ciò non pertanto siccome *Schmidt* non conosceva se non che dei lavori di *Scarpa*, può essere considerato pure come inventore di questo metodo operatorio. Nei primi suoi esperimenti faceva un'apertura sopra un punto ancora trasparente della cornea introduceva una piccola pinzetta nella camera anteriore, e distaccava l' iride dal suo ligamento ciliare per il terzo della sua estensione. In seguito, circa alla medesima epoca di *Scarpa*, quando aveva ad agire sù di una piccola porzione della cornea che fosse ancora trasparente, si serviva di un ago, avente la forma di una lancetta ricurva in avanti (2), che introduceva attraverso la sclerotica nella camera posteriore, come nell' estrazione della cateratta, passando davanti al cristallino, o davanti alla faccia anteriore della membrana jaloide, quando mancava il cristallino; egli introduceva in seguito l'istrumento nell'iride, circa un quarto di linea dal circolo ciliare, fino a che non si presentava la punta, afferrando poi questa membra-

(1) Vedi *G. Wagner, Commentatio de coremorphosi, etc Goettingae*, 1818 p. 35. e Baratta l. c.

(2) Vedi *la sua Bibliotec: Ottalmolog. e l'opera di Beer* Tav: degli istrumenti, fig: 13.

na solidamente quanto è possibile, la distaccava dal ligamento ciliare esercitando una leggiera trazione.

Himly, *Flajani*, *Beer* e *Schmidt* introducevano essi pure simili aghi attraverso la camera anteriore dell'occhio, e se ne servivano per distaccare l'iride dal ligamento ciliare. Tal processo presentò dei resultati che furono in generale più favorevoli.

Si eseguisce adunque l'operazione per la camera anteriore o posteriore; il cristallino è rimosso ed allontanato dalla nuova pupilla per mezzo della manovra da noi indicata, talchè non può in seguito essere di ostacolo alla visione, offra di già dell' opacità, o venga in seguito, ciò che accade costantemente.

Allorquando l'iride trovasi talmente prossima alla cornea che la sua separazione non è molto facile senza una qualche lesione, *Himly* fa l'operazione in *due tempi*; egli allontana molto il cristallino dal punto ove dev'essere formata la nuova pupilla, e non eseguisce l' iridodialisi se non che dopo qualche tempo, quando cioè la camera anteriore si è riempita di nuovo di umore acqueo.

L'iridodialisi eseguita secondo i precetti di *Schmidt* e di *Scarpa* non offre resultati brillanti; dessa spesse volte non riesce, e ciò dipende particolarmente dall' iride distaccata che si ritira verso il suo ligamento ciliare, accidente che ogni volta distrugge la pupilla al momento che è formata. Verso quest'epoca l' ingegnoso *Langenbeck* (1) pubblicò un eccellente metodo di fissare l'iride, che basterebbe solo per assegnargli per sempre un posto onorevole nei fasti della medicina operatoria.

Ecco in che consiste il suo processo.

Dopo di avere fatta, per mezzo di un coltello da cateratta, un' incisione poco estesa in un punto adattato della cornea, introduce per la ferita un piccolo uncino, che rivolge allorchè giunge molto vicino al gran bordo dell' iride, in modo tale che la punta del-

(1) Ved. la sua nuova bibliotec:. etc., t. B 2. St.

l'istrumento sia girata versoquesta membrana,che prende per mezzo dell'uncinetto ad oggetto di tirarla a se; distacca in tal modo l'iride dal corpo ciliare per quasi il terzo della sua estensione; impegna con precauzione e destrezza nella incisione della cornea la porzione di questa membrana che vi è portata dall'uncinetto , e ve la tiene ferma per ottenere quasi una specie di strangolamento; dopo avere con delicatezza liberato l'istrumento determina in tal modo una procidenza artificiale dell' iride accanto alla pupilla egualmente artificiale che si ristringe successivamente (1).

Se si combina dietro la nuova pupilla il cristallino caterattoso, che non sia stato rimosso spostando l' iride, l'operatore lo divide in piccoli frammenti quando è molle, o l'abbassa se presenta sufficiente solidità. *Reisigner* (2) considerando che la pinzetta semplice non regge spesso per la mancanza di resistenza dell' iride, e fa in tal modo mancare il successo dell'operazione,ha imaginato un'altra pinzetta doppia (*volsella*) avente la forma di una pinzetta a uncinetto (3). Introduce questo istrumento chiuso, che non rappresenta allora che una semplice pinzetta, attraverso la incisione della cornea nella camera anteriore,e lo conduce fino al gran bordo dell'iride, ove egli vuole stabilire la nuova pupilla; gira l' istrumento in modo che la punta dell' uncino sia diretta verso l' iride, l'apre in seguito un poco, e l'introduce in cotesta membrana vicino al bordo ciliare; ciò eseguito richiude la pinzetta, distacca lentamente l'iride dal ligamento ciliare, la tira verso l'apertura della cornea e ne impegna una porzione nella ferita , ad oggetto d' impedire che non riprenda la sua primiera posizione , ciò che distruggerebbe la nuova pupilla.

(1) L' idea e la prima esecuzione di questo processo sono devolute a *Langenbeck*. e non a *Bonzel* di Rotterdam (Ved: la nuova Bibliotec. 1. B, 4. St. del primo.

(2) Esposizione di un nuovo processo per fare la legatura delle fistole all'ano, e di un nuovo metodo sicuro e facile per formare delle pupille artificiali. Ausburg. 1815.

(3) Tav. V. fig. 16.

Il celebre *Graefe* ha immaginato un istrumento che ha chiamato *coreoncion* (1); consiste in una piccola pinzetta rinchiusa in una guaina, dalla quale si può avanzare e ritirare a piacere. Quest' istrumento è disposto in modo che quando l'iride si trova afferrata dalla pinzetta, questa e la guaina agiscono non solo a guisa di una pinzetta, ma ancora l' uncinetto può essere ritirato attraverso della guaina medesima senza interessare le diverse parti dell'occhio. Fu nel medesimo tempo che *Langenbeck* inventò un istrumento (2) il di cui meccanismo è forse anco più ingegnoso.

Bisogna però convenire che qualchevolta sopraggiungono degli accidenti nel ritirare l'uncino non coperto dalla ferita fatta alla cornea, particolarmente se i malati sono impazienti, e si muovono; nulladimeno io dirò che il semplice uncino o quella a pinzetta di *Reisigner* mi sembrano preferibili a tutti gli strumenti complicati; io amo piuttosto essere costretto di fissare l'occhio mobile per mezzo di un uncino, e affidarmi alla mia prudenza ed ai movimenti della mia mano, di quello che al meccanismo complicato degl'istrumenti. Il semplice uncino di cui mi servo rassomiglia all'istrumento di *Laugenbeck* per l' estensione della sua curva, ma è un poco più forte, ciò che impedisce che non sfugga tanto facilmente, e che non laceri l' iride.

Per evitare quest' ultimo inconveniente, ed acciocchè l'iride si distacchi più facilmente dal ligamento ciliare, bisogna spingere la punta dell'uncino in questa membrana tanto vicino quanto è possibile alla sua grande circonferenza.

Si sono pure immaginati in Germania altri istrumenti per eseguire l' iridodialisi, che a malgrado che la loro costruzione sia ancora in parte più complicata, onorano ciononostante il genio dei loro inventori. Io non mi occuperò che dell' ago-pinzetta (Staarnadelzange) di *Wagner*, della pinzetta di *Dzondi*, del-

(1) Il *coréoncion*, istrumento per servire alla formazione delle pupille artificiali. Berlino 1827.

(2) Nuova Bibliotec. et; 1. B., 1 und 4. 1817. und. 2. B. 1 H. 1820.

l' ago-uncino o *raphiankistron di Emden*, e dell' *iriankistron di Schlagintweit.*

Quantunque i tre metodi indicati per eseguire delle pupille artificiali, in generale, possino essere messi in pratica quasi in ogni circostanza ove la cornea sia sempre trasparente per una maggiore o minore estensione, e che le funzioni pure della retina non abbino sofferta alcuna alterazione; vi sono nullameno dei casi nei quali il resultato dell'*iridectomia* è dovuto alla scelta di uno fra i differenti processi d'*iridodialisi*, piuttosto che a tutt'altra causa. Certamente ciò ha luogo quando una cateratta è aderente in tutta od in quasi tutta la sua circonferenza al bordo pupillare, ed alla faccia posteriore dell'iride, quando cioè l'infiammazione ha dato luogo ad un trasudamento di linfa alla superficie dell' uvea, da cui n' è resultato un'unione di questa membrana assai più considerabile che nello stato normale col ligamento ciliare e le parti adiacenti, tanto anteriori che posteriori. In questo caso le pinzette, ed altri istrumenti a uncino, sdrucciolano dopo che sono stati introdotti nell'iride senza che questa membrana si distacchi come si desidera.

In una giovine ragazza, ed in circostanze simili mi valsi di un processo particolare, che descriverò in poche parole, e per più ampie dilucidazioni rimanderò ad una mia memoria che pubblicai alcuni anni scorsi (1).

(1) Sulle pupille artificiali, e sù un metodo particolare per eseguirle. Berlino 1821.

In un'opera quale è questa, il di cui scopo particolare non mira a creare delle operazioni, non si può entrare, in generale, in dettagli minuziosi relativi le indicazioni ed il manuale operatorio, almeno per le operazioni importanti e difficili, come lo sono i differenti metodi di eseguire la pupilla artificiale. Non è se non che sotto la direzione di un buon precettore che si può giungere a conoscere a fondo il manuale delle operazioni; coloro che dopo avere apprezzato cotesto vantaggio sapranno mettere a profitto, in qualche guisa, gli eccellenti precetti contenuti nelle opere che noi indicheremo, potranno acquistare maggiore abilità dei chirurghi a noi antecessori nella formazione delle pupille artificiali. *Beer* Vienna 1805, con un supplemento del 1806.

Dopo avere tutto disposto come per l'operazione della cateratta per estrazione, aprii la cornea ad una mezza linea di distanza dalla sua circonferenza, verso l' angolo esterno dell'occhio, per mezzo di un'incisione che aveva appena una linea d' estensione, servendomi del coltello da cateratta di *Beer*.

Per quest' apertura introdussi nella camera anteriore il mio *ago-uncinato* (1), la punta diretta in alto, in modo da scansare ugualmente l'iride e la cornea; lo spinsi rapidamente attraverso la camera anteriore (che era ancora ripiena dell'umor acqueo) nella direzione del grand' angolo dell' occhio, fino ad una linea all' esterno del bordo pupillare. Rivolsi allora l' istrumento, senza interessare l'iride in modo che la sua punta tagliente fosse in contatto con esso nella sua parte interna e superiore, e scorrendo sulla superfice anteriore di questa membrana, e in direzione verticale feci un'incisione superficiale, della lunghezza uguale alla metà del diametro della camera anteriore, procurando di agire molto leggiermente ad oggetto che questa membrana non fosse che incisa, senza essere completamente divisa. Risalendo in seguito di basso in alto fino alla metà dell'incisione così eseguita, trapassai l'iride colla punta del mio istrumento, e dopo avere presa questa membrana, la ritirai un poco verso l' apertura della cornea: coll' esposta manovra ottenni una fenditura abbastanza lunga nell' iride, che non era permeabile dalla luce, perchè il cristallino che

Himly, *Schmidt*, *Benedict*. Lipsia 1810. *Langenbeck*. Le opere di *Scarpa*, e di *Reisigner*, *Jungken* ec. 1817. *Wagner* 1818. *Wenzel* Norimberga 1825. *Schlagintweit* 1818. I trattati di chirurgia di S. *Cooper*, di *Richerand*, di *Boyer*, e *Sabatier*. Finalmente le opere citate da *Baratta*, da *Quadri*, da *Adams*, da *Gibson*, da *Maunoir*, ec.

(1) Vedi la mia opera citata. Quest'istrumento non è più voluminoso che l' uncino da cateratta di *Beer*, ma la sua curvatura è più aperta, e si avvicina per conseguenza vieppiù alla forma di un ago; esso non è più rotondeggiante davanti, ma piuttosto alquanto più largo nella sua curvatura anteriore, e la sua estremità presenta la forma di una lancetta che termina in una punta acuta, e ritondata, ottusa sù i due bordi.

era situato dietro l'iride era opaco. Io spinsi di nuovo il mio ago-uncinato in direzione orizzontale, essendo la sua estremità girata in alto, verso il punto ove aveva traforata l'iride. Dopo avere penetrato attraverso l'incisione di questa membrana, una mezza linea all'incirca al di là e nella direzione dell'angolo interno dell'occhio, girai l'istrumento (senza interessarmi dell'iride distaccata), in modo da potere prendere con sicurezza il bordo del cristallino nella porzione che riguardava l'angolo interno, facendo eseguire al mio ago-uncinato un movimento di rotazione, in maniera che la sua estremità fosse girata obliquamente in dentro ed in alto; lo ritirai verso l'apertura della cornea, e vi portai pure tutto il cristallino, colla sua capsula, che sembrava essere solidissima, facendola girare intorno al suo asse verticale nella nuova pupilla, che fu dilatata in tal modo per mezzo di questo corpo, il di cui bordo interno era girato in avanti, e l'esterno in dietro.

La punta dell'istrumento essendo ancora impegnata nella capsula cristallina, con dei movimenti irregolari, procurai di lacerarla e dividerla, ugualmente che il corpo medesimo del cristallino che era di consistenza mediocre, avendo riguardo nonostante di non lasciarlo sfuggire attraverso la nuova pupilla. Dopo avere liberato l'uncino spingendolo verso il fondo della camera anteriore, lo ritirai fuori dell'occhio; l'estremità dell'uncinetto essendo voltato in alto, e la convessità verso l'angolo inferiore della ferita della cornea, movimento durante il quale la direzione del manico dell'istrumento era obliqua di basso in alto. Con tale precauzione, si evita che non si attacchi sortendo dall'occhio; ma è pur necessario che la sua curvatura non sia di troppo marcata.

La nuova pupilla riuscì assai grande, di forma ovale, e rimaneva presso a poco nel centro dell'iride, ma nonostante un poco più vicina alla commettitura interna. Il cristallino sporgeva nella camera anteriore, in modo tale che restava quasi a contatto colla faccia interna della cornea; del rimanente era situata quasi intieramente all'opposto dell'iride, e lasciava

nella pupilla uno spazio triangolare libero, uno dei cui angoli era girato dal lato del naso. L' emorragia dell'iride fu insignificante; nonostante il sangue intorbidò un poco l' umore acqueo durante l' operazione, ciò che non impedì nullameno di distinguere ciò che succedeva nell'interno dell'occhio. Il cristallino fu tosto assorbito, e la nuova pupilla comparve assolutamente nera.

MALATTIE DELLA RETINA
E DEL NERVO OTTICO.

INFIAMMAZIONE SEMPLICE DELLA RETINA.

Retinite.

Si può sospettare l' esistenza dell' infiammazione della retina anco leggierissima, allorchè vi ha eccessiva fotofobia accompagnata da lagrimazione, da cefalalgia, e da dolori pungenti nel profondo dell' occhio; quando il malato in seguito vede inalzarsi delle scintille e crede vedere dei baleni (fenomeni l' intensità de' quali si accresce sotto l' influenza di tutte le cause di congestione verso la testa); quando dopo la diminuzione di questi sintomi l'occhio resta affetto da *ambliopia* realmente nervosa, più o meno pronunziata; allorquando nel primo apparire dell'affezione sembra al malato di vedere delle *mosche volanti* ordinarie, (alcune delle quali sono di spesso circondate da un' areola luminosa, oppure da un cerchio di fuoco) che si spengono e si dissipano poco a poco a misura che l'*ambliopia* aumenta; finalmente quando il medico durante la malattia, non osserva nell' occhio alcun fenomeno inflammatorio, se non che un leggiero ristringimento della pupilla. Ma è molto raro di osservare un' infiammazione così circoscritta della retina, poichè per lo più la coroidea, l' iride e la sclerotica partecipano contemporaneamente di quest' affezione, e presentano allora i fenomeni o sintomi che noi indicheremo parlando dell'*ottalmite interna*. Questa malattia è spesso prodotta da soverchio eccitamento della retina, dovuto all' impressione di una viva luce, all' azione troppo protratta nell' osservare degli oggetti lucenti e di un volume troppo piccolo, alla soppressione di abituali emorragie nasali, ec.

Il prognostico è pure molto favorevole allorchè la malattia è recente, se è stata medicata convenientemente nel suo nascere, e se l'*ambliopia* consecutiva non è molto considerabile. Ma se l' affezione si pre-

senta lentamente, vi resta uno stato varicoso che alimenta l'ambliopia. Quando la retina è la sede di una alterazione organica prodotta dall'infiammazione, l'ambliopia o l'amaurosi che ne resulta è incurab le.

La cura è la medesima di quella dell' ottalmia interna. Le ambliopie consecutive che non dependono da alterazione di alcuna delle parti componenti il globo dell' occhio, cedono ordinariamente all' uso degli stimolanti volatili che noi indicheremo parlando della cura dell' amaurosi in genere, e che si devono usare in frizioni ed in vapori.

Amaurosi.

Amaurosis (*da* ΑΜΑΥΡΟΣ *oscuro,opaco*); *gutta serena.*

S' intende per *amaurosi* una vera cecità, la di cui sede è nelle parti, che nello stato normale, presiedono alla visione ; ora siccome questa facoltà appartiene alle parti nervose del globo dell'occhio, è in quelle, e particolarmente nella retina e nel nervo ottico che deve avere la sua sede quest' affezione. Allorquando cotesta cecità nervosa non è completa , e che il malato vede ancora più o meno, si designa allora sotto il nome di debolezza di vista amaurotica , *ambliopia amaurotica.* Accade talvolta ch' essa non passa mai allo stato di amaurosi completa , può peraltro persistere in questo grado per tutta la vita , senza subire cangiamento alcuno.

Sintomi dell'amaurosi in generale. È utile dividere i segni dell' amaurosi, in quelli che il malato soltanto può rimarcare (*segni subiettivi*) ed in quelli che osserva il medico (*segni obiettivi.*)

Segni subiettivi. La vista diminuisce od è affatto abolita, talvolta in un solo occhio, e qualche altra in ambedue. Questo sintoma è costante, soltanto è preceduto od accompagnato da uno o dall' altro dei seguenti sintomi.

Il malato risente assai spesso un' incomoda aridità alla superficie dell'occhio; gli sembra che il globo intiero sia spinto fuori dell' orbita ; si duole frequentemente di sentire nell' occhio e nelle parti cir-

comambienti una sensazione, che non è ciononostante accompagnata da dolore alcuno, o prova una sensazione di pienezza particolare, ed un' insolita pesezza ; è contemporaneamente affetto da frequenti vertigini , che sono per lo più susseguite da considerabile diminuzione della vista,e talora da violenti dolori di testa. In qualche circostanza il malato esita a muovere le palpebre, perchè crede di sentire della polvere fine fra esse ed il globo dell'occhio. Sovente l'amaurosi si sviluppa sotto l' influenza di cefalalgie generali o di emicranie periodiche. Generalmente, quest' affezione è per lo più preceduta, per molto tempo, da queste dolorose sensazioni che il malato risente frequentemente tanto quando vi ha cecità da un solo occhio , come allorquando sono affetti ambedue ; in qualche caso il dolore si manifesta nel tempo medesimo che incomincia la cecità ; vi sono finalmente dei soggetti nei quali il dolore il più violento non dura se non che fino alla formazione perfetta dell' amaurosi ; dopo di che si dissipa insensibilmente. Vi sono delle circostanze nelle quali gli spasmi sono talmente forti , che i malati perdono la conoscenza delle cose, e vanno soggetti a degli accessi di furore. Dopo la morte si trovano costantemente delle gravi lesioni organiche dell' encefalo o del suo inviluppo osseo, particolarmente alla base del cranio. Nei casi ove l'amaurosi è completa , gli altri sensi e la memoria incominciano a indebolirsi; tal infermità è susseguita da pronta morte.

Qualche volta l' amaurosi non sembra attaccare che la semplice metà della retina; il malato non vede allora se non se parzialmente gli oggetti (*hemiopsia visus dimidiatus*); oppure gli sembra che gli oggetti che considera sieno mancanti di qualcuna delle loro parti (*visus interruptus*); ossivero la facoltà visiva si trova inugalmente repartita nella retina; ne resulta che il malato crede di vedere delle figure semi-trasparenti, assumendo l' aspetto di linee rette, circolari o sinuose (*scotomata*), che in principio ondeggiano davanti gli occhi, e diventano quindi fisse. A tal fenomeno si dà il nome di *mosche volanti* (*visus muscarum*). Allorquando queste figure prendono la for-

ma di reticelle o di velo, quest' alucinazione si chiama *visus reticulatus*. Spesse volte il malato vede sfolgoreggiare dei lumi e dei baleni davanti ai suoi occhi (*visus lucidus*, *photopsia*, *marmaryge Hippocratis*), è talvolta affetto da fotofobìa, che lo mette frequentemente nell' impossibilità di riconoscere i più piccoli oggetti, quantunque sieno debolmente illuminati (*oxyopia*).

In altri casi i malati vedono tutti gli oggetti inviluppati da nebbia, o come coperti di polvere di carbone (*visus nebulosus*). Talvolta sembrano loro doppi (*diplopia*), o colorati (*crupsia*), particolarmente nella loro circonferenza; altre volte al contrario non distinguono i colori se non che con difficoltà (1) (*achromatopsia*); qualche volta stralunano (*strabismus*), ossivvero girano uno dei due occhi in una direzione obliqua (*luscitas*). Le persone affette da questa malattia sono spesso miopi, talvolta presbiti; altre volte, al contrario, gli oggetti compariscono sfigurati e spostati (*visus defiguratus*, *metamorphopsia* (2).

I segni *obiettivi* dell' amaurosi risiedono principalmente nella pupilla; è d' essa alle volte, effettivamente troppo grande, ciò che ha luogo il più spesso,

(1) Particolarmente quelli che a cagione del loro colore metallico, si confondono gli uni cogli altri. Ciò depende in generale dalla debolezza della vista.

(2) Quantunque frequenti possino essere e che sieno effettivamente questi sintomi di un' amaurosi incipiente, si riscontrano quasi tutti sugli occhi sani per il resto, o che per lo meno non fanno temere un' ambliopia amaurotica, tanto i fenomeni di cui i nervi possono essere la sede, sono numerosi e variabili. Fortunatamente la presenza di uno o dell' altro di questi sintomi è ben lungi di annunziare costantemente una vera ambliopia oppure la cecità; niente più che un brivido nel dorso non indica sempre la febbre, e che un tremore involontario di un piede o di un braccio comparso improvvisamente non annunzia nè costituisce la corea. È necessaria perciò la più gran prudenza dalla parte del medico, onde giudicare esattamente del pericolo o dell' innocuità di uno o più fenomeni da noi indicati.

ed altre volte troppo piccola; ma quasi costantemente sembra angolosa e spostata. Nel tempo stesso il suo colore nero è raramente così uniforme come nello stato normale; essa è talora un poco nebulosa, altre volte di un grigio cupo, o verdastro; finalmente presenta un colore bianco-rossastro, o bianco-giallastro, ed offre allora più o meno rassomiglianza colla pupilla nel caso di cateratta. In tutti questi casi però si osserva distintamente che l' opacità risiede nel fondo dell' occhio; spesso essa sembra pure concava. Contemporaneamente l' iride è talvolta affatto immobile, malgrado la variazione della luce la più pronta; tal altra questa membrana presenta una leggiera mobilità; e finalmente, quantunque ciò sia raro, dessa è qualche volta grandissima. Allorquando un solo occhio è attaccato da amaurosi, accade spesso che ambo le pupille si contraggono, e si dilatano successivamente fintanto che tutti e due gli occhi sono aperti; ma se si chiude l' occhio sano, l' iride del malato diventa all' istante immobile, la pupilla si dilata e sembra angolosa. Il colore e la struttura dell' iride subiscono ugualmente delle alterazioni sensibili in molte specie di amaurosi, particolarmente quando la retina ed il nervo ottico sono sotto l' influenza di una discrasìa.

Quando quest' alterazione è una volta stabilita, la malattia dietro quanto ho potuto osservare, resiste a tutti i mezzi conosciuti. Si è fino ad ora perduto quasi affatto di vista questo sintóma obiettivo che si presenta in molti casi d' amaurosi; è perciò ch' io ho creduto dovere richiamare su di esso l' attenzione dei medici, lusingandomi che sarà forse un giorno di una qualche importanza per la sintomatologia di questa malattia.

Spesse volte le persone affette da amaurosi vanno soggette a della sonnolenza od all' insomnio, ad alcuni fenomeni paralitici dei muscoli della faccia o delle membra, a degli accidenti convulsivi, i quali allorchè compariscono soltanto dopo che la cecità è completa, sono comunemente di un pessimo presagio per la vita del malato.

L'amaurosi può nascere istantaneamente, o non si sviluppa se non che con lentezza, come suole accadere per lo più. Quest' affezione può essere durabile o passeggiera, periodica ed anco intermittente; essa può essere semplice o complicata da *glaucoma*, da *cirsottalmìa*, da *cateratta*, da *blefaropleg'a*, dall' *atrofìa del globo dell' occhio, etc.* o finalmente da certe malattie generali, che talvolta le danno origine Queste sogliono essere principalmente l' artritide, il reumatismo, la clorosi, il tifo, l' idrocefalo, la tosse convulsa, la tise, etc.

Nell' idrottalmia, il glaucoma e la cirsottalmia giunte ad alto grado di sviluppo, la funzione della retina è sempre diminuita, e per conseguenza queste malattie si complicano costantemente di amaurosi più o meno completa.

Cause generali dell' amaurosi. L' amaurosi non attacca ordinariamente di preferenza nè alcuna età nè un sesso piuttosto che l' altro; nonostante gli occhi neri o bruni vi sono più disposti di quelli, la di cui iride è colorata in turchino od in grigio. I soggetti i di cui occhi sono di color cupo hanno particolarmente a temere di perdere la vista di preferenza; all' età critica le donne, o in conseguenza della soppressione delle emorroidi, etc.

Gl' individui che soffrono ciò che vien chiamata *abitudine nervosa*, il sistema nervoso de' quali si trova straordinariamente eccitabile; quelli che hanno una vera pletora, o che mostrano una tendenza abitnale alle congestioni sanguigne verso il capo ed agli occhi, sono più particolarmente disposti a questa malattia. Si osserva ciononostante in generale, nella pluralità de' casi, che la causa prossima consiste in una congestione sanguigna insolita verso gli occhi, sia che quest' accidente dependa da una soprabbondanza di questo fluido, quanto che venga richiamato in questa regione da uno stimolo qualunque. L'amaurosi sembra essere qualche volta ereditaria; nullameno una tale circostanza si presenta assai di rado; del rimanente le osservazioni che sono state emesse in appoggio di quest' opinione, non sono molto convincenti. L' amaurosi

che depende da disposizione particolare, in virtù della quale gl' individui hanno dell' aversione per certi alimenti, per alcuni medicamenti, o per particolari situazioni del corpo, si presenta raramente. Bisogna annoverare in questa specie rara l' amaurosi che si presenta al principio di una gravidanza, e scomparisce verso la fine; ma essa è sempre accompagnata da disgusto e da vomito, che alcun mezzo non può frenare. *Morgagni* (epistola XIII) riferisce un esempio di questo genere ove la cecità disparve dopo il parto. *Beer* ne riporta un' altro in cui il soggetto restò privo della vista dopo lo sgravio del feto. (1). L' u-

(1) La mia pratica particolare avendomi offerto un' osservazione, che in quanto a dei particolari sintomi ha molta analogia con ambo i casi riferiti dal *Morgagni* e *Beer*, mi gioverò di qui riportarla candidamente quale la vidi.

La Signora M. Dillon maritata al capitano Giacomo Straker inglese, e domiciliata in Livorno da qualche tempo, aveva sortito dalla natura un temperamento eminentemente nervoso, senza avere per altro mai sofferta malattia alcuna agli occhi, particolarmente relativa ai nervi ottici, tranne delle leggiere ottalmiti prodotte da cause reumatiche. Appena la Sig. Straker s' avvide di essere incinta, cio che accadde nei primi dì dell'anno 1828, la sua vista incominciò a declinare in modo da vedersene affatto priva nel chiudersi il terzo mese della gestazione. Una particolare sensibilità esisteva già a quell' epoca nell' espansione dei nervi ottici, talchè la luce anco al menomo grado le si rendeva assolutamente insopportabile. Degli spasimi irregolari si per la durata e intensità, quanto per le diverse parti che occupavano, rendevano ogni giorno più penosa l' esistenza dell' ammalata. Le arcate sopraccigliari erano di preferenza attaccate da spastici dolori, non meno che le regioni ora sincipitale ora la verticale ed occipitale insieme; talvolta si trasferiva, senza abbandonare alcuna delle prime, nella sternale regione, da renderle se non impossibile, difficilissima almeno la respirazione. In tale stato passò quasi intieri i nove mesi, senza che i variati tentativi voluti esperimentare contro il mio avviso le producessero il ben che più piccolo effetto, com' era troppo naturale, se la causa di si straordinari fenomeni era temporariamente irremovibile. Giunto finalmente il desiato istante dello sgravio furono coi nostri voti avverati in parte pur anco i vaticini da noi emessi, ma disgraziatamente per pochi istanti godè di quello stato di ben' essere. Successo ap-

so smodato del caffè di cicorea, della birra amara, dei medicamenti presi nella classe degli amari, e particolarmente della *quassia amara*; l' abuso dei narcotici (1), e delle preparazioni di piombo, hanno di sovente apportata l' amaurosi.

Questa malattia può pure svilupparsi sotto l'influenza di ostruzioni dei visceri addominali, della ipocondria e dell' isterismo, in seguito di congestioni sanguigne continue verso il capo, prodotte da grandi applicazioni di spirito, e secondo *Schmuker*, in conseguenza di corse forzate fatte nella stagione molto calda, dietro pure alla soppressione di scoli sanguigni abituali, etc. Ugualmente l' insolazioni, le ottalmie interne semplici, l' encefalite, l' azione di riguardare il sole e la luna, o di fissare lungo tempo degli oggetti minuti e scintillanti, particolarmente se osservati colle lenti o con microscopi, così pure la comparsa di un baleno in un appartamento oscuro, i viaggi eseguiti sotto un sole splendido attraverso un paese coperto di neve, sono di spesso la causa di un' ambliopia amaurotica, o dell' amaurosi perfetta. Questa malattia dipende sovente da debolezza generale o locale prodotta dall' onanismo, dalle polluzioni troppo

pena il parto, al quale assisteva io stesso, la Sig. Straker aprì ambo gli occhi ad un tratto, e distintamente potè osservare dei non rilevanti oggetti, che a tre camere di distanza dalla sua, erano situati sopra di un canterale molto illuminato da una vicina finestra. Tal circostanza sembrava omai avere riassicurate le nostre speranze. Ma che! Ai pochi istanti di contentezza ne subentrò la mestizia la più tetra, giacchè la puerpera riperdè nell'istante la vista, e in tale stato dovette passare altri undici mesi, alla quale epoca avendo dato alla luce altro figlio, si ripristinò gradatamente la sua vista, senza il concorso del più piccolo farmaco locale nè generale. La signora Straker a tutto lo scorso Luglio 1832 godeva perfettissima salute sotto ogni rapporto, quantunque non contava più che tre mesi dacchè aveva dato alla luce altro bambino, quand' io ebbi luogo di rivederla. (N. di Tr.)

(1) L' uso troppo frequente dei narcotici, anco come topici può finire per determinare una vera debolezza della vista. Si può dire altrettanto dei vapori d' ammoniaca, allorchè gli occhi vi sono spesso e troppo lungo tempo esposti.

reiterate, dalle salivazioni, dalle diarree continue, dalle commozioni sofferte dal globo dell' occhio, dagli starnuti troppo violenti, o da colpi portati sull' occhio, sulla regione sopra-orbitale, etc. Altre volte l'amaurosi succede ai patemi molto prolungati, ai pianti continui prodotti dal dispiacere e dal timore di mancare di alimenti, ai digiuni, ed alle veglie protratte, agli spaventi violenti ed inaspettati, per un' eccesso di collera smodata o soppressa, alle lavande sull' occhio fatte coll' acqua freddissima e troppo spesso ripetute, etc. Si osservano talvolta delle amaurosi passeggiere o durabili in seguito del tifo, *Reil*, *Beer* ed altri autori ne hanno osservati degli esempi.

L'artritide ed alcune altre discrasie sono frequentemente la causa dell' amaurosi. La presenza dei vermini nel canale intestinale, la soppressione del sudore ai piedi, ed alla faccia, la guarigione troppo sollecita di ulceri inveterate alle gambe, la ripercussione di esantemi cronici, ec. danno luogo assai spesso all' amaurosi. Quest' affezione può pur essere il resultato della presenza di tumori o di carie nell'orbita, dell'idrocefalo interno, dell' idrottalmia, della cirsottalmia, della sinchisi, e del glaucoma. *Beer* è il primo che abbia riconosciuto che la causa, che per lo più determina l' ambliopia *senile*, consiste nella diminuzione graduata della secrezione del colore nero della coroide. Finalmente il contatto frequentemente ripetuto dei vapori di zolfo sull'occhio può cagionare l'ambliopia, l'amaurosi, o talvolta soltanto la midriasi: questa causa pare essere stata sconosciuta fino ad ora; ciononpertanto io ho avuto occasione di osservarne più di una volta le conseguenze spiacevoli nel luogo della mia dimora (*Dresda*), particolarmente nei fabbricanti di cappelli di paglia.

Prognostico dell' amaurosi in generale. Beer presume che la ragione per la quale si riesce sì raramente a guarire questa malattia derivi dall' imperfezione della sua etiologia, dalle sue complicazioni, e dalla poca cura che prendono i medici per studiarla quanto sarebbe necessario; spesse volte ancora il malato perde la tolleranza, e non vuole più continuare

una cura che talvolta è stata incominciata pure anco con qualche successo.

Le ambliopie o l' amaurosi che offrono più spesso un qualche successo vantaggioso, sono quelle che sono recenti e il di cui sviluppo ha avuto luogo rapidissimamente, poichè in tal caso, l' affezione non è ancora bene identificata coi nervi dell'occhio, ed è facile rimontare alla sua causa.

L'ambliopia amaurotica scomparisce qualche volta spontaneamente e senza il soccorso dell'arte, dietro la sollecita comparsa di un'azione morbosa od anco normale dell'economia. Si devono classare fra queste azioni salutari gli esantemi cutanei, gli scoli puriformi degli orecchi, le perdite copiose di sangue dal naso, la ricomparsa delle emorroidi e dei catameni, ec. Le amaurosi che sono devolute all' abuso dei narcotici si dissipano spesso spontaneamente. Quando si ha avuto la fortuna di guarire un'amaurosi, rimane spesso l'ambliopia. Sovente un solo occhio è guarito mentre l'altro resta affetto ancora; oppure l'amaurosi non scomparisce che in un sol punto della retina; in tal caso il malato, per vedere distintamente gli oggetti è costretto di metterli esattamente nella direzione della porzione di questa membrana che ha ricuperata la sua funzione. Non è facile che la vista si ristabilisca in ambo gli occhi ad un tempo. Quando la guarigione dell'amaurosi si effettua poco a poco, a misura che la vista si ristabilisce, si osservano comunemente i medesimi fenomeni (tali che la vista velata, le mosche volanti, dei lampi, ec.) che si erano rimarcati nel tempo che la malattia faceva dei progressi. Allorquando un solo occhio è colpito ad un tratto da amaurosi, la vista non tarda a diminuire e a perdersi nell' altr' occhio ancora, particolarmente quando la malattia è dovuta ad una causa generale (1).

(1) Il Signor *Travers*, nell'eccellente sua *sinossi delle malattie degli occhi*, parmi che con molto criterio faccia una giusta e ben sensata distinzione fra l'amaurosi *organica* (che io chiamerei anco *indomabile*) dalla semplicemente *funzionale*. Suddivide poi quest'ultima in *sintomatica*, *metastatica*, *e propria*. Riporta non poche osservazioni che

Il solo aspetto dell'occhio amaurotico può spesso fare prognosticare l' incurabilità dell' affezione, particolarmente quando il malato non distingue la percezione della luce ad un certo grado, e che l'occhio ha perduto lo *sguardo* come si suol dire volgarmente.

Cura dell' amaurosi in generale. Dopo avere conosciute le cause della malattia, e dopo averne ben ponderata l'intensità e la natura, si procura di allontanarle coi mezzi convenienti.

Bisogna adunque, prima di tutto, prendere in contemplazione le cause, se si desidera intraprendere la cura la più razionale possibile di questa malattia, ed evitare ogni incertezza. Vi sono non solo delle amaurosi artritiche, psoriche, sifilitiche, ec., ma ne esistono pure, come molte osservazioni me ne hanno convinto, delle scrofolose. Il medico che ragiona sul suo soggetto deve dunque determinare a quale specie di amaurosi appartiene, ad oggetto di mettere in opera con energia i mezzi che convengono a ciascheduna di esse. Ma allorquando le vere cause della cecità sono conosciute, e quando pur anco si suppone averle allontanate, non si ottengono nullameno se non che dei resultati poco significanti, e non si arriva che appena a modificarla. È questi pure il motivo pel quale i medici, anco i più distinti non intraprendono se non con repugnanza la cura delle amaurosi, ed è perciò che questa parte sì interessante dell'ottalmologia è sì poco avanzata. La natura della malattia sfugge disgraziatamente troppo spesso al diagnostico il più esatto ed all' applicazione la meglio diretta dei mezzi convenienti. Noi abbiamo di già indicata in parte la causa della mancanza di successo, che ponno anco dipendere dall' eccessiva delicatezza della retina, ugualmente che dalla sua posizione che la rende inaccessibile ai medicamenti. Ciononostante non deve ciò essere un motivo per allontanarci e impedirci di studiare con maggior attenzione questa ma-

convalidano il suo modo di vedere, e che per maggiore dilucidazione il lettore potrà riscontrare nella citata opera, articolo *amaurosi* edizione dei fratelli *Nistri* di Pisa.

N. d. T.

lattia; battiamo adunque la via dell' esperienza, riuniamo delle osservazioni che sieno veridiche, ed esatte, nè lasciamoci scostare da questa via, che è la sola retta evitando le speculazioni erronee, quantunque ingegnose, di quegli spiriti che tutto vogliono stabilire *a priori*, e speriamo che nell'avvenire i nostri successori coglieranno il frutto delle nostre fatiche, di cui vorrebbero oggi godere in vano gli speculatori coi loro sforzi prematuri.

Io ho trattate delle amaurosi perfette nei fanciulli nei quali non si poteva scuoprire alcuna altra causa che la presenza di vermini nel canale intestinale.

Una piccola bambina di anni sei era affatto cieca da tre anni e durante tutto questo tempo era stata costantemente ed inutilmente curata da due medici; io le feci evacuare tredici vermini ascaridi-lombricoidi di un volume straordinario, e nello spazio di sei soli giorni. La vista era già stata riacquistata al settimo giorno della cura, al segno che la bambina poteva distinguere la dimensione degli oggetti; ma a malgrado i mezzi i più convenienti che furono usati dopo, questa correzione non fece quasi ulteriori progressi. È probabile che in questo caso avesse avuto luogo nel tessuto della retina o del nervo ottico qualche alterazione capace di rendere queste parti assolutamente inette a raccogliere la luce.

Non è questa una vana speculazione, l'esperienza lo dimostra, e le autopsie cadaveriche fanno spesso riconoscere in modo evidente le alterazioni della sostanza della retina negli occhi che sono stati affetti da amaurosi (*).

Nulladimeno questa disorganizzazione si presenta più sollecitamente in alcuni casi, e più tardi in altri; ma senza fallo questo ha luogo quasi sempre quando la cecità ha durato qualche tempo; poichè gli organi che hanno cessato di adempire le loro funzioni naturali, non tardano a risentire dei cangiamenti nella loro nutrizione.

(*) Vedi due esempi rimarcabili di questo genere nel giornale dei Progressi delle scienze ed istituzioni mediche, ec. Vol. VI. anno 182[illegible]; pag. 248.

Quando non c'è permesso di allontanare le cause di un' amaurosi, o quando non si può attribuire quest' affezione ad alcuna circostanza degna di attenzione, non rimane altra risorsa che di far ricorso ad un empirismo ragionato, nel quale bisogna particolarmente avere riguardo al sesso, all' età dei malati, ed ai fenomeni morbosi che hanno accompagnata questa affezione nella sua origine.

I mezzi empirici usati contro l' amaurosi che si sono guadagnati una certa reputazione, consistono nei medicamenti interni ed esterni dei quali noi parleremo.

Gli *emetici* sono messi in pratica per eliminare le zavorre gastriche, o per modificare, colla scossa ch' essi producono, lo stato del sistema nervoso.

I *drastici* sono particolarmente indicati nei casi di congestioni sanguigne verso il capo, quando particolarmente le evacuazioni non sono frequenti, e sono molto solide, ma bisogna osservare di non usare subito questi medicamenti quando esiste costipazione; è necessario all' opposto farli precedere da clisteri aperitivi.

I *diaforetici* devono essere tentati, allorquando particolarmente la pelle essendo asciutta, si può supporre che le funzioni dell' organo della cute hanno sofferto qualche perturbazione. In un gran numero di casi l'ambliopia e l'amaurosi devono essere attribuite a questa causa, giacchè essa provoca spesso un' azione morbosa nelle parti nervose dell'occhio, la di cui intensità o la debolezza determina la rapidità o la lentezza della diminuzione della vista. Se in questi casi vi ha pletora generale, è utile di far precedere al salasso l' amministrazione dei sudoriferi, o di un leggiero lassativo se esiste costipazione e se la lingua è imbarazzata, ec.

Gli *emenagoghi* devono essere impiegati con prudenza, e soltanto allorchè si presume che l' amaurosi dipenda da sospensione o soppressione od anco dalla cessazione prematura delle mestruazioni. Se il medico è chiamato per un' amaurosi, o per un' ambliopia amaurotica che sia successa immediatamente alla soppressione del flusso sanguigno, o che sia sopraggiunta poco tempo dopo di esso, bisogna solleci-

tarsi a fare un salasso, e ripeterlo se non ne resulta un miglioramento sensibile della vista. Quando la quantità del sangue è in tal modo diminuita, niente è più giovevole a ristabilire completamente la vista che l'amministrazione di un emetico. Questo metodo di cura è quasi sempre applicabile allorchè la malattia è al suo nascere, qualunque sia la causa della soppressione dello scolo sanguigno, come in esempio per l'azione improvvisa del freddo, per lo spavento, per la collera, per i dispiaceri ec.

L' amaurosi o l' ambliopia sono talvolta il prodotto di un attacco di apoplessia, che, in qualche caso, non offre alcun' altro sintoma che la repentina ambliopia, oppuranco la cecità completa dell' occhio. Se ciò accade in soggetti pletorici, pingui e di piccola statura, con collo voluminoso e molto corto, bisogna incominciare la cura, immediatamente dopo l'accidente, da un proporzionato salasso. Si usano in seguito i clisteri, i lassativi, le applicazioni fredde, dopo le quali si passa all' uso degli stimolanti. È in generale un' intrapresa azzardosa il trattare immediatamente cogl'irritanti un'amaurosi sopraggiunta istantaneamente; poichè per lo più si accresce la malattia, che diventa più ostinata e termina per resistere ad ogni mezzo di guarigione. Allorquando la debolezza della vista è mantenuta da delle interne infiammazioni dell'occhio, o da congestioni sanguigne verso quest'organo, il Dottore *Vetsch* (*A practical treatise on the diseases of the eye*; *London* **1820**) raccomanda di salassare fino alla sincope.

I *vermifughi* ponno pure talvolta fare scomparire la causa dell' amaurosi.

I *mercuriali* devono essere usati, particolarmente quando vi ha complicazione di sifilide, o che esistono contemporaneamente delle ostruzioni dei visceri addominali; ma si deve assolutamente evitare di servirsene nei soggetti che mostrano di avere una disposizione scorbutica, e quando l' amaurosi è accompagnata da sinchisi.

Non ha molto che i *mercuriali* sono stati moltissimo raccomandati, in particolar modo da *Langen-*

beck (1) da *Wedemeyer*, ec. L'amaurosi può spessissimo succedere ad un'infiammazione della retina, come ce l' insegna il primo di questi autori, e frequentemente quest' infiammazione può avere per conseguenza di rendere la membrana incapace a raccogliere i raggi luminosi. Esso ha guarite molte amaurosi in uno spazio di tempo più o meno lungo, esibendo il sublimato corrosivo all'interno, sotto la seguente formula:

℞ Deutocloruro di mercurio . . .	gr. j.
Gomma arabica.	ʒiij.
Acqua distillata.	ʒ vj.
Tintura tebaica.	ʒj.

Mescolate, da prendersi alla dose di una cucchiajata da zuppa mattina e sera.

Quattro od otto grani di deutocloruro di mercurio servono per ottenerela guarigione. (2) L'opacità che si osserva nel fondo della pupilla, e che Langenbeck attribuisce all' alterazione del tessuto della retina, si dissipa, e la vista si ripristina poco a poco. Altri medici hanno pure confermata l'utilità di questo farmaco per combattere l' amaurosi; e quantunque io non ne abbia ancora ottenuto dei resultati soddisfacentissimi nella mia pratica particolare, io opino che non meriti di fissare l'attenzione dei medici prudenti ed illuminati. *Wedemeyer* è riuscito a guarire coll'uso combinato del calomelano e delle fregagioni mercuriali fatte sulle palpebre, un pittore che era cieco da cinque a sei anni. Questo malato, dopo di avere usato dieci o dodici grani di calomelano, e due dramme di unguento mercuriale, fu attaccato da salivazio-

(1) *Neue Bibliothek*, ec. B. 1, H. 1, S. 51.

(2) Temerai che il Sig. Langenbeck avesse avventurata la sua opinione asserendo, com' egli fa, con tanta franchezza, che quattro od otto grani di deutocloruro di mercurio servono per ottenere la guarigione, poichè, in generale, nelle malattie di tanta importanza, quale è l' amaurosi, sovente mancano di effetto anco i più accreditati rimedi. (N. d T.)

ne, durante la quale la sua vista si ristabilì. Vi erano, in questo caso, delle forti presunzioni, ed anco degli indizi sufficienti, per credere un avvelenamento prodotto dal piombo. (Ved. la nuova biblioteca di Langenbeck, vol. 1°. quad. 1°. pag. 187.) Io debbo fare osservare che nei casi ove si vuole tentare l' uso del mercurio contro le alterazioni organiche aventi la loro sede nel fondo del bulbo dell'occhio, questo medicamento può ancora essere usato con vantaggio in frizioni fatte sull' occhio stesso.

I *nervini*, che godono di una reputazione meritata, non devono essere messi in uso se non che nei casi nei quali l'amaurosi sembra non essere che una affezione nervosa legittima, e semplice, quando la malattia è accompagnata da diminuzione di sensibilità, e da un certo grado di torpore che si osserva tanto nell' occhio quanto nel resto del corpo, quando finalmente l' affezione si manifesta colla totale cessazione della vista, come spesso accade nei vecchi. Allorchè le parti profonde dell'occhio sono sotto l'influenza di qualche discrasia, o quando queste sono causa dell'ambliopia, l'uso dei nervini è ordinariamente nocivo; questi medicamenti non fanno allora che accrescere la debolezza della vista. Fra tanti i principali sono: l'*arnica*, la *valeriana*, i differenti *eteri*, la *canfora*, i *millepiedi*, lo *zolfo dorato di antimonio*, la *belladonna*, la *pulsatilla*, l'*elleboro nero*, il *rus tossicodendro*, l'*olio animale etereo*, il *fosforo*, lo *spirito di corno di cervio*, l'*assafetida*, l'*oppio*, il *giusquiamo*, il *castoro*, il *muschio*, il *protossido di zinco*, il *calamo aromatico*, e *la china*; quest'ultima aumenta la cecità se si amministra quando esiste costipazione. Se si ha a medicare un' amaurosi periodica o intermittente, non bisogna esibire la china se non se dopo di avere emetizzato il malato a riprese, e fattogli prendere dei risolventi; dopo una tale precauzione l' antiperiodico produce talvolta degli eccellenti effetti. In qualche caso questo mezzo non basta, si raccomanda allora di fare ricorso all'arsenico. A tale oggetto si può usare la dissoluzione di questa sostanza, preparata col processo del dottore *Heim*, del quale eccone la formula:

℞ Acido arsenioso . . . . . } ana ʒß
Carbonato di potassa purificato. . }
Acqua distillata. . . . . ʒj.

Fate digerire a bagno-maria fino a tanto che la dissoluzione di arsenico non è completa, e quando tutto sarà raffreddato aggiungete

Spirito d' angelica composto . . . . . ʒj.
Acqua distillata. . . . . ʒ vj.

Se ne fa prendere alla dose di cinque gocciole ogni due ore.

Poco a poco si può portare la dose a otto e fino a dodici gocciole. Volendo usare l' arsenico con lusinga di successo, è necessario che la lingua sia netta, il ventre libero, che le funzioni della pelle si eseguischino regolarmente, e che il malato sia sicuro di non avere congestione sanguigna al capo. Si osservano delle ambliopie e delle amaurosi periodiche, o veramente intermittenti che sembrano, in principio, dependere da uno stato spasmodico, e che, dietro quanto ho osservato, si distingue da ogni altra specie per la circostanza, che terminato l' accesso non rimane la più piccola debolezza di vista, almeno nel principio. Io vidi un caso di tal genere, sommamente interessante, che giunsi a guarire completamente, ed in pochissimo tempo, per mezzo dell' assafetida.

Allorchè l' occhio si trova in uno stato di torpore molto significante, senza fotofobìa, senza traccia d' infiammazione delle parti interne del globo dello occhio; quando il malato sembra affetto dalla perdita non dolorosa della vista sopraggiunta senza causa apparente, ho ottenuto dei buonissimi resultati, in qualche circostanza, dall' uso interno delle foglie del *rus tossicodendron*, alla dose di un quarto ad un mezzo grano, combinato collo zolfo dorato d' antimonio, talvolta colla canfora, avendo sempre riguardo di non trascurare i mezzi esterni. Ma nei casi ove questo stato era accompagnato da una grande inerzia del tubo

gastro-enterico (che si incontra sì spesso nelle persone avanzate in età e molto pingui) quando la costipazione aumentava evidentemente la debolezza della vista, ho usato il *rus tossicodendro* unito alla coloquintida, in modo da ottenere due o tre evacuazioni giornalmente.

Mi sono servito empiricamente, con vantaggio, dell' estratto di belladonna alla dose di un decimo ad un sesto di grano, particolarmente nei casi ove, tutto indicando uno stato nervoso abituale, uno dei principali fenomeni dell' amaurosi incipiente, consisteva nella percezione dei colori vivi e screziati.

I ferruginosi devono essere amministrati con molta precauzione, poichè dal loro uso ne resultano facilmente delle congestioni verso il capo, che ponno aumentare la cecità.

I mezzi topici possono essere applicati ad una certa distanza o immediatamente sull' occhio. Bisogna classare fra i primi le evacuazioni sanguigne, i cauteri, i senapismi, i setoni, il moxa, i vescicanti, e la pomata stibiata di *Auntenrieth*. Questi due ultimi possono pure essere applicati direttamente al di sopra dei sopraccigli se si può supporre che l' amaurosi sia stata prodotta dalla soppressione di qualche agente morboso che abbia esistito verso questa regione, in esempio in seguito di una guarigione troppo sollecita di esantemi della faccia o della cute capillata. Tutti questi revulsivi e contro-irritanti devono essere usati con energia, acciocchè la loro azione non sia assolutamente indifferente. Non è questo il luogo nè la circostanza ove si debba agire lentamente colle cantaridi, col dafne mezereon, coi cauteri etc. e procurare di addolcire il piccolo dolore che questi mezzi apportano ai malati: poichè ho io spesso osservato che dei vescicanti volanti ogni otto o quindici giorni, e che si lasciavano chiudere in seguito, non producevano alcun' effetto, mentre che mantenendoli dolorosi per mezzo di pomate irritanti si ottenevano degli effetti sorprendenti.

I revulsivi energici come il moxa, la pomata stibiata, etc, sono particolarmente indicati nei casi, ove la retina od il nervo ottico sono influenzati da una

qualche discrasia ; ma è necessario dileguare prima le cause della malattia per mezzo di una cura conveniente.

Bisogna pur classare fra i mezzi topici ed esterni i clisteri, i bagni freddi e caldi, i piediluvi, le docce, ma in generale tali medicature sono poco efficaci. Gli sternutatori sono pure stati moltissimo preconizzati da *Ware* (1) e da altri autori; ma non devonsi adottare se non se quando non si hanno a temere delle congestioni sanguigne verso la testa.

I mezzi che si ponno usare immediatamente sull' occhio sono: le sanguisughe, che sono utili quando esiste turgescenza nei vasi di quest' organo, e che il soggetto è pletorico; l'elettricità, che è stata messa in pratica con successo dal dottore *Hey* (2), particolarmente ne' casi di amaurosi recente ; il galvanismo, ed il magnetismo minerale , ugualmente che la elettricità; le docce ed i bagni a innaffiatojo, devono essere usati particolarmente nelle paralisi semplici dei nervi dell' occhio, ma sempre con precauzione. Tutti questi mezzi sono, al contrario, inutili od anco pericolosi nei soggetti pletorici , nei casi ove i vasi sanguigni dell' occhio sono varicosi, quando i mezzi trasparenti dell' organo della visione mostrano della tendenza a subire delle alterazioni di composizione, e finalmente nelle persone amaurotiche affette da cefalalgie periodiche.

Se il malato attaccato da amaurosi vede molto meno facilmente la sera e nell' oscurità di quello che il mattino nello svegliarsi, senza risentire ciononostante il fenomeno della fotopsia; se l'iride non è contemporaneamente che poco o punto mobile ; se non v' ha alcun indizio di pletora generale o locale; se le parti interne dell' occhio non hanno sofferto alcuna alterazione di organismo, si possono fare sul sopracciglio delle fregagioni spiritose e volatili che sono state

(1) In esempio, la preparazione seguente:
Solfato di mercurio. . . . . gr. v.
Polvere di asaro composta. . . . . gr. xxv.
Mescolate

(2) Medicinal obser. and inquiries, vol. v. p. 26.

sì altamente preconizzate. Si comprende in questa categoria: *lo spirito di vino d'Anthosat* (*). *lo spirito di serpillo, quello di corno di cervio, l'acqua della regina di ungheria, quella di colonia, il balsamo di vita dell'Offmanno; l'olio di rosmarino; quello di cajeput, gli eteri, la tintura d'oppio, quella di cantaridi, e l'ammoniaca liquida* (1).

Per mettere in contatto l'occhio coi vapori di questi medicamenti, se ne lascia cadere qualche goccia nelle mani che si fregano l'una contro l'altra, e le

(*) Alcool a diciotto gradi, distillato sulle sommità fiorite del rosmarino. (N. del T.)

(1) Un mezzo che per la sua efficacia uguaglia quest'ultima sostanza, la polvere di *Lacyson*, prodotto dell'industria parigina, che il ciarlatanismo dei mercanti fa passare, particolarmente in Sassonia, per un mezzo universale contro la debolezza degli occhi, e il di cui uso è sì considerabile, che la consumazione cresce tutti gli anni in questo solo paese, pel valore di molte migliaia di scudi. Questa polvere è composta, presso a poco, di parti uguali di ammoniaca e di calce viva recente, di un poco di carbone, di ossido di ferro e di cannella; le tre ultime sostanze possono essere omesse per non essere essenzialissime. Si può nullameno conservare la cannella, ed aggiungervi della polvere di garofani, o di olio etereo molto forte. Questo mezzo riuscì particolarmente nei casi ove vi ha vera debolezza, ed una diminuzione della vista, prodotta dall'indebolimento delle forze vitali dell'occhio nella vecchiezza, e per un afflusso meno considerabile de' fluidi verso quest'organo, stato che si presenta colla presbiopia. Nonostante la sua efficacia non è superiore a quella dell'ammoniaca liquida o di altri mezzi esterni, da noi di già indicati, e che agiscono accrescendo l'attività delle parti nervose dell'occhio, e favorendo i movimenti di nutrizione del globo dell'occhio. Per fare uso di questa polvere, si agita la boccia ermeticamente chiusa che la contiene, e si apre in seguito, per permettere al vapore che si esala di arrivare all'occhio; si può pure ordinare ai malati di odorarla più volte ogni giorno. La preparazione di tal medicamento essendo facile e poco dispendiosa è possibile di ottenerla a prezzo bassissimo; sarebbe desiderabile che fosse conosciuta ovunque, ad oggetto di impedire l'esportazione di somme considerabili che sortono annualmente dal nostro paese. Una boccia contenente due o tre once di questa polvere si vende da cinque a dieci franchi.

si mettono in seguito verticalmente davanti il globo dell' occhio. Del rimanente, non si deve incominciare che dai più deboli dei sù citati mezzi, e non passare che gradatamente, e con precauzione agli altri più attivi e più volatili.

Rimane tuttora un campo vastissimo di esperienze a tentarsi nell' uso dei differenti gas ; nonostante io mi limiterò a fare osservare che non devono mai essere alterati dai vapori solforosi, la di cui azione sugli occhi è nocevolissima.

Dopo avere parlato dell' amaurosi in generale, noi esamineremo *le differenti forme di questa malattia.*

Procurando di rigettare tutte le divisioni che sono state stabilite dagli autori e che non si trovano confermate dall' esperienza, io credo essere utile ai pratici ammettere con *Beer* (1) le quattro specie di amaurosi seguenti.

1. Un' amaurosi puramente dinamica, i di cui segni caratteristici non sono percettibili che dal malato, senza che vi sia nel medesimo tempo alcuna alterazione nella composizione e nella forma dell'occhio; 2. un' amaurosi nella quale la composizione della sostanza organica sembra essere alterata; 3. l'amaurosi che consiste in un' affezione della forma dell' occhio in generale, o delle parti che entrano nella sua composizione, e particolarmente di quelle che sono dotate d' irritabilità; 4, finalmente l' amaurosi mista, nella quale trovansi riuniti i segni delle tre specie da noi indicate.

Nella prima specie, l' amaurosi puramente dinamica, le parti nervose dell' occhio sono immediatamente affette nella loro vitalità, senza altra modifi-

(1) Quantunque la divisione di *Beer* non sia esente di difetti, e sia inutile sotto più di un rapporto, essa merita nonostante degli elogi sotto il punto di vista dell' utilità per il diagnostico. Io passerò sotto silenzio altre divisioni talvolta ingegnose, come quella, per esempio, del professore *Kieser*, perchè esse sono estranee alla veduta pratica di quest' opera, o che esse sono o troppo empiriche, o sommamente incomplete.

cazione percettibile dei tessuti, che entrano nella composizione del globo dell' occhio; è perciò che questa malattia si caratterizza quasi unicamente per dei segni subiettivi. Ciononpertanto il medico può sovente osservare che lo sguardo, è come si suol dire falso o losco, poichè il malato non dirige più l' occhio colpito da cecità verso gli oggetti. Se in questo caso, ci opponghiamo completamente all' accesso della luce in quello fra i due occhi che è ancora sano, la pupilla di quello affetto da amaurosi, il di cui aspetto non offre niente di straordinario, si dilata subito e l' iride resta immobile, quando pur anco si dirige su quest' occhio la luce più viva. Del rimanente si osserva di rado l' amaurosi dinamica, ma quand' essa esiste attacca per lo più ambo gli occhi ad un tempo. Allorquando quest'amaurosi dipende da esaltazione di sensibilità delle parti nervose dell'occhio, essa si manifesta affatto diversamente dai casi ove questa proprietà è al di sotto dello stato normale.

La prima specie, (*l' amaurosi per eccesso di vitalità*,) si sviluppa assai rapidamente; dessa attacca di preferenza i soggetti robusti e pletorici, e si riconosce ai segni seguenti: fino dal principio il malato accusa una sensazione di pienezza particolare nell'occhio, accompagnata da fenomeni luminosi molto marcati senza intermissione, e da un indebolimento sensibile della vista; poco tempo dopo, sopraggiunge una cefalalgia violenta che và sempre aumentando di intensità, e sotto l'influenza della quale la vista prova una diminuzione marcatissima, senza che si possa osservare niente d' irregolare, sì all' esterno che all' interno dell' occhio. Poco a poco il dolore diventa in seguito più vagante, un velo denso sembra formarsi davanti agli occhi del malato a cui sembra di color nero, quando gli occhi sono esposti alla luce; e scintillante come il fuoco, allorchè sono nell'oscurità; alle volte sembra rossastro, altre fiate turchiniccio, e si presenta molto più denso nei momenti nei quali la testa è la sede di congestione sanguigna; finalmente la cefalalgia continua con una sensazione tale che sembra al malato che il suo occhio au-

menti di volume, ed ogni percezione di luce termina per essere abolita.

Le principali cause di quest' amaurosi sono delle congestioni sanguigne verso il capo, alcune idiosincrasie, gli sforzi troppo continuati dello spirito, e dell' organo della vista, il considerare degli oggetti bianchissimi, e risplendenti.

Il prognostico di quest' affezione è variabile: quando la facoltà di vedere non è per anco spenta, e che il malato si sottopone ad ogni condizione necessaria per la sua guarigione, si può sempre fare un prognostico favorevole; ma non è la stessa cosa quando la cecità è completa. Egli è nell'amaurosi determinata dall' idiosincrasia del malato, che il prognostico è il più favorevole, mentre che è al contrario il più infausto nei casi di amaurosi che sono prodotte da degli sforzi della vista, e dalle meditazioni troppo protratte dello spirito: questa specie è pure talvolta un sintoma precursore dell' alienazione mentale.

Cura. Il metodo antiflogistico è indicato al principio della malattia.

Se il malato presenta i caratteri dai quali si riconosce una pletora sanguigna, se è soggetto alle congestioni verso il capo, si devono fare dei salassi dal piede, o se le deplezioni generali non fossero necessarie, si dovrebbero fare delle applicazioni di sanguisughe verso l'occhio, prescrivendo dei pediluvi tiepidi senapati, dei senapismi alle sure, dei clisteri aperitivi, dei lassativi, delle bevande rinfrescanti, e l'abitazione in un appartamento affatto privo di luce. Se malgrado tutte queste precauzioni la vista tarda a ristabilirsi, o se questa funzione non acquista miglioramento che con lentezza, bisogna bagnare frequentemente gli occhi coll' acqua fredda, evitando però che il capo non sia di troppo inclinato in avanti.

Allorquando la malattia ha una data già molto avanzata, che l'amaurosi è quasi completa, e che gli antiflogistici non sono più indicati, o che quest'indicazione è già stata esaurita, le fregagioni ed i vapori di so-

stanze volatili che noi abbiamo indicati tenendo proposito della cura generale dell'amaurosi, devono essere messi in uso, coadiuvando la loro azione coll' applicazione dei vescicatorj al di sopra dei sopraccigli. Se tutti gl' indicati mezzi non producono alcun' effetto, si agevola la guarigione della malattia usando il regime tonico stimolante, e amministrando internamente dei medicamenti che godino di proprietà analoghe. Gio nonostante si è costretti di far ricorso ai mezzi più energici tali che il galvanismo, l' elettricità etc.

La seconda specie di amaurosi dinamica, quella che consiste in una *mancanza di sensibilità del nervo ottico*, si manifesta per lo più nei soggetti indeboliti; il suo corso è costantemente lentissimo; è dessa pure accompagnata nel suo nascere da illusioni durante le quali il malato crede vedere davanti i suoi occhi un velo o della nebbia (*visus reticulatus et nebulosus*); ma giammai questo velo e questa nebbia presentano aspetto risplendente come nella specie precedente. L'azione degli *stimoli* sull'economia produce un miglioramento nella vista; così si osserva questo resultato in seguito di lauti pranzi, dopo l'uso di vini generosi, od in conseguenza di impressioni morali piacevoli, etc. La vista diminuisce al contrario, quando la debolezza del corpo è accresciuta da degli agenti forniti di proprietà opposte agli accennati. Quest' amaurosi si presenta qualche volta sotto forma di *emeralopia*. La fiamma delle candele, e il disco della luna, sembrano a questi malati come se fossero inviluppate da nebbia o da ammosfera estesissima e variamente colorita.

Le persone affette da questa malattia non accusano dolore alcuno nell' occhio, nè alcuna cefalalgia; essa non è nemmeno accompagnata da sensazione di pienezza nell' occhio. Questa specie di amaurosi riconosce per causa una vera debolezza generale o locale, molto considerabile per estendere la sua azione sui nervi dell' occhio. Tali effetti sono prodotti da emozioni morali vive, da perdite smodate di alcuni fluidi

il lungo soggiorno in luoghi oscuri, la debolezza propria dell' età etc; finalmente questa cecità è talvolta consecutiva al tifo.

Il prognostico è in generale meno favorevole in questa specie che nella precedente. Si può riguardare come incurabile negl'individui mancanti di mezzi, per provvedersi dell' occorrente.

La cura deve naturalmente consistere nell' uso degli stimolanti, dei tonici all'interno ed esternamente, ed in un regime in armonia coll'azione di questi medicamenti. Deve essere il medesimo di quello da noi consigliato parlando dell' amaurosi in generale.

Si deve classare accanto a questa specie di amaurosi quella che è prodotta dall' onanismo, che indipendentemente dagli indicati segni, si caratterizza ancora per lo sguardo inquieto, pauroso, per la timidezza ed esitanza che si osserva non tanto negli occhi, ma pur anco in tutto l' ambito esteriore del malato. In un caso rimarcabile, il di cui soggetto era dedito all' onanismo da tredici anni, l' uso della china, e particolarmente delle pillole di *Richter*, unitamente alla cessazione di quest' abitudine funesta, produsse un effetto talmente favorevole, che la vista fu presso che intieramente ristabilita dopo undici settimane.

La seconda specie di amaurosi presenta, secondo *Beer*, una sola varietà.

L' occhio di gatto amaurotico. Fino a che questo genere di amaurosi non è completa, l'iride resta mobile, e la pupilla è nello stato normale. Ma quando il malato è assolutamente cieco, l' iride è pigra, e la pupilla dilatata.

Si osserva svilupparsi al fondo dell'occhio un'opacità di figura concava, di colore grigio pallido, o di un bianco giallastro, oppure tendente al rossastro, che è altrettanto più distinta quanto la cecità è più completa (1); l' iride impallidisce nella medesima proporzione. Con-

(1) Vedi. Tav. III, fig. 2.

temporaneamente la vista diventa non solo vieppiù debole, ma essa *s' imbroglia*, nel senso rigoroso di questa parola. Allorchè la vista è completamente abolita, si può rimarcare sulla superficie opaca che si trova dietro la pupilla, una reticella vascolare delicatissima. Quando l' occhio si trova nell' oscurità, e situato in una certa posizione, trasmette un certo bagliore giallastro o rossigno, che da *Beer* gli ha fatto dare il nome di *occhio di gatto*. Del rimanente è raro di combinare questo genere di amaurosi completa. Si osserva per lo più negl' individui avanzati in età e magri; talvolta ancora nelle persone giovani, disposte alla tise, o di già affette da questa malattia; nei fanciulli che sono nello stato di emaciazione, ed in seguito di lesioni violenti dell' occhio.

La mancanza del colore nero sembra essere in parte la causa della nominata amaurosi; nulladimeno questa supposizione non è peranco dimostrata dalle necroscopie.

Il prognostico è il più sfavorevole quando l'occhio è affetto da cecità completa; ma ciò che particolarmente è vantaggioso si è che la malattia per lo più si limita ad un' ambliopia.

Si ha ancora a trovare un piano efficace contro questa specie di amaurosi. *Beer* si è studiato di aumentare la nutrizione senza osservare però miglioramento alcuno; tutto quanto ha potuto ottenere si è che la malattia restò in uno stato stazionario.

La terza specie di amaurosi comprende tre varietà, di cui la *prima è il prodotto dell'abuso delle preparazioni di piombo.* I sintomi che si manifestano al principio di quest' amaurosi sono: una turgescenza dei vasi sanguigni della congiuntiva e della sclerotica, una sensazione di pienezza nell'occhio, la dilatazione, e tensione considerabile della pupilla, ma senza che il colore nero che si osserva dietro di quest' apertura sia intorbidato; si vede pure un tremore delle membra, e la vista affetta da nebbia come vellutata

per cui sembra al malato che tutti gli oggetti ne sieno inviluppati. Poco a poco questi segni aumentano d'intensità, la vista termina per essere abolita, la pupilla prende la forma di quella degli animali ruminanti, e presenta un'estesissima dilatazione; contemporaneamente i movimenti dell'occhio e delle palpebre sono lenti, queste ultime sono sovente tumide, rilasciate, ed i muscoli delle membra e del dorso sono attaccati da spasmi clonici. Verso la fine gli altri sensi incominciano essi pure ad essere affetti. Allorquando la malattia succede all' avvelenamento prodotto dalle preparazioni di piombo, si osservano ancora, per lo più, gli altri segni che sono proprj dell' ennunciato avvelenamento, come le coliche, l' ileo, e le contrazioni delle estremità.

Il prognostico è favorevole quando il malato non è per anco attaccato se non che dall'ambliopia, ed allorchè l'affezione è recente. L'ambliopia la più refrattaria ad ogni mezzo, secondo *Beer*, è quella che è dovuta alla azione della belladonna, dello stramonio ed alle preparazioni di piombo. Se il malato è cieco da molto tempo, e quantunque distingua ancora la luce, il prognostico è ugualmente gravissimo; se è estinta ogni percezione della luce, è pure sfavorevolissimo; è finalmente la vista irrevocabilmente perduta allorquando la cecità dura da lungo tempo, e quando si ponno scorgere delle alterazioni di composizione del centro trasparente dell' occhio.

Se il medico è chiamato al principio della malattia, e che l' affezione sia per il momento limitata all'ambliopia amaurotica, deve opporvi una cura antiflogistica proporzionata al grado di pletora del soggetto. Delle piccole sottrazioni, delle applicazioni di sanguisughe nelle prossimità degli occhi, un regime antiflogistico, l' uso delle bevande acidule, e l' applicazione di cataplasmi di midolla di pane e di aceto etc., sono i mezzi i più utili. Ma se la vista è abolita, se l' amaurosi dura da lungo tempo, e che del rimanente non esiste alcuna indicazione per la cura antiflogistica, o che questa sia di già stata messa

in pratica , conviene amministrare all'interno la *canfora* associata all' *etere* , ed usare all' esterno le frizioni ed i vapori di medicamenti stimolanti volatili, dei quali di già noi abbiamo tenuto proposito più volte. Nei casi di avvelenamenti prodotti dalle preparazioni saturnine, bisogna ancora , oltre la cura topica, fare ricorso agli altri mezzi che sono raccomandati contro questa specie di accidente.

La seconda varietà della terza specie di amaurosi è quella che si osserva come *fenomeno sintomatico dell' ipocondriasi , dell' isterismo , dell' epilessia e delle convulsioni.* Cotesta varietà negl'ipocondriaci e negli isterici differisce da ciò che si osserva negli epiletici , e presenta pure delle variazioni nelle persone affette da convulsioni. Nell' amaurosi sintomatica dell' ipocondriasi e dell' isterismo si osserva che indipendentemente dai segni che sono proprii a queste malattie (in particolar modo se i soggetti che ne sono attaccati sono spesso afflitti da spasmi tonici) , che la pupilla è dilatatissima , l' iride rigida e facente prominenza in avanti, il globo dell' occhio immobile , e fà risentire una sensazione particolare di compressione ; contemporaneamente le palpebre sono affette da contrazioni spasmodiche, durante le quali esse sono aperte o chiuse ; la vista è debole , ma è raro ch' essa sia perfettamente abolita. Allorquando al contrario le persone ipocondriache o isteriche vanno principalmente soggette a degli spasmi clonici, si osserva che la pupilla è piccola , e l'iride in uno stato intermedio fra l' espansione e la contrazione (*hippus pupillæ*) ; si vede contemporaneamente un battimento di palpebre (*nictitatio*) , e pure anco un movimento involontario di va e vieni del globo dell' occhio (*nyctagmus*). Negli epiletici , all' opposto , indipendentemente dai segni dell' epilessia e della dilatazione della pupilla , si osserva un movimento limitatissimo dell' iride , e delle oscillazioni del globo dell' occhio, che continuano per tutto il rimanente della vita , anco dopo che l' epilessia e l' amaurosi sono guarite. L'amaurosi o l'am-

bliopia amaurotica degl'individui affetti da convulsioni, si riscontra particolarmente nei bambini durante il travaglio della dentizione. Codesta varietà si distingue dalle altre per lo stralunamento convulsivo del globo dell' occhio, che si effettua particolarmente nella direzione di basso in alto, per la dilatazione sommamente considerabile della pupilla, e per l'immobilità dell'iride. Allorquando le convulsioni generali sono cessate, e che non rimane se non che l' ambliopia amaurotica, si osserva ancora lo strabismo di ambo gli occhi e in direzioni differenti.

Nelle tre variazioni di amaurosi, la pupilla è perfettamente nera ed il malato soffre una sorda cefalalgia, che si fa particolarmente sentire nella ragione sopraccigliare.

Il prognostico è di già gravissimo nei casi di semplice ambliopia amaurotica, ma è molto più sfavorevole ancora quando è sopraggiunta una completa amaurosi; la malattia è assolutamente incurabile quando la sua comparsa precede ogni volta degli accessi d' ipocondria, d' epilessia, e quand' essa persiste ancora molto tempo dopo ch' essi sono scomparsi.

In questi casi, non si può far cessare l' amaurosi che guarendo la malattia della quale essa non è che un sintoma; ma se essa persiste dopo che quella più non esiste, bisogna usare empiricamente i tonici, gli antispasmodici, ed altri medicamenti di questo genere.

Un' altra varietà della terza specie di amaurosi è *l' amaurosi sintomatica delle ostruzioni delle viscere addominali* (*). Dessa si distingue dalle altre

(*) È molto probabile che il dottor *Weller* designi qui per *ostruzioni* l'ingorgo dei gangli linfatici del mesenterio, che si osservano sì di frequente nei soggetti affetti da molto tempo da cronica enterite, la di cui costituzione è rilasciata ed i quali presentano la riunione di fenomeni che caratterizzano ciò che si è chiamato *temperamento linfatico*. Si sà benissimo oggi che quando le *ostruzioni* non sono nè troppo inveterate nè soverchiamente voluminose, la cura

varietà, non tanto alla lentezza del suo sviluppo, che dura sovente per lo spazio di dieci a venti anni, alla dilatazione della pupilla, che è angolosa, e di un colore nero-pallido, alla convessità dell' iride, della quale i movimenti sono lenti ad eseguirsi, all'ingorgo dei vasi sanguigni della congiuntiva, ed al colore rosso-giallo smorto della sclerotica. Contemporaneamente che la vista và sempre decrescendo, il malato vede gli oggetti come se fossero inviluppati da densa nebbia, e qualche tempo prima che la cecità fosse completa, sembravangli essere, talvolta neri come la polvere di carbone, talora di un bigio biancastro. Tutti questi segni si accompagnano per lo più col fenomeno che si è chiamato *vista interrotta* (*visus interruptus*); le labbra sono violette, il colore è giallastro smorto, il malato soffre dei cupi mali di capo, le digestioni si effettuano male, si osservano finalmente gli altri sintomi che denotano le ostruzioni.

Tutto ciò che è suscettibile di produrre delle ostruzioni nelle viscere addominali, può pure diventare una causa occasionale di tal malattia, particolarmente allorquando gli occhi sono indeboliti da molto tempo.

dell' enterite cronica, sotto l' influenza della quale esse si sono sviluppate, è l' unica che si può loro opporre; ma nei casi ove quest' ingorgo ha preso un incremento tale, da non avere più luogo la nutrizione, si deve renunziare ad ogni speranza di guarigione, ed è pur troppo spesso che questa prospettiva disperante si presenta prima ancora che la malattia abbia assunto questo estremo grado. L' esposizione conveniente della cura di quest' affezione esigendo maggiori dettagli di quello che non lo porta la presente nota, noi crediamo non potere fare miglior cosa che rimandare il lettore al *Trattato delle flemmasie croniche*, opera la più interessante che sia venuta alla luce ai nostri giorni, poichè dalla sua pubblicazione incominciò il cangiamento di direzione delle idee e dei lavori in medicina sù tal particolare. Si possono pure consultare i *nuovi elementi di patologia medico-chirurgica dei Signori Roche e Sanson*, e l'articolo *Enterite* del *Dizionario compendiato delle scienze mediche*.

(N: del Trad.)

Il prognostico è quasi sempre sfavorevole in questi casi, a causa dell' impossibilità di guarire costantemente la malattia principale. Ma se si giunge a debellare le ostruzioni coi mezzi convenienti, l' amaurosi si dissipa da se stessa; bisogna soltanto astenersi di usare dei mezzi locali, che sono in questo caso sempre più nocivi di quello che utili.

Una quarta varietà della terza specie di amaurosi è la così detta *gastrica simpatica*, che *Beer* non ha veduto terminare colla cecità completa se non nei casi ov' essa era accompagnata dalla presenza di vermini nel tubo gastro-enterico.

I pricipali sintomi di quest' ambliopia sono la dilatazione della pupilla, che suole essere allora un poco angolosa, ma di un bel nero; l' iride è poco mobile, e l' ammalato va soggetto alla lagrimazione involontaria e frequente. Tali fenomeni sono accompagnati dalla tensione degl' ipocondrj, da flatulenze, da oppressione alla fontanella dello stomaco, etc. Se l' amaurosi è dovuta alla presenza di vermini nel tubo digestivo, si osserva facilmente sopraggiungere, come l' abbiamo detto, la cecità completa; ma contemporaneamente si manifesta sulla sclerotica, e in tutta la circonferenza della cornea, un bagliore turchiniccio, che indipendentemente dai segni da noi indicati come caratteristici dell' ambliopia gastrico-simpatica, è il fenomeno al quale si riconosce sicuramente l' amaurosi prodotta dalla presenza dei vermini. Si rimarca contemporaneamente una mancanza di fermezza del globo dell' occhio, e lo strabismo che si trova riunito agli altri segni indicanti la presenza dei vermini.

Le acidità dello stomaco, la difficile digestione, e la presenza di vermini nel tubo intestinale, costituiscono l' etiologia di questa malattia.

Il prognostico è favorevolissimo quando l' amaurosi non riconosce altre cause; ma se i malati sono, in oltre, affetti di scrofole, d' artritide, d' ipocondriasi, e di ostruzioni, il prognostico è più, o meno sfavore-

vole; la malattia è spesso pure incurabile quantunque sia circoscritta all' ambliopia.

La cura di quest' amaurosi è facile tuttavolta, che le cause non sono complicate. In esempio, si correggono le acidità, si corrobora lo stomaco, e si espellono i vermini; bisogna soltanto evitare gli emetici violenti che avrebbero per resultato l' aumento, di congestioni sanguigne verso la testa, che hanno pur troppo luogo senza quest' accidente. La cura locale sarebbe inutile, ed anco nociva.

Una quinta varietà della terza specie è *l' amaurosi sopravveniente alla scomparsa degli esantemi acuti*. Questa varietà di amaurosi, che può essere completa od incompleta, si manifesta rapidamente in seguito delle soppressioni della scarlattina, della rosolia o del vajolo, nel momento in cui si presenta la loro erruzione. La pupilla è chiusa, ristretta, ma regolarmente conformata; l' iride è immobile, ed i vasi sanguigni della congiuntiva e della sclerotica sono ingorgati di sangue.

Il prognostico non è punto sfavorevole se l' amaurosi è nel suo nascere, e che i soccorsi opportuni possano essere apprestati nell' epoca della durata naturale dell'esantema acuto. Ma allorquando tal periodo è di già trascorso, e che l'amaurosi sia inveterata, vi ha da sperare poco bene.

Quando l' esantema è soppresso bisogna richiamarlo sollecitamente quanto è possibile per mezzo dei bagni caldi, coll' uso della canfora etc.

Si è pure ricorso ai medesimi mezzi quand' anco si è chiamati qualche tempo dopo la manifestazione della cecità; si usa ancora il calomelano nel vajolo, gli antimoniali nella scarlattina etc. Allorquando l' amaurosi è inveterata, ai mezzi da noi indicati si aggiungono gli esutori, le frizioni colla pomata stibiata; e se i soggetti sono deboli, si prescrivono dei tonici internamente.

Una sesta varietà della terza specie è *l' amaurosi reumatica*. Questa specie non è rara, ma rimane or-

dinariamente nello stato che costituisce l'ambliopia; in quest' affezione la pupilla è perfettamente chiara, e presenta la sua ordinaria grandezza, l' iride è immobile, gli occhi sono lagrimanti sotto l' influenza della causa la più leggiera, e vi ha costantemente un grado più o meno considerabile di fotofobia: nello stesso tempo il malato è tormentato da degli stiramenti vaghi nell' interno dell' occhio, nella regione oculare, nei denti, nel collo etc.

Si può avvedersi dallo sguardo, che è stralunato, e dall'occhio che è diretto obliquamente. Questa amaurosi è quasi sempre accompagnata da atonia considerabile del muscolo elevatore della palpebra superiore.

La principale causa di questa malattia è devoluta al raffreddamento rapido e prolungato del capo, nel tempo che questa parte è in traspirazione in soggetti disposti alle affezioni reumatiche.

Si può sperare la guarigione quando l' amaurosi non è completa, allorchè l' ambliopia è recente, se il malato non è sottoposto alle affezioni artritiche e se si può medicare convenientemente. Ma nei casi opposti, l' amaurosi reumatica degenera facilmente in amaurosi artritica, il di cui prognostico è allora sfavorevolissimo.

Se il medico è chiamato poco tempo dopo l' invasione della malattia, deve spesso principiare dal salasso, prima di passare alla cura diaforetica.

Deve in seguito prescrivere dei bagni tiepidi, l' uso della flanella, ed esibire internamente delle misture leggiermente sudorifere, dopo delle quali si aggiunge una certa dose d' infusione di sena composta; in seguito ordina lo zolfo dorato di antimonio, la canfora sola o combinata coll' estratto di guaiaco, di cui bisogna alternarne l'uso colla polvere di *Dower*; e finalmente quando i dolori del globo dell' occhio e delle parti circonvicine sono alquanto diminuiti, conviene far prendere l' estratto d' aconito, cogli antimoniali e lo zolfo purificato. Si ottengono pure degli

ottimi resultati dal petroleo rettificato, amministrato alla dose di cinque gocciole ogni due ore sullo zucchero, e dall' uso delle pillole composte di resina di guaiaco, di solfuro di potassa e di canfora. Si applicano all' esterno dei vescicatori, alle volte dietro gli orecchi, altre volte alle tempie, o al di sopra dei sopracigli, ma se il dolore reumatico abbandonando perfettamente la regione sopraccigliare, si concentra sugli occhi stessi, si fanno delle frizioni sulle sopracciglia col linimento volatile, a cui si aggiunge subito dell' oppio, ed in seguito dell' estratto di giusquiamo. Quando il dolore è affatto dissipato, ma che l' ambliopia amaurotica persiste ancora, le frizioni cogli eteri, la tintura di cantaridi, e quella d' oppio sono efficacissime. Se il dolore è scomparso da molto tempo, e che la vista non sia perfettamente ristabilita, è allora il caso di usare con precauzione l' elettricità, se particolarmente nel tempo medesimo esiste atonia, oppur anco paralisi del muscolo elevatore della palpebra superiore.

Si ponno pure usare, con vantaggio, il cauterio di *Schmidt*, che è stato indicato nei casi di *blefaroplegia*, o il moxa che si applicano sulla fronte o sulle tempia.

Una settima varietà della terza specie, è *l' amaurosi che succede alla soppressione della coriza senza raccolta percettibile di mucosità nei seni frontali*. Indipendentemente dalla rigidezza, dalla dilatazione e dalla trasparenza della pupilla, quest' apertura offre questo di particolare, che il bordo pupillare dell' iride forma un angolo verso la regione temporale, e che in generale la pupilla è ravvicinata più all'angolo esterno dell'occhio di quello che all' interno. Si osserva comunemente, nel tempo istesso, la secchezza o aridità delle fosse nasali degli occhi, una sensazione di pienezza nel globo dell' occhio, la cefalalgia, ed una specie di compressione alla radice del naso.

Quest' amaurosi, che non finisce mai colla ceci-

tà completa, può essere perfettamente risanata se si riesca a provocare nel naso un flusso mucoso considerabile. Si fanno penetrare a tale effetto, dei vapori emollienti nelle narici, in seguito vi si introduce una dissoluzione di manna, dei leggieri sternutatori uniti al calomelano, e finalmente dell' elleboro o del vapore d' ammoniaca.

L' amaurosi puramente paralitica è un' ottava varietà della terza specie. Essa è assai frequente, comparisce ad un tratto ed è accompagnata da ristringimento della pupilla. Nulladimeno quest' apertura rimane chiara, l' iride è immobile, e si osserva costantemente la paralisi di uno o di più muscoli dell' occhio. La vista è spesso assolutamente abolita, qualche volta ancora non esiste la più leggiera percezione della luce.

Quando tutti i muscoli del globo dell' occhio sono affetti ad un tempo da paralisi, l'occhio, avendo un aspetto come cadaverico, sembra sortire fuori dell' orbita. È questo stato che si è chiamato *ottalmoptosi paralitica* (1). Quest' amaurosi può essere

(1) *L' ottalmoptosi* esprime sempre una vera caduta del globo dell' occhio fuori dell' orbita, accidente che può provenire o dalla paralisi, come nell' affezione della quale parliamo, o dalla rottura di più muscoli dell' occhio, senza che sia necessario che il bulbo oculare sia tumefatto o teso.

L' ottalmoptosi non deve essere confusa coll' *esottalmia*, come ciò generalmente ha luogo, poichè questa ultima denominazione non è applicabile (malgrado tutto quanto si è potuto dire anco recentemente) se non che alla sortita del globo dell' occhio al di là dei suoi limiti ordinari, determinata dalla infiammazione acuta o cronica, o da qualunque altro aumento morboso di quest'organo. È perciò necessario distinguere l' *esottalmia* da altri stati dell' occhio imperciocchè si dà questo nome alla posizione anormale del bulbo fuori dell' orbita, dalla quale è stato espulso da escrescenze, da esostosi, da tumori cistici, sarcomatosi, e da altre malattie e che si sviluppano nell'orbita o fuori di questa cavità, senza che sia necessario che l'organo abbia subito delle alterazioni nella sua struttura. Un caso di esottalmia singo-

la conseguenza di commozioni partecipate al globo dell' occhio dalle parti vicine. Spesse volte non è nonostante che un fenomeno sintomatico dell' apoplessia.

La guarigione non è possibile se non che nei casi ove la malattia dipende da commozione dell' occhio e delle parti vicine, senza spostamento nè rottura di alcuna di quelle che entrano nella composizione di quest' organo.

Allorquando essa si presenta nelle apoplessie, nelle violenti commozioni dell' encefalo e della midolla spinale, bisogna aspettarsi di vederne la morte per esito finale.

L' uso interno ed esterno dei nervini da noi indicati, parlando della terapeutica dell' amaurosi in generale, non è senza vantaggio nell' amaurosi paralitica. Una nona varietà è *l' amaurosi sintomatica dell' idrocefalo.* Quella che attacca sempre ambo gli occhi contemporaneamente è più frequente nell' idrocefalo interno, e particolarmente nell' idropisia del cervello, di quello che nell'idrocefalo esterno, o nella *spina bifida.* L' iride è allora immobile ; la pupilla dilatata, ma il nero è naturale, forma talvolta qua e là degli angoli appena sensibili , e la sclerotica presenta una tinta turchiniccia nella circonferenza della cornea. I muscoli dell' occhio offrono poca mobilità e fanno eseguire a quest' organo delle oscillazioni in

larissimo , quasi unico nel suo genere , fu prodotto da un tumore sviluppato fuori dell' orbita ; si trova registrato nel Giornale di medicina, etc. t. xxxiv, p. 293, 1815. Ecco in poche parole in che consiste. Una donna portava sul parietale sinistro un tumore che aumentava ogni giorno più, talchè finì per discendere, in forma di clava, fino al ginocchio. In conseguenza della distensione straordinaria della pelle, l' occhio era stato allontanato dall' orbita, unitamente alle palpebre, fino alla distanza di cinque pollici; malgrado tale sorprendente distrazione del nervo ottico, la malata poteva distinguere la notte dal giorno, ed essa assicurava avere veduto benissimo da quest' occhio qualche tempo prima. I tessuti di quest' organo non avevano nel rimanente sofferto alcuna sensibile alterazione.

differiti direzioni, ma giammai in quella dei muscoli retti. Si osservano contemporaneamente tutti gli altri segni della malattia principale (1).

La guarigione di cotesta cecità sintomatica è tutta subordinata a quella della malattia principale. Non bisogna adunque occuparsi se non che della cura di quest' ultima.

La quarta specie di amaurosi contiene, secondo *Beer*, le seguenti varietà.

La prima è *l' amaurosi traumatica* della quale abbiamo di già parlato trattando delle ferite della regione oculare.

La seconda è *l' amaurosi artritica*. Codesta varietà, che non si stabilisce, per lo più che dopo molti anni, ed attacca di preferenza le donne che hanno gli occhi neri, o bruno-cupi, si riconosce ai seguenti segni: il malato vede in principio una nebbia nera o grigio-biancastra; crede scorgere certa varietà di colori; risente degli stiramenti vaghi più o meno violenti nelle vicinanze dell' occhio, nell' organo stesso, e in tutto il capo; questi stiramenti sono talvolta accompagnati da una sensazione d' informicolimento nella pelle che avvicina l' occhio. Il dolore aumenta allorchè il tempo è freddo ed umido, o quando il malato giace sul letto od anco soltanto sù di un guanciale di piume; tale accrescimento di dolore sopraggiunge ancora dietro l' uso di alimenti indigesti, od

(1) Io ho veduto due volte, in due donne di media età affette da idrotorace completamente formato, un' ambliopia amaurotica sintomatica sviluppata al sommo grado, e i di cui segni obiettivi erano: la dilatazione e la tensione della pupilla, che era perfettamente chiara; la fiacchezza ed il peso del globo dell'occhio e delle palpebre, che erano più o meno gonfie; un aspetto particolare e come vitreo dell' occhio, ugualmente che un colore bruno dell' iride, che precedentemente era stata di colore chiaro. La vista guadagnava ad ogni miglioramento della malattia principale, quantunque le ammalate vedessero quasi costantemente tutti gli oggetti inviluppati in un velo nero.

in conseguenza di affezioni morali violenti ; essa diminuisce, o si dissipa perfettamente dopo qualche tempo, quando trovasi sottomessa a delle influenze la di cui azione è contraria a quella. L'iride è intieramente, o quasi affatto immobile, il suo colore naturale è più cupo. La pupilla è dilatata e prova uno spostamento tale, verso gli angoli dell' occhio, ch' essa rappresenta la forma delle pupille degli animali ruminanti (1) ; del rimanente il suo colore è di un nero pallido, o di un grigio-verdacchio, ed annunzia, in quest' ultimo caso, un glaucoma il di cui sviluppo va progredendo grado a grado dopo ogni accesso di dolore. Indipendentemente dai sintomi da noi indicati, si riscontra costantemente uno stato varicoso dei vasi sanguigni dell' occhio, ed oltre l' opacità del corpo vitreo, il cristallino perde sovente ancora la sua trasparenza (*cataracta glaucomatosa*) ; in tal caso, si deve ordinariamente aspettare l' atrofia del globo dell' occhio.

Codest' amaurosi sopravviene facilmente nei soggetti che essendo dotati di disposizione artritica si abbandonano a degli eccessi di corpo, o di spirito, e i di cui occhi sono di già malati indipendentemente da questa causa.

Essa è particolarmente a temersi nelle donne dopo la cessazione delle loro regole.

Il prognostico di questa malattia è infausto, a malgrado che percorra un andamento lento. Quando anco il medico è chiamato nel principio, riesce raramente ad arrestarne il corso, e molto meno ancora a guarirla, poichè è impossibile di allontanare le cause sotto l'influenza delle quali essa si è sviluppata. Nulladimeno quando un sol' occhio è affetto, si è qualche volta assai fortunati a salvare l' altro, combattendo l' artritide, e modificando il modo di vivere se fino allora fu vizioso.

Interessa moltissimo nella cura di codest' amau-

(1) Ved. Tav. III, fig. 3.

rosi, d' insistere su un regime conveniente, e regolato di corpo e di spirito. Bisogna fare ogni possibile per mantenere il malato di buon' umore; è necessario evitare con ogni cura tutto quanto potrebbe eccitare in lui un' impressione di timore, di spavento, di collera; deve possibilmente non raffreddarsi, nè turbare le funzioni dello stomaco; deve fuggire l'aria impura, procurare di coricarsi su guanciali o letti di penne, ai quali bisogna surrogarne altri di crino; deve abitare luoghi asciutti, sani e puliti. Contemporaneamente si deve cercare il mezzo di calmare i dolori coi farmaci che indicheremo all' articolo *iridite artritica*; e si devono usare con precauzione i medicamenti anti-artritici, e particolarmente quelli che godono maggiore energia. Non si devono trascurare i revulsivi, tali che i vescicatori, i senapismi, i setoni, e le frizioni colla pomata stibiata (1).

Una terza varietà della quarta specie, è *l'amaurosi che si presenta in seguito della soppressione o della rapida guarigione di eruzioni alla cute capillata, di ulceri antiche alle gambe, e della scabbia, dopo la tagliatura de' capelli nella plica polonica*, etc. I sintomi di quest'amaurosi sono gli stessi che quelli dell' amaurosi artritica; la sola differenza che esiste fra essa, consiste che quella che ci occupa si sviluppa molto più presto dell' altra, e non è mai accompagnata, nel principio, da dolori violenti nell' occhio, e nel capo.

Il prognostico ne è favorevole se la cecità non è completa nè antica, e se non esistono delle alterazioni sensibili nella composizione di qualcuna delle parti componenti il globo dell'occhio.

Per guarire quest' amaurosi bisogna richiamare gli esantemi, rinnovare le ulceri soppresse; a tale effetto s'innocula la scabbia, si applicano dei vescicanti sul capo, dopo averlo depillato, se particolarmente la malattia è comparsa dopo che inconsideratamente si sono tagliati i capelli, in caso di plica polonica; si provocano, secondo le circostanze, delle eruzioni, e

(1) Ved. per maggior dettaglio, l' articolo *glaucoma*, pag. 346.

delle ulceri artificiali, per mezzo della pomata stibiata, etc; si usano i senapismi ai piedi, allorchè l' amaurosi depende dalla troppo sollecita guarigione di ulceri alle gambe; si fanno prendere de' pediluvi senapati; si stabiliscono sovente con vantaggio, degli esutori, etc. Indipendentemente da questi estrinseci mezzi, l'uso interno dei medicamenti diaforetici, tali che una mistura composta di zolfo dorato di antimonio, di fiori di zolfo e di canfora, che si combinano co' tonici, se il soggetto è debole, è spesso susseguito da buon successo, particolarmente se si aggiungono a questi farmaci l'uso de' bagni solforosi.

Beer stabilisce come quarta varietà della quarta specie, *quella che sopravviene immediatamente dopo un accesso di collera repressa, ossia non manifestata liberamente.* Questa forma che si osserva nei soggetti collerici, i di cui occhi sono cupi, si caratterizza per una dilatazione della pupilla, che non presenta angoli notabili, per l' immobilità perfetta dell'iride, e per la presenza di una rete di vasi sanguigni sulla congiuntiva.

Si sviluppa spesso nel tempo medesimo l' itterizia, il di cui colore si comunica talvolta ancora alla sclerotica ed all' umor acqueo Questa cecità è frequentemente accompagnata da fenomeni paralitici dei muscoli della faccia.

Il prognostico è incerto, particolarmente se l'intorbidamento della vista data un' epoca di più giorni o settimane.

Quando *Richter*, *Beer*, etc. erano interpellati immediatamente dopo l' invasione della malattia, usavano con insistenza gli emetici (1) la di cui esibizione riesciva nulladimeno inutile quando la malattia contava un' epoca remota; l' uso prolungato della canfora, dell' arnica, e di altri analoghi mezzi, aggiuntivi i bagni sulfurei, ha spesso corrisposto per ristabilire la vista nelle enumerate circostanze.

(1) Allorquando i soggetti sono pletorici, o che si ha il più leggiero timore di congestione sanguigna verso il capo, non si deve trascurare di far precedere un salasso all' amministrazione dell' emetico.

Una quinta varietà della quarta specie è *l'amaurosi che succede alla soppressione della coriza accompagnata da collezione di muco e di pus nei seni frontali.* Un' oppressione e un dolore infiammatorio circonscritto si fanno sentire alla radice del naso, e nella regione dei seni suddetti; nel tempo stesso la pupilla si ristringe, ma rimane rotonda; il suo colore nero perde della sua lucentezza e impallidisce; l' iride diventa rigida, e la vista diminuisce da una parte o da tutte e due contemporaneamente. L'occhio affetto si trova spostato fuori del suo asse visuale, da cui resulta che il malato vede gli oggetti doppj. A questi sintomi si aggiunge un certo grado di atonia della palpebra superiore, l' aridità delle fosse nasali, ed una sensazione analoga a quella che produrrebbe l' introduzione della polvere nella loro cavità; questa sensazione è accompagnata da starnutazione, da immagini lucide e spaventose. La diminuzione della vista, finalmente và crescendo, le immagini fantastiche continuano ad apparire, l' organo ammalato è spinto in basso ed in fuori, mentre che i dolori diventano vaghi, ma più intensi. Verso la fine della malattia, la parete anteriore dei seni frontali è essa pure spinta in avanti.

È possibile di guarire codesta forma di amaurosi, quando l' affezione è circonscritta all' ambliopia, e che il malato non ha per anco vedute delle immagini deformi; ma tutti gli sforzi sono per lo più inutili nel caso opposto, e quando l' occhio si trova spinto fuori dell' orbita per l' incremento delle pareti dei seni frontali.

Se i dolori risentiti al di sopra del naso sono violentissimi, si applicano delle sanguisughe; se esiste una febbre infiammatoria s' impiega tutto l'apparecchio antiflogistico, e in tutti i casi, non accade se non dopo la diminuzione de' dolori che si ricorre agli sternutatori, indicati nella settima varietà della terza specie di cui bisogna allora coadiuvarne l' uso coi vescicatori applicati sulla regione sopraccigliare, colle frizioni stimolanti volatili, e coll' uso interno dell' arnica, della canfora unita al gua-

iaco. Se tali mezzi non producono il loro effetto, se il globo dell' occhio sia sempre rispinto, e che la parete anteriore dei seni frontali continua a distendersi, bisogna applicare una corona di trapano su questo punto, evacuare le mucosità od il pus, e trattare in seguito la piaga che ne resulta secondo le regole della chirurgia.

Si è pure veduto, ma soltanto in casi sommamente rari, comparire l' amaurosi in seguito di rapida *soppressione della secrezione del latte nelle donne che allattano*; dessa è la sesta varietà della quarta specie, che presenta i seguenti segni: dopo la soppressione del latte si manifesta ad un tratto un atroce dolore nella regione frontale e sopraccigliare, la pupilla è poco dilatata, l'iride è tesa, tumefatta, ed il suo colore è alterato. La malata è affetta da fotopsia e da fotofobia portata all' eccesso. Il centro trasparente dell' occhio s' intorbida un poco, i vasi sanguigni della congiuntiva sono ingorgati, e l' ambliopia termina col degenerare ad un tratto in amaurosi completa. Le mammelle, che poco tempo prima erano ancora turgide di latte, sono allora vuote, flosce, cascanti, ma assolutamente senza dolore.

Il prognostico è incerto ed assolutamente sfavorevole se il centro dell'occhio ha perduto la naturale trasparenza.

È in codesta circostanza che si trovano indicati tutti i mezzi proprj a richiamare la secrezione del latte. Si applicano a tale effetto sulle mammelle dei cataplasmi caldi, composti di midolla di pane bianco con latte, o di farina di linseme colla cicuta, con il giusquiamo etc. In seguito, codeste piante devono essere rimpiazzate da altre più eccitanti; nella notte si ricuopre il seno con sacchetti di erbe aromatiche calde, o con flanelle ripiegate a più doppi, che si impregnano di fumo di succino, di mastice, di olibano etc. Non bisogna finalmente trascurare di fare poppare dal bambino o da un piccolo cagnolino, o usando la suzione artificiale.

Se tutto ciò non riesce, e che la vista non risente alcun miglioramento, che la secrezione del latte

sia o no ristabilita, si deve esibire internamente l'arnica col calomelano e la canfora, nel tempo che si fa ricorso ai revulsivi, alla scorza di legno dolce, ai vessicatori, ai cauteri, etc.

Vi ha finalmente una settima varietà della quarta specie, che proviene da *vizj organici aventi la loro sede o nel nervo ottico, o nel cervello o negli ossi del cranio.* Il celebre *Beer* è pervenuto a trovare i sintomi per mezzo de' quali si può stabilire il diagnostico delle alterazioni organiche alle quali è unita quest' amaurosi. Si riconosce quella che depende da vizi organici del *nervo ottico* ai fenomeni seguenti.

Il malato vede della nebbia ogni giorno più spessa nel tempo che gli oggetti gli sembrano deformi; risente una pressione leggiera e sorda nel fondo dell' orbita, gli sembra che il globo dell'occhio sia spinto fuori di questa cavità, mentre non esiste il più piccolo indizio evidente per l' osservatore; l' iride è assolutamente tesa, la pupilla dilatatissima e angolosa in modo che rappresenta talvolta un pentagono od un esagono irregolare. Si vede finalmente sviluppare lentamente un glaucoma, senza che vi sia uno stato varicoso dell'occhio, a poco a poco sopraggiunge la cateratta glaucomatosa; dopo di ciò il globo oculare diminuisce alquanto di volume, senza andare nulla ostante soggetto ad una vera atrofia. Del rimanente lo sviluppo di quest' amaurosi si fa lentamente, e non attacca ordinariamente che un occhio; essa si sviluppa per lo più in soggetti adusti, che mostrano ancora le tracce della malattia scrofolosa.

L' amaurosi che è determinata da vizi organici dell' encefalo o delle ossa del cranio si manifesta, secondo *Beer*, nei soggetti che sono stati rachitici nella loro prima età, e che in seguito sono stati affetti da sifilide: attacca generalmente ambo gli occhi ad un tempo, si sviluppa lentamente, e con quest' alterazione della vista nella quale gli oggetti sembrano mostruosi o spostati, (*visus defiguratus, ossia metamorphosopsìa*); ma in luogo di nebbia nerastra, il malato vede i corpi come nebulosi, ed in modo pochissimo distinto; va soggetto e delle vertigini, a delle appa-

rizioni luminose spaventevoli; l' iride si muove con vivacità; la pupilla è ristretta come quella de' gatti; gli occhi e le palpebre sono agitati da movimenti convulsivi, e vi ha un doppio strabismo. Si riconosce contemporaneamente un turgore considerabile dei vasi sanguigni dell' occhio, che, sotto l' influenza di dolori i più violenti, degenera nella *cirsottalmia* o stato varicoso generale di quest' organo. Quando finalmente la cecità è completa, la cefalalgìa che va soggetta a delle remissioni marcatissime, finisce spesso aumentando considerabilmente; l' udito, l'olfatto ed il gusto si perdono, la memoria e le altre facoltà intellettuali sono abolite. Accade spesso allora che il bulbo oculare è spinto fuori dell' orbita, sotto l'influenza di un accesso di furore e de' fenomeni di paralisi.

Le cause di queste due varietà sono: il dimagramento del nervo ottico, gl' indurimenti e le aderenze di questo nervo colla sua vaginale, gl' indurimenti pure del corpo striato, la presenza d'idatidi nella guaina del nervo ottico, la mancanza di uno dei plessi corroidei, la carie e gli esostosi delle ossa del cranio, la consistenza mollissima del cervello etc.

Il prognostico è sommamente cattivo. Pure se una discrasia bene determinata fosse la causa delle esostosi o degli altri vizi organici, si potrebbe, se il malato avesse ancora forze sufficienti, tentare la cura conveniente alla diatesi.

Anomalie della vista.

Le anomalie della vista che di già sono state enumerate fra i segni sobbiettivi dell'amaurosi tali che la *miopìa*, la *presbiopìa*, lo *strabismo*, etc. non sono sempre sintomi di amaurosi e d' altre malattie; alcuni si combinano pure in certi casi di affezioni idiopatiche; è perciò che noi dobbiamo occuparci di ciascheduna di esse in particolare.

Strabismo.

Strabismus (ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΣ, *da* ΣΤΡΑΒΙΖΩ *essere stralunato*) *strabositas.*

Si designa per tale quello stato morboso nel quale un occhio od ambedue sono contemporaneamente deviati dall' asse visuale , quando il malato vuol riguardare un oggetto , senza che per questo possino essere diretti isolatamente e a volontà in tutti i sensi. Al principio di quest' affezione il malato vede ordinariamente doppio, poichè se non è guercio che da un solo occhio , non fissa con quest' organo spostato dall' asse visuale, il medesimo punto sul quale si dirige l' occhio sano. Se ambo gli occhi sono deviati dall' asse visuale, ciaschedun' occhio vede ugualmente de' punti particolari dell' oggetto; questa diplopia si dissipa finalmente quando la malattia ha durato qualche tempo. Si ponno ammettere in generale quattro specie di strabismo; 1. quello ove i due assi visuali dei due occhi si avvicinano troppo l' uno all' altro , (*strabismus conversus*), che è il più comune, e accompagnato da miopia: 2. quello nel quale si allontanano troppo l' uno dall'altro, (*strabismus divergens*); 3. lo strabismo d' inuguale altezza nel quale un occhio è diretto in alto, e l'altro in basso (*strabismus orrendus*); 4. finalmente quello nel quale i due occhi sono volti direttamente in alto, che in tedesco si denomina *Uebersichtigkeit* (*vision vers le haut*) termine che si potrebbe cangiare nelle parole *strabismus sursum vergens*, o *sursumversio oculorum.* Questa specie di strabismo avviene per lo più nei fanciulli , che essendo coricati sul dorso, si fissano frequentemente e per lungo tempo sopra di oggetti situati al disopra e dietro il loro capo; allorquando essi contemplano abitualmente il disco di un orologio che si muove dietro e al di sopra di essi , sono talvolta affetti dello *strabismus sursum vergens* accompagnato da continuo movimento di và-e-vieni del globo dell' occhio verso le due commettiture delle palpebre, (*nystagmus bulbi.*)

Le cause dello strabismo sono diverse. Spesse

volte quest' affezione è sintomatica, come nell' epilessia, nelle malattie verminose, nella catalessi, nell' idrocefalo, nell' apoplessia, nell' emiplegia ec. Essa è endemica di qualche parte dell' Asia; talora tiene all' imitazione; spesso è prodotta dalla cattiva abitudine che hanno i domestici, specialmente incaricati della cura dei bambini nel tener loro i trastulli troppo vicini agli occhi.

Lo *strabismo divergente* è talvolta determinato dall'abitudine che acquistano i bambini nel considerare contemporaneamente due oggetti lontani che loro interessino ugualmente, e ciò gli riesce assai facile, attesa la grande mobilità dei loro occhi. Quest' ultima disposizione nei neonati, e l'incertezza colla quale essi vedono tutti gli oggetti determinano lo strabismo, che era di già stato osservato da *Petit*, e che esiste in tutti i neonati ad un grado più o meno considerabile. Talvolta lo strabismo proviene dall' avere un occhio il fuoco più grande dell' altro, è perciò che i fuochi di ambo gli occhi non corrispondono nel punto più conveniente, ed allora uno di questi organi incomincia ad oscillare in un modo incerto. Quando pur anco, in questi casi, la funzione nervosa dei due occhi è nella sua perfetta integrità, la forza dell'occhio che è guercio, diminuisce nonostante ogni giorno più, perchè non può fissare convenientemente gli oggetti, da cui ne deve conseguire l'indebolimento della funzione del nervo ottico. Un tale accidente è frequente nei miopi, quando i fuochi dei loro occhi sono ad una distanza differentissima; l'uso dei semplici occhiali dà luogo talora a quest'incomodo, come pure il riguardare sempre col medesimo occhio; in questi casi, quello fra i due occhi che è il più esercitato è il migliore. Questo soggetto presenta un campo vastissimo di ricerche, che mi propongo di percorrere in occasione più favorevole; dirò soltanto che noi impariamo a conoscere con questo mezzo una specie di amaurosi o d'ambliopia amaurotica frequentissima, che, quando non è per anco molto inveterata, e che è riconosciuta in tempo, può per lo più essere guarita sotto certe condizioni.

Il *prognostico* è naturalmente variabilissimo, e

si trova spesso subordinato alle cause della malattia: quando quest' ultime non possono essere rimosse, bisogna rinunziare alla speranza di una completa guarigione; essa è effettivamente altrettanto più difficile a ottenersi quanto lo strabismo è più considerabile, quanto ha maggior durata, e quanto il malato è più avanzato in età. Si guarisce più facilmente nei fanciulli; assai più raramente negli adulti, qualche volta nonostante scomparisce senza il soccorso dell' arte, a misura che la macchina acquista dello sviluppo, mentre che non si deve quasi mai lusingarsi della guarigione spontanea in età avanzata.

La cura dev'essere regolata secondo le cause che hanno prodotto questa deformità. Se lo strabismo dipende da un'affezione sintomatica, bisogna occuparsi di guarire la malattia principale. Se è il resultato delle abitudini che noi abbiamo detto essere sì comuni nei fanciulli, è necessario studiarsi di rimediarvi. Se adunque i fanciulli sono stati affetti da strabismo per avere continuamente fissati gli occhi sopra oggetti situati di fianco, bisogna accostumarli poco a poco a riguardare altri corpi posti direttamente davanti ad essi; soltanto interessa che non sieno di troppo ravvicinati ai loro occhi (1). Allorquando gli occhi si dirigono in alto ed in fuori, cioè verso gli angoli esterni, si raccomanda di incollare un piccolo pezzo di taffetà gommato sull'estremità del naso, ad oggetto di presentare in tal modo agli occhi dei fanciulli un punto fisso che gl' inviti a dirigervi spesso gli sguardi. Nulladimeno l'esperienza m'ha dimostrato ch'essi trascurano quasi sempre di voltare i loro occhi verso questa mosca, e che non si ottiene alcun miglioramento neppure dopo averlo mantenuto in sito per sei e più mesi. Io ho trovato in questo caso un espediente più efficace ed assai sollecito, che mi ha corrisposto in due circostanze.

Io faccio costruire con del cartone una specie di imbuto corto, a base ovale, capace di contenere il naso e ricuoprire ambo gli occhi; nella regione cor-

[1] *Ved. Fischer* teoria dello strabismo.

rispondente al di sopra dell' estremità del naso si fa un'apertura avente circa un pollice di larghezza, dalla quale il malato è obbligato di guardare quando questa specie d' imbuto è ben assicurato al capo. Allorchè vi si è abituato, si può pure farlo leggere poco a poco attraverso l'apertura di quest'apparecchio. Con tal mezzo i bambini sono costretti, se vogliono vederci di dirigere gli occhi più indentro, ed anco più in basso. Per ottenere l' intento bisogna ancora impedire che non riguardino gli oggetti con un solo occhio, siccome hanno talvolta della tendenza a farlo.

Per rimediare allo *strabismo convergente*, è utile di far portare ai bambini una visiera verde di grande dimensione. Allorquando trattasi di fanciulli che guardano guerci, si mette in giuoco la loro ambizione, e si presenta loro uno specchio al momento d' impegnarli a fare ogni possibile sforzo per correggersi di un' abitudine che li difforma. Quanto abbiamo detto finora non è applicabile per lo più che al minimo grado di quest' affezione nei piccoli fanciulli, e nei casi nei quali i due occhi stralunano contemporaneamente.

Quantunque *Buffon* (1) abbia avuto torto di sostenere che non vi ha mai che un occhio che possa essere affetto da strabismo (poichè vi sono effettivamente de' casi nei quali ambo gli occhi, essendo stati attaccati dalla medesima malattia, ambedue guardano veramente guerci, e sono per conseguenza fuori della loro direzione naturale), nella pluralità de' casi si può ammettere come un fatto quasi costante che lo strabismo è prodotto dalla ineguale forza degli occhi, od almeno che quest' ineguaglianza comparisce più tardi se vi si aggiunge e si mantiene la posizione viziosa del globo dell'occhio. Se quanto abbiamo detto è vero, il miglior mezzo curativo deve consistere a corroborare l' occhio più debole; per lo più si ottiene questo resultato esercitandolo più dell'altro; ed effettivamente il maggior numero di guarigioni sono

(1) Memorie dell'Accademia delle scienze di Parigi anno 1743.

dovute a questa maniera di procedere. Del rimanente è inutile di repetere che se lo strabismo è sintomatico, bisogna prima di tutto, guarire la malattia principale. Allorquando un solo occhio è affetto da strabismo, per lo più riprende momentaneamente la buona direzione, se si applica una fascia sull'occhio sano. Questo mezzo è dunque uno dei principali per la cura dello strabismo. Malgrado che l'uso di questa fascia porti seco grandi incomodi, nulladimeno il gran vantaggio che se ne ritrae è di gran lunga superiore ad essi. Non si devono nientedimeno sperare dei successi se non che nei casi ove la malattia che ha prodotto lo strabismo ha di già cessato di esercitare la sua influenza, quando lo strabismo non esiste più da lungo tempo, e finalmente quando la debolezza dell'occhio affetto non è considerabilissima. Si hanno particolarmente molte lusinghe di successo quando lo strabismo non è congenito e che può essere combattuto nella fresca età. Serve tenere l'occhio sano coperto con una fascia per mezz' ora od un' ora ogni giorno, per essere in grado di giudicare della forza dell' altr' occhio, e della possibilità di ristabilire la regolarità dei suoi movimenti. Nel momento in cui si oppone all'accesso della luce nell'occhio sano, quello del lato opposto incomincia a scorgere l'immagine confusa degli oggetti; ma passato qualche minuto distingue un poco meglio, e qualche ora dopo la sua funzione si eseguisce in un modo molto più soddisfacente. Quando si scuopre in seguito l'occhio sano, si osserva frequentemente che la deviazione degli assi visuali è di già diminuita, e si può sperarne un buon resultato. In alcuni casi non bisogna prolungare oltre misura l'occlusione dell'occhio sano, poichè gli sforzi che fa qualche volta il bambino per vedervi coll' occhio malato soltanto, cagionano la cefalalgia, ed anco delle vertigini; ciò non accade però procedendo gradatamente quanto è possibile per arrivare a lasciare l' occhio sano ricoperto per parecchie ore di seguito.

Lo strabismo che depende dall' essere uno degli occhi meno esercitato dell' altro, si osserva in molte persone miopi, poichè se vogliono esamina-

re attentamente gli oggetti, gli avvicinano sempre ad un solo e medesimo occhio. È spesso difficilissimo per essi di tenere gli oggetti ad una maggior distanza dall' occhio, come loro accade, in esempio, nel volere leggere un libro; non si può consigliare in tal caso che la scelta adattata di occhiali concavi. È raro che gli occhiali detti *da guerci*, i quali essi devono poco a poco accostumarsi a portare continuamente, sieno di un gran soccorso, poichè per lo più lo strabismo non può essere guarito allorchè è antichissimo.

Obliquita' dell' occhio o della vista.

Luscitas, visus obliquus.

Si designa con ciò una deviazione dell'occhio dal suo asse visuale, nella quale è impossibile alla persona che ne è affetta di dirigere perfettamente questo organo nel senso diametralmente opposto alla sua posizione viziosa. Egli è facile di presumere dietro questo dato, che spesso l'obliquità dell'occhio dev'essere il resultato dello strabismo; poichè se delle macchie in esempio, situate nel centro della cornea non hanno subito determinato che lo strabismo, la posizione presa dell' occhio finirà per farsi abituale, al punto che il globo dell' occhio non potrà più riprendere la direzione opposta, a cagione dell' atonia, che per mancanza di esercizio sarà sopraggiunta nei muscoli dell' occhio destinati ad eseguire questo movimento,

Indipendentemente dall' influenza delle macchie che occupano il centro della cornea, l' obliquità dell' occhio può essere ancora cagionata da tumori sviluppati nell' orbita e nel seno mascellare, da delle piaghe, da rotture o da atonia di un muscolo dell'occhio, da dei punti amaurotici esistenti nel centro della retina, ec. Quest' affezione comparisce tuttora in seguito di raffreddamento che ha apportato la paralisi di un muscolo dell' occhio; può essa riconoscere ancora per causa l' apoplessia, l' idrocefalo interno, ed anco la presenza di vermini nel canale intestinale.

Il prognostico di quest'affezione varia secondo le

cause che l' hanno determinata. Si guarisce sovente quand'essa è la conseguenza di raffreddamento: questa guarigione è pure possibile nei casi ove l' affezione è dovuta a dei tumori sifilitici sviluppati nell' orbita. Quando l' obliquità del globo dell'occhio è sintomatica, il prognostico è per lo più infausto. È in fine assolutamente incurabile quand'essa è il resultato della rottura di uno dei muscoli dell' occhio.

Dietro quanto abbiamo detto, è facile il giudicare della cura che conviene usare. Bisogna procurare per conseguenza di fare scomparire le macchie della cornea, o combattere le diatesi coi mezzi adattati. Se la malattia depende da concrezioni tofacee e da esostosi, si usano i risolventi interni ed esterni, fra i quali le preparazioni mercuriali occupano il primo posto; si usano i vescicanti, le fregagioni ed i vapori spiritosi, ugualmente che l'elettricità ed il galvanismo, se esiste uno stato di atonia in qualche muscolo dell' occhio. Allorquando l' obliquità di quest' organo è il sintoma di un' altra malattia, deve essere trattata secondo le regole dell' arte.

Miopia.

Da ΜΥΩ *ammiccare, batter gli occhi, e* ΩΨ *occhio.*

L' occhio che non è dominato da alcuna malattia può vedere distintamente degli oggetti, quand'anco sono piccoli, alla distanza di quindici a venti pollici. Si dice che un occhio è miope quando per vedere i medesimi oggetti è costretto ad avvicinarli molto più dell' ordinario.

Si può, per lo più, riconoscere le persone che sono miopi, al loro sguardo, e a tutte le maniere loro proprie. Esse scrivono sempre con caratteri minutissimi; prescelgono i libri impressi con caratteri piccoli, e li leggono ancora col soccorso di una debole luce; esse avvicinano molto agli occhi, e per lo più ad uno solo per abitudine i corpi che vogliono esaminare. Per vedere degli oggetti lontani esse battono gli oc-

chi, e tengono le palpebre chiuse più che a metà. La loro pupilla è per lo più un poco larga. Accade loro frequentemente di non considerare quelli che loro parlano, e di tenere gli occhi diretti verso la terra. Del rimanente esse vedono meglio di lontano quando la luce è viva, di quello che quando è debole.

La causa prossima della miopia consiste in ciò che i raggi luminosi provano una refrazione troppo pronta, e sono per conseguenza troppo sollecitamente riuniti in un fuoco corrispondente al punto situato davanti alla retina, talchè quando arrivano sulla superficie di questa membrana, si trovano di nuovo divergenti, e devono formare un'immagine più o meno confusa.

Questo fenomeno depende sovente dalla troppo grande convessità della cornea, o dalla metà anteriore del cristallino; spesso depende ancora da soverchia abbondanza dell' umor acqueo; in quest'ultimo caso, l' occhio sembra essere troppo voluminoso al primo aspetto, è perciò che si è chiamato *occhio di bove*. Talvolta questa refrazione e questa viziosa riunione dei raggi luminosi in un fuoco situato troppo in avanti, dependono da una turgescenza (*turgor vitalis*) insolita, e da una densità particolare della cornea, del cristallino, o della totalità del globo dell'occhio, ciò che si osserva particolarmente nei fanciulli molto giovani.

La causa della miopia depende talora anco dallo sporgimento del globo dell' occhio, che è il resultato di uno stato patologico di quest' organo, o si acquista nei primi anni della vita, quando presentando dei trastulli ai bambini si tengono loro abitualmente troppo vicini agli occhi. Egli è estremamente raro che la miopia sia la conseguenza naturale di una midriasi diventata abituale. Qualche volta questa malattia è l' effetto di un vizio primitivo di conformazione del globo dell' occhio; essa si manifesta allora nei primi periodi della vita. Una delle cause la più comune di quest' affezione risiede nei continui sforzi giornalieri dell' organo della vista durante la lettura, o nella soverchia perseveranza a scrivere, a cucire,

a fare dei lavori a maglie, o a fare altre cose difficoltose, particolarmente quando le persone che passano la loro vita in questa sorta di occupazioni si astengono da ogni ricreazione in aria aperta; quando si accostumano a inclinare troppo il capo lavorando, e quando il loro appartamento non è abbastanza illuminato. Ora siccome la luce artificiale non è mai sufficiente, poichè anco un gran numero di candele accese non ponno equivalere al giorno naturale, il lavoro della sera è particolarmente adattatissimo a produrre una miopia durabile. Io conosco molte persone le quali dopo essersi dedicate a dei lavori continui che reclamano grand' applicazione degli occhi, sono diventati miopi per sempre in una sol notte; ed io debbo aggiungere di più che nella maggior parte de' miopi ch' io ho conosciuti, quest'affezione era acquisita. Cotesta malattia è particolare degli abitanti delle grandi città; spesse volte quelli delle campagne non la conoscono neppure per nome.

A misura che si avanza in età l'occhio si appiana di più; ne resulta che l'organo affetto da miopia, se non è stato troppo deformato dall'uso degli occhiali concavi, è insensibilmente ricondotto allo stato normale, e per conseguenza quest' incomodo si guarisce poco a poco da se stesso. Si può lusingare di tale resultato con certezza tanto maggiore, se la miopia non depende da cattiva abitudine.

Quando la turgescenza vitale dell'occhio, che è la causa della miopia è prodotta da congestioni sanguigne, bisogna combatterla coi mezzi conosciuti. Si fa un salasso, si amministrano dei sali neutri rinfrescanti, si prescrivono dei piediluvi, e si inibiscono le bevande stimolanti e gli alimenti riscaldanti. Il miglior mezzo per correggere o guarire una miopia acquistata di recente, consiste nel diminuire od interrompere assolutamente i lavori che stancano la vista, nell' esercitare gli occhi a riguardare da lontano senza il soccorso delle lenti, ciò che si ottiene facilmente consigliando le passeggiate frequenti in ampia campagna, o meglio ancora, raccomandando i viaggi, che particolarmente si fanno sopra il mare, ma disgraziatamen-

te vi sono poche persone che possino usare di questo mezzo. Allorquando la miopia trae la sua origine da antica abitudine viziosa, dalla midriasi diventata continua o da difettosa conformazione dell' occhio, non si possono sperare gran successi; si è allora ridotti a raccomandare l'uso delle lenti concave per modificare convenevolmente la refrazione dei raggi luminosi, e per ottenere che il punto di loro riunione abbia luogo esattamente sulla retina. Ma bisogna avere riguardo nel scegliere le lenti, che non sieno nè troppo deboli nè troppo forti; poichè, nel primo caso, l'occhio sarebbe sempre obbligato a fare grandi sforzi per distinguere bene gli oggetti situati fuori del fuoco conveniente, sforzi che avrebbero per resultato necessario un indebolimento considerabile e rapido della vista. Se al contrario il malato fa uso di occhiali troppo concavi, la sua miopìa non può che aumentare, e finisce per non distinguere più senza occhiali gli oggetti stessi che vedeva benissimo prima a occhio nudo. Ne resulta l' inconveniente di non potere più lasciare gli occhiali, e di essere in oltre obbligato a cambiare di tempo in tempo le lenti, fino a che non ne trova delle forti assai per la sua vista.

I migliori occhiali concavi sono quelli che permettono a un miope di leggere correntemente i più piccoli caratteri di un libro, alla distanza di quindici a venti pollici, senza che l'occhio ne sia fatigato. Vi è da osservare in oltre che il miope non deve costantemente portare i suoi occhiali, se ama conservare la speranza di distinguere gli oggetti lontani senza di quelli, quando sarà giunto all' età di trenta a quaranta anni.

Per rimediare al più alto grado di miopia inveterata, prossima alla cecità, si è proposto di estrarre il cristallino, ad oggetto di ottenere la guarigione radicale. Questa cura è fondata, sull'idea che si allontana, con quest'operazione, uno dei mezzi dell'occhio che è dotato della maggior forza di refrazione, che è quanto si conosce dall'esperienza, cioè che gl'individui che erano miopi prima di subire l'operazione della cateratta per estrazione, hanno acquistato in seguito una

eccellente vista. Nulladimeno io dubito che si trovi un malato che voglia sottomettersi ad una simile cura, tanto più che è impossibile di rispondere del successo dell' operazione.

Presbiopia.

Visus senilis, presbitia (*da* ΩΡΕΣΤΥ., *vecchio*, *e* ΩΨ *occhio.*

Si dice che una persona è presbite (*presbyops*), quando non può distinguere gli oggetti che ad una distanza di quindici a venti pollici. In questo caso i raggi luminosi sono sempre refratti molto più tardi, non sono anco riuniti quando cadono sulla retina, e non hanno tendenza a riunirsi in un fuoco che ad una distanza più o meno considerabile dietro a questa membrana; è perciò che l'immagine di tutti gli oggetti vicini è confusa. La presbiopia si manifesta raramente prima del quarantesimo anno; dessa ha costantemente luogo quando la cornea è troppo stiacciata.

La causa la più importante della presbiopìa è l' avvicinamento della vecchiaja, epoca nella quale la cornea ed il cristallino si appianano, nel tempo che il *turgor vitalis* diminuisce; nulladimeno i vecchi non sono tutti presbiti. Un ristringimento della pupilla, divenuto abituale, può produrre la presbiopia, ugualmente che una soverchia dilatazione di quest'apertura può cagionare la miopia. L'abitudine di vedere sempre degli oggetti lontani produce pure quest'incomodo, anco nella giovinezza.

Del rimanente, la vera presbiopia è estremamente rara nella gioventù.

La guarigione radicale di quest' incomodo è impossibile; si usano i mezzi palliativi, e gli occhiali a lenti convesse.

Non bisogna mai ritardare di troppo l' uso di questi mezzi al momento che non si può più leggere facilmente dei caratteri di mediocre grossezza alla distanza ordinaria, ed al momento che si sente la ne-

cessità di molta più luce per vedere a lavorare. È tempo allora di servirsi subito di occhiali leggiermente convessi, che bisogna cambiare, a misura che si avanza in età, in altri più convessi ancora. Se la presbitia non esiste da gran tempo, le lenti non abbisognano che di una leggierissima convessità; cinquanta o settanta pollici di fuoco bastano; raramente è necessario prenderne subito al di sotto di settanta pollici (1).

Diplopia.

Vista debole, visus duplicatus, diplopia (*da* ΔΙΠΛΑΞΣ *debole, e* ΩΨ *vista.*)

Si conoscono due specie di diplopie 1°. quella nella quale il malato vede un oggetto doppio allorquando i suoi occhi sono ambedue aperti, mentre che li vede semplici quando uno di essi è chiuso, 2°. quella che consiste nel vedere l'oggetto doppio riguardandolo con un solo occhio. Nel primo caso l'affezione depende comunemente dallo strabismo o dalla posizione obliqua dell'occhio; nel secondo caso, al contrario, la diplopia è prodotta da cicatrici, da macchie occupanti il centro della cornea o della parete anteriore della capsula cristallina, o da pressione esercitata sul globo dell'occhio, o finalmente da doppia pupilla. Spesse volte la causa di quest'affezione risiede primitivamente nei muscoli dell'occhio, particolarmente quando sono affetti da spasmi o da reumatismo; il malato sente allora delle sensazioni dolorose nell'orbita. Qualche volta la malattia depende da vizio della retina, e spesso da alcune affezioni generali: così si osserva, in esempio, nell'ipocondriasi, e isterismo, in seguito delle febbri infiammatorie, con o senza flemmasia locale, ec.

Mi è accaduto di osservare un caso di diplopia dopo l'eruzione completa della scarlattina, ed un *visus defiguratus* durante l'esplosione di quest'esantema. Del rimanente per lo più le due immagini dell'oggetto non sono ugualmente distinte; l'una, che

(1) Ved. per maggior dettaglio, l'articolo *occhiali*.

n' è la vera rappresentazione è chiarissima, mentre l' altra, che lo è assai meno, non rappresenta in certo modo che l'ombra della prima, e si trova più spesso accanto all' oggetto materiale. Talvolta il malato non vede gli oggetti doppj se non quando ha fatto degli sforzi continui colla vista per qualche tempo la sera alla luce delle candele. Quest' accidente scomparisce tosto che si lasciano alquanto riposare gli occhi. Vi sono pure de' casi nei quali i malati non vedono doppio se non se gli oggetti posti a certa distanza. Spesso ancora quest'illusione non ha luogo che in una certa direzione.

Il prognostico è variabile; ma per lo più sfavorevole, quando la causa dell' affezione non può esser rimossa.

La cura dev' essere basata sulla cognizione delle cause della malattia. Bisognerà perciò occuparsi di guarire lo strabismo, le macchie della cornea, etc. Quando la causa della diplopia risiede nella retina, e nelle malattie generali, essa si dissipa comunemente senza il soccorso dell' arte. Ma nei casi ove la diplopia ha resistito per molto tempo ai diversi mezzi, si sono ottenuti eccellenti effetti dall' uso dei vescicanti, particolarmente applicati alle tempie ec. In generale, nelle malattie dei nervi dell'occhio, questi mezzi hanno un' azione più marcata quando si applicano alla regione temporale, che dietro gli orecchi, alla nuca, ec.; circostanza sulla quale il signor *Rust* (1) ha particolarmente contribuito a fissare l' attenzione de' pratici.

Emiopia.

Emiopia (*da* MYIA, *mezza, metà, e da* ΨΩ *vista.*)

Quest' incomodo consiste nel non vedere gli oggetti che per metà od in parte. Quando non dipende dalle parti trasparenti, nè dagl' inviluppi dell' occhio, l' incomodo tiene generalmente ad una modificazione

(1) Ved. il suo *Magazin für die gesammte Heilkunde*, 4. B. 2. H. S. 358.

patologica dei nervi di quest'organo. È allora passeggiero, periodico, e accompagna per lo più le affezioni generali del sistema nervoso, come l'isterismo, l'ipocondriasi e le malattie spasmodiche; oppure esso è continuo, ed è assai più grave: si chiama allora *amaurosi dimidiata*; esso può disgraziatamente degenerare anco in amaurosi completa.

La cura dev'essere basata sulle regole da noi sviluppate parlando dell' amaurosi.

Nictalopia.

Caecitas diurna, amblyopia meridiana, nyctalopia (*da* ΝΥΞ, *notte, e* ΩΨ, *vista.*

I malati affetti da nictalopia, distinguono male gli oggetti, o non li vedono del tutto nel giorno; mentre che la sera ricuperano la vista alla luce della luna o delle candele.

Questo fenomeno accompagna talvolta la *midriasi*, perchè la gran quantità di raggi luminosi che penetrano al fondo dell'occhio eccitano troppo vivamente la retina durante il giorno.

Qualche volta l'iride è talmente irritabile che la pupilla è intieramente contratta alla luce del giorno, da cui resulta la cessazione completa della vista. Spesse volte una cateratta centrale ed una macchia, occupante il centro della cornea, si oppone all'ingresso dei raggi luminosi attraverso la pupilla, che è troppo ristretta durante il giorno. In qualche raro caso la nictalopia è un fenomeno puramente nervoso dependente dalla retina, e si presenta come un' ambliopia o amaurosi periodica.

Dall' etiologia di questa malattia si osserva che essa è per lo più il sintoma di altra affezione, e che conseguentemente dessa si guarisce in generale medicando con mezzi adattati la malattia principale. Quando l' iride è troppo irritabile, si applica sull'occhio una debole dissoluzione acquosa di estratto di giusquiamo; e, se la retina stessa partecipa di questa irritabilità smoderata, bisogna usare contemporaneamente la cura

generale inerente alla costituzione del soggetto ed allo stato particolare dell'occhio. La nictalopia che si presenta come un'amaurosi periodica, dev'essere trattata, subito, dietro il consiglio dei migliori ottalmologisti, coi risolventi la di cui azione si spieghi sul canale intestinale, ed in seguito colla china; non si deve nel tempo stesso lrascurare l'uso dei revulsivi alla pelle.

Emeralopia.

(*Da* ΗΜΕΡΑ, *giorno, e* ΩΨ *vista*) *visus diurnus, amblyopia crepuscularis, caecitas nocturna, dysopia tenebrarum.*

Quest' affezione è l' opposta della nictalopia. I malati vedono perfettamente bene nel giorno, ma la sera nel crepuscolo alla luce della luna o delle candele, non è loro possibile distinguere gli oggetti. Questa malattia è di sovente più leggiera, ma talvolta anco gli emeralopi non vedono bene che durante che il sole è sull' orizzonte; poichè dopo che è tramontato non distinguono più niente, oppure la loro vista è confusa. Un caso riportato da *Laserre* (1) prova quanto la luce artificiale è talvolta insufficiente per quelli la di cui vista è debole: una ragazza non vedeva punto nella notte una lanterna vicinissima, mentre la vedeva benissimo nel giorno. In questa malattia, alla luce come all' ombra, la pupilla è in generale più o meno dilatata, e immobile o torpida nel muoversi; spesso questo segno non esiste; nulladimeno l' apertura è perfettamente chiara e netta.

L' emeralopia è accompagnata comunemente da cefalalgia, da gravezza di capo, e da dolori periodici, che si fanno sentire in differenti parti del corpo; questi sintomi si esasperano verso la sera, e precedono talvolta la comparsa di quest' affezione. Il malato è, in qualche caso, affetto da' vertigini, particolarmente quando si abbassa col capo; in altre circostanze si ag-

(1) *Ephemerides curiosorum naturae*, dec. 11, anno 6, obs. 79.

giungono dei segni di pletora, di zavorre gastriche e biliose.

L' emeralopia può sovente essere prodotta dall' ambliopia amaurotica sola ; ma in molti casi essa dev' essere considerata come un' ambliopia amaurotica periodica. Sembra ancora che frequentemente rassomigli molto alla febbre intermittente; dessa non consiste allora senza dubbio che in una affezione particolare dei nervi dell' occhio.

Molte cause che possono produrre un' amaurosi, particolarmente l' aria fredda del mattino o della sera nella primavera , ponno ancora cagionare l' emeralopia. In alcuni paesi essa si presenta qualche volta epidemica , e endemica , come si osserva in differenti contrade della Francia, della Polonia, del Brasile, alle isole Molucche , nei luoghi paludosi , ove si coltiva molto riso, e qualche volta ancora presso di noi (in Germania.) Dessa attacca, in generale, gl'individui di ogni età appartenenti alla classe indigente , eccetto quelli che sono nella prima infanzia, ma più frequentemente gli uomini che le donne; è raro che apparisca ad un tratto, poichè per lo più essa non si stabilisce se non che con lentezza.

La durata di questa malattia non è determinata; ma quando si abbandona a se stessa, è raro ch' essa persista più di tre o quattro mesi. Una cura adattata la dissipa spesso dopo qualche giorno. Ricomparisce talvolta dopo un anno, nella medesima stagione ; le recidive non sono, in generale, molto rare nei paesi ov' essa regna endemicamente.

I salassi, gli emetici susseguiti dall'uso delle decozioni diaforetiche preparate col legno guajaco , col sassofrasso o colla salsapariglia; il tartaro stibiato amministrato epicraticamente secondo il metodo di *Scarpa*; i lassativi, la china, la valeriana, i vescicanti alla nuca e dietro gli orecchi, finalmente i piediluvi, tutti devono essere usati secondo le indicazioni.

Allorquando la malattia è endemica ed epidemica, il vapore di fegato di bove bollito sembra essere molto utile. Verso l' anno **1787**, questo mezzo servì a guarire sicuramente e con celerità un gran numero

di soldati della guarnigione di Strasburgo che erano attaccati da emeralopia. *Meissner* (1) riferisce che un gran numero di abitanti della Podolia sono affetti da emeralopia durante la quadragesima, e che risanano da questa malattia mangiando del fegato di gallo o di majale (2).

Si è pure usato empiricamente il vapore d' ambra, di caffè forte, di storace, dei masticatori tali che la radica d' angelica, e di pilatro.

Miodopsia

Mosche volanti, Myiodeopsia (*da* ΗΜΙΣΥΣ *mosca, e* ΩΨ *vista*) *visus muscarum.*

Questo fenomeno non è soltanto un sintoma concomitante di amaurosi incipiente; si manifesta pure idiopaticamente senza avere altra importanza, e consiste in ciò che la persona che n' è affetta crede vedere dei punti, dei piccoli anelli, delle striscie, dei fiocchi nerastri o grigiastri, semi-trasparenti svolazzanti davanti ai suoi occhi. Questo fenomeno aumenta allorchè dirige la vista sopra superficie chiare o bianche, come sopra della carta bianca, o quando il malato agira i suoi pensieri su quest' affezione; essa diminuisce, all' opposto, e scomparisce assolutamente quando il soggetto si trova circondato da luce crepuscolare, o quando li manca il tempo per occuparsi della sua malattia. Del rimanente gli occhi non presentano niente d' irregolare. Vi sono ordinariamente due o tre di queste figure volanti che sono più visibili di tutte le altre.

(1) *Bemerkungen aus dem Taschenbuche eines Arztes, etc.* Halle 1819. (Appunti tratti dal *vade mecum* di un medico.)

(2) Qual valore si debba da noi dare oggi alle proprietà che il Signore *Meissner* ripone nel fare uso del fegato del gallo e di quello del majale per la guarigione dell' Emeralopia, ne rimetteremo la decisione al tribunale del comune buon senso senza avere la menoma intenzione di mettere in dileggio la sua accreditata prescrizione pei disgraziati Polesi.

Ve ne sono qualche volta ancora un' infinità di altre, che è assai più difficile a riconoscere. Per lo più ambo gl' occhi sono affetti ad un tempo.

Le *mosche volanti* la di cui comparsa non è ordinariamente susseguita da accidenti funesti alla vista, e che sono le sole delle quali io ho qui parlato, hanno sempre una forma determinata; esse sembrano consistere principalmente in linee e anelli; esse si trovano fedelmente rappresentate sulla quinta tavola del primo quinterno delle mie *Icones ophthalmologicae, seu selecta circa morbos humani oculi.*

Si è cercata la spiegazione di questo fenomeno in un' affezione della retina, o per la presenza di corpuscoli oscuri natanti nel centro dell' umore acqueo, in quello del Morgagni, nel corpo vitreo e nel cristallino, ec. ma io non posso far parte di quest' opinione. Mi sono giovato di dimostrare nell' opera che ho citata, che il fenomeno delle *mosche volanti* è determinato da dei globuli di sangue situati davanti alla retina, e dai vasi che gli contengono. La causa la più ordinaria che dà luogo alle mosche volanti è l'uso frequente e continuato della vista, accompagnato da sforzi, da cui ne resulta spesso un afflusso parziale di sangue verso gli occhi.

La miodopsia può trarre la sua causa esclusivamente dai violenti sforzi della vista, senza che abbisognino altri segni d' affezione di questa funzione. Essa è tardissima a manifestarsi, e per lo più si conosce, per la prima volta, nel tempo chiaro, ed in certi luoghi adattati, come in una passeggiata fatta in campo aperto.

L'acutezza della vista non soffre di questo fenomeno se esiste solo; e dalle ricerche e osservazioni di diversi medici, resulta, che si possono vedere davanti gli occhi gli accennati punti, i fiocchi, i piccoli anelli, senza dovere mai temere la perdita della vista. Vi sono, per verità, molte specie di cecità, la di cui invasione è accompagnata dal sintoma della miodopsia, ma in tali casi questo fenomeno non è che accessorio, poichè vi sono altri segni molto più importanti che fanno riconoscere un' affezione più grave.

La guarigione di questo leggiero incomodo è molto più facile di quello che non si pensa; depende, senza dubbio, che la cura consiste meno nell' uso dei medicamenti che nelle precauzioni igieniche adattate, precauzioni che non sono quasi mai continuate come converrebbe di fare. Prima d'ogni cosa, bisogna risparmiare gli occhi particolarmente dalla luce artificiale. L' esposizione di questi organi all' aria libera, l' esercizio frequente, e la distrazione de' viaggi sono soprattutto utilissimi. Si possono fare nel tempo medesimo, più volte al giorno delle applicazioni di acqua freddissima per mezzo delle compresse di lino piegate a sei doppi. Allorquando gli occhi sono la sede di congestioni, i salassi, i piediluvi col sale, colle ceneri o colla senapa, l'uso continuo di una decozione amara, o di una dissoluzione acquosa di solfato di magnesia, abbastanza forte per provocare due o tre egestioni alvine ogni giorno, sono vantaggiosissime. Quando la miodopsia è di già inveterata, quando esiste, per esempio, da più anni, e che il malato non può servirsi liberamente dei suoi occhi, è difficile di guarire quest' affezione.

Le *mosche volanti* che compariscono talvolta in seguito delle febbri nervose gravi e di altre malattie simili, scompariscono sotto l' influenza di un regime conveniente, senza altre medicazioni, a misura che le forze del convalescente si ristabiliscono.

Fungo midollare della retina.

Fungus medullaris retinae.

G. *Burns* ha dato il nome a quest' affezione di *infiammazione fungosa*. W. *Hey* l'ha chiamata *fungus hæmatodes retinæ*, denominazione che è stata adottata dai Sig. *Wardrop*, *Cooper*, *Scarpa*, *Bell*, *Boyer*, ec. I Sig. *Dupuytren*, *Breschet*, e qualche altro la chiamano *carcinóma encéfaloide o cerebriforme*. Il Sig. *Albernethy* la designa sotto il nome di *sarcoma pulposum medullare*. Il Sig. *Maunoir* finalmente sotto quello di *fungo midollare*, denomi-

nazione ch' io credo, esprimere meglio d'ogni altra i suoi caratteri.

Questa terribile affezione della retina che non si è cominciata a conoscere che in questi ultimi tempi, attacca principalmente i fanciulli al disotto dei dodici anni, e si distingue per questa circostanza dal cancro dell' occhio, che si manifesta particolarmente nella vecchiezza, e col quale essa senza dubbio è stata prima d' ora sempre confusa (1); ciò spiega pure il perchè il terzo degl'individui operati da cancro nell'occhio al Hôtel-Dieu di Parigi si trovano composti d' individui che per anco non avevano toccato il dodicesimo anno.

Questa malattia che consiste in una degenerazione fungosa della retina, siegue l' andamento che noi andiamo a descrivere: Si manifesta un' ambliopia amaurotica accompagnata dalla fotofobia, ossia intolleranza della luce, dalla dilatazione e rigidità della pupilla, e ben tosto ne viene l' amaurosi completa. Il medico vede nel tempo stesso nel fondo dell' occhio, nella regione occupata dalla retina qualche cosa che rassomiglia ad una sfoglia d'argento di figura concava, o a del ferro pulimentato. Nel progredire la malattia quest'aspetto metallico si cangia in una macchia irregolare di color giallognolo o verdastro, che rassomiglia ad una piccola collezione di linfa coagulata che si fosse diffusa nel fondo dell' occhio. Le persone che non conoscono questa malattia sembra loro di vedere un opacamento parziale dell' umor vitreo. Frattanto i vasi della congiuntiva si riempiono di sangue, ed il malato prova dei dolori continui nell'occhio. La piccola massa giallognola o verdastra, che è provvista di vasi che vengono dall'arteria centrale s'accresce poco a poco e si estende vieppiù verso l'iride; allora è che

(1) Questa malattia potrebbe pure essere classata col cancro del globo dell' occhio, e forse ancora a giusto titolo, essere posta nell'ultima varietà della quarta specie di amauro si; nulladimeno siccome essa si distingue da queste due affezioni, crederei utile di trattarne come malattia particolare della retina.

viene riconosciuta per una sostanza fungosa, di color giallo. Finalmente nel tempo che i dolori vanno sempre crescendo, facendosi sentire principalmente alla fronte ed alla nuca (in particolar modo nella notte) questo corpo fungoso penetra nella camera anteriore dell' occhio, ed allora, e qualche volta anco prima, sembra intorbidato da un fluido giallognolo; nello stesso tempo il globo dell' occhio, comincia a divenire bernoccoluto, il colore della sclerotica si altera, prende una tinta d'un blù carico livido. Qualche volta a quest'epoca sopravviene l'idropisia dell'occhio. Finalmente la massa che è al fondo del globo dell' occhio prendendo incremento, termina per penetrare fino alla cornea; questa diviene opaca, s'assottiglia in conseguenza della pressione che la detta sostanza esercita contro di essa, incomincia in seguito a suppurare, e così il fungo avanzandosi al di fuori apporta al paziente dei dolori atrocissimi. Al momento che il fungo è al di fuori dell'occhio prende un colore rossastro, intersecato da macchie gialle o nere, conserva però sempre la consistenza molle, cerebriforme ch' egli aveva fino dal principio; al più leggiero contatto lascia colare molto sangue, accompagnato da sanie fetida molto somigliante a del siero. Allorchè il fungo è giunto al suo massimo sviluppo si osservano dei sintomi che indicano l'assorbimento della sanie; i gangli linfatici delle vicinanze della parotide, quelli sotto la mascella inferiore, quelli del collo si gonfiano, ed il malato s'incammina verso una morte inevitabile (1).

Questa spaventevole malattia trae sempre la sua origine dalla retina, e specialmente nel punto in cui il nervo ottico penetra nell' occhio (2), poichè è dimostrato dall' apertura dei cadaveri d' individui che hanno dovuto soccomberne che ivi è sempre la sede della macchia giallastra della quale abbiamo parlato.

Alcuni medici hanno inoltre trovato il tessuto pinguedinoso che inviluppa il nervo ottico in uno stato

(1) Ved. Tav. III, fig. 4.
(2) Ved. Tav. III, fig. 5.

d'indurimento, e quasi aderente al nevrilema ; il nervo stesso trasformato in un tumore midollare ; e la retina totalmente degenerata in una massa cerebriforme. In un caso la degenerazione ultima accennata parve nascere da tutti i punti della parete interna della sclerotica; essa aveva inegualmente ricalcata la coroide in avanti, e nel punto ove doveva trovarsi il cristallino vi era un ammasso di granulazioni calcolose. Fra tutte le membrane dell'occhio io ho costantemente osservato che la coroide e la sclerotica erano le meno attaccate (1). La retina , il nervo ottico , e le altre parti dell'occhio non sono le sole che sieno state trovate distrutte; si è qualche volta osservato che questa distruzione si estendeva ancora ad alcune parti del cervello , come ai corpi striati , al talamo dei nervi ottici ec.

Si sono veduti i ventricoli del cervello contenere fino a quattro o cinque once di sierosità sanguignolenta , e si è riscontrata una massa molle , voluminosa nel terzo ventricolo , fra i talami ottici suddetti. Si sono pure osservate delle traccie di degenerazione nella dura madre, nell'aracnoide, e nella piamadre.

Le cause di questa spaventevole malattia sono sconosciute. Essa è qualche volta sopraggiunta in conseguenza di un colpo ricevuto nel globo dell' occhio. Io l' ho veduta una volta svilupparsi in seguito della scarlattina in un fanciullo che mostrava dei sintomi evidenti di scrofole. In un'altra circostanza l'affezione dell' occhio era succeduta alla rapida scomparsa della tumefazione , e dell' infiammazione di una glandula del collo.

L' estirpazione dell' occhio che fino al presente è stata considerata come il sicuro mezzo per guarire

(1) Molti pratici inglesi, fra i quali *Saunders*, *Cooper*, e *Travers* non ebbero uguale incontro nelle sezioni patologiche da loro istituite. Essi videro anzi il fungo se non prendere origine direttamente da quelle membrane , le osservarono spesso interessate. Vedi le loro opere. *N. del Tr.*

questa malattia, manca d' effetto quand' anco è fatta al momento in cui la macchia incomincia a fare di se mostra al fondo dell'occhio. Quest'operazione avrebbe in tal caso per oggetto la sollecitazione della perdita del malato, poichè dopo qualche mese si vede comparire nell' orbita una nuova escrescenza fungosa e molle; le forze vanno diminuendo, la febbre etica si manifesta, e la morte viene a percuotere il malato, che è già privo d'ogni sensibilità, e resta oppresso dalle convulsioni.

Io ho pure praticata l'estirpazione del globo dell' occhio senza alcun successo, per cui sono costretto convenire che quest'operazione ha piuttosto accelerata di quel che ritardata la terminazione fatale. Ciononpertanto Wardrop (1) pensa che essa potrebbe esser utile se la malattia fosse riconosciuta al suo nascere, al momento cioè in cui è solamente affetta la retina.

Se si esamina questa malattia più attentamente, e senza spirito di partito o prevenzione, se si considera che dessa non attacca ordinariamente che dei fanciulli al disotto del dodicesimo anno, si è portati a pensare che la causa debba essere cercata fra le malattie che sono proprie all' infanzia. Si è tentati a sospettare che una malattia che è sì grave, e non meno ribelle, e il di cui sviluppo è accompagnato da sintomi sì sorprendenti, deve avere per origine un' affezione generale, e tenace che l' alimenta incessantemente; talchè l'estirpazione della malattia locale non è susseguita da buon esito se non si giunge a distruggere prima la causa generale, o almeno a darle una direzione meno pericolosa.

L'attenta osservazione del piccolo numero di casi che si sono offerti nella mia pratica, m' ha convinto ch'essa è un sintoma straordinario della malattia scrofolosa, che oggigiorno è senza dubbio molto più frequente di quello che ne' tempi andati; ed è pure questa la ragione mercè la quale si osserva più spesso oggi una tale degenerazione particolare degli occhi.

(1) Osservazioni sul fungo ematode.

Quali accidenti diversi non producono infatti le scrofole? Non sono desse che determinano in certi punti un' infiammazione ed una degenerazione delle ossa, e in altri casi una suppurazione delle glandole? Qui esse scelgono per loro sede il tessuto cellulare sotto-cutaneo, mentre distruggono altrove i tegumenti comuni del corpo. In qualche punto, la pelle sotto la loro influenza, diventa la sede di secrezioni morbose, mentre che esse sviluppano nell'occhio delle infiammazioni speciali. Chi potrebbe negare che la stessa malattia non potesse dar luogo a dei *processi patologici* nel polmone, nell' encefalo, ugualmente che nei gangli mesenterici? Io dirò di più ancora: le scrofole dette del cervello, che si trovano sovente descritte nelle opere de' medici, non potrebbero essere elleno spesso la medesima malattia, che noi riscontriamo nell'occhio, sotto forma di fungo midollare della retina, modificata solamente dalla natura particolare dell'organo? Io sono portato a credere che la maggior parte delle affezioni dei fanciulli, che sono predisposti all'encefalite, ed all' idrocefalo, sì acuto, che cronico presenterebbero spesso queste vegetazioni cerebriformi, sù le quali il fungo midollare dell' occhio ha potuto solamente richiamare la nostra attenzione, se noi portassimo più oltre le nostre indagini. Io sono altresì persuaso che tutte le degenerazioni dell' encefalo che si riscontrano riunite nel fungo midollare della retina, si possino presentare, e si sono anzi presentate spesso senza l' affezione di quest' ultima membrana. Stà ora all'osservazione il decidere se la mia opinione sia o no erronea.

Si obbietterà forse che i fanciulli affetti da fungo midollare non offrono costantemente ed in un modo evidente i sintomi delle scrofole. Supponendo ancora che quest' obbjezione sia esatta, non vediamo noi tutti i giorni delle affezioni locali, che tutto il mondo considera come il prodotto della malattia scrofolosa di cui non si scorgono nonostante i sintomi i più comuni? Non è egli la cosa istessa dell'artritide? Qual è quel pratico che avendo vedute moltissime malattie, non abbia incontrato dei casi, nei quali gli occhi furono distrutti da un' affezione avente i caratteri dell' artri-

tide, senza che il resto del corpo avesse mostrata alcuna altra traccia di quest' affezione ?

Io vedo con compiacenza, che il *D. B. Panizza*, in una memoria contenente molti fatti importanti, che ha per titolo: *Annotazioni anatomico-chirurgiche sul fungo midollare dell' occhio*, *Pavia* 1821 emetta esso pure uguale opinione, cioè che è la malattia scrofolosa che produce la terribile affezione della quale tenghiamo proposito.

Il caso estremamente interessante ch'io ho osservato in un fanciullo di due anni sembra confermare i miei sospetti sull' origine di questa malattia; il resultato del trattamento ch' io impiegai in questo soggetto è di gran conto per non lo passare sotto silenzio. Questo fanciullo, immediatamente dopo avere sofferta la scarlattina, offrì dei sintomi di scrofole, e nel tempo istesso un rossore uniforme della sclerotica e della congiuntiva che la ricuopriva; l' occhio diritto divenne estremamente sensibile alla luce, fu sorpreso da cecità, e deviò dalla sua naturale direzione, come accade nello strabismo. Quando mi fu portato il piccolo malato, io riscontrai tutti i segni d'un fungo midollare incipiente della retina. Si vedeva manifestamente al fondo dell' occhio una massa bernoccoluta di un giallo-rossastro, che sembrava aver distrutto il colore nero della pupilla. Io gli prescrissi delle forti dosi di calomelano combinato colla radica di sciarappa, le quali mantenevano una diarrea assai considerabile, ed ebbi ben tosto la soddisfazione di vedere quest' affezione arrestata nel suo corso. Egli è passato più di un anno dopo quest' epoca; ed è di già lungo tempo che il fanciullo si è rimesso dietro questa cura, ed oggi gode perfettissima salute. L'aspetto dell'occhio è divenuto più soddisfacente, la massa bernoccoluta giallo-rossastra è quasi che interamente scomparsa; il fondo della pupilla ha ripreso in parte il suo color nero, ma egli è però di un nero smorto; si vede pure un corpo bianco-grigiastro nel luogo ove il nervo ottico penetra la retina; la pupilla è tesa, ed un poco dilatata; l' occhio è sempre stralunato, e amaurotico come prima della cura.

Io spero poter dare ben presto dei dettagli più soddisfacenti sopra questo caso, ugualmente che su qualche altro, nelle mie *Icones ophthalmologicae* ec (1).

Mi limiterò ora ad esporre ciò che succede sotto il trattamento di questa malattia. A malgrado ch' io sia convinto che i funghi midollari che si sviluppano nel cervello dei fanciulli, sotto l'influenza delle scrofole, sieno assai più frequenti di quello che non si pensi comunemente, ciononpertanto io dirò che il fungo midollare della retina è una malattia rara. Un solo medico non può per conseguenza portare all'evidenza l'esattezza della sua opinione sopra un metodo curativo che li sembri utile: se egli non può consultare che la propria esperienza, resta a lui il proporre almeno il suo metodo di cura ai confratelli dell' arte, e di consigliar loro d'esperimentarlo, ciò che non è certamente da trascurarsi in una malattia contro lo sviluppo della quale noi non abbiamo ancora un sicuro mezzo a opporre.

Ora, partendo da questa idea, che l' origine del fungo midollare della retina è dovuta ad un'affezione scrofolosa del nervo ottico, e di questa membrana, con tendenza a produrre una massa cerebriforme molle e a trasformare in questa stessa sostanza le parti che li servono di *substractum*; e tenendo ugualmente conto che la causa o l' affezione generale non può esser guarita prontamente, io penso che il piano curativo debba tendere a distruggere questa, ed a rimuovere al più presto l'azione patologica d'una parte che, per la sua importanza, tiene il primo rango nell' economia, e di cui l' affezione, sotto l'influenza di questa causa, minaccia la vita stessa dell'ammalato.

Io propongo per conseguenza, in tutti i casi ove il fungo midollare è ancora al suo principio, od almeno quando è ancora circoscritto alla metà posteriore

(1) Si veda alla fine del presente volume una mia osservazione, che attesa la prolissità della medesima ho creduto più adattato quel posto del presente. *N. d. T.*

dell'occhio, di provare la cura seguente: Si amministra tre o quattro volte ogni giorno, un mezzo grano, od un grano di calomelano unito alla radica di rabarbaro o di sciarappa, mantenendo così per qualche tempo una diarrea assai forte. Se l' uso del calomelano non può essere continuato, bisogna far ricorso all' etiope antimoniato unito al tartrato di potassa ed alla cicuta. Si fanno pur anco delle frizioni mercuriali sul sopracciglio, e sull' occhio medesimo, se pure l' unguento può esser sopportato da questo delicatissimo organo, poichè allora si potrebbe introdurne due o tre volte per giorno fra le palpebre, una quantità uguale ad una lenticchia. Si applica nello stesso tempo sulla nuca un cerotto stibiato, della larghezza del palmo della mano, composto di una parte di tartrato antimoniato di potassa, e di due o tre parti di cerotto agglutinativo; si mantiene la suppurazione, se è possibile, durante delle settimane e de' mesi, e si termina la cura coll' amministrazione interna di una decozione di rabarbaro, di dulcamara e finalmente di calamo aromatico, di china china, e d'altri mezzi analoghi.

Del rimanente, io debbo avvertire gli effetti spiacevoli ch'io ho ottenuti dall'uso dei bagni generali, giacchè essi mi produssero un'esacerbazione manifesta in quasi tutti i casi d'affezioni scrofolose degli occhi (1).

Il regime dovrà essere in principio poco nutritivo; ma dopo questo trattamento eroico, è necessario

(1) Se ci è permesso di esporre candidamente la nostra qualunque opinione in proposito agli effetti dei bagni nelle malattie scrofolose, con dispiacere non potremo accomunare coll'autore le nostre idee su tal punto terapeutico. Non specificando il Sig. *Weller* la qualità del *bagno generale* ch'egli intende proscrivere nelle affezioni scrofolose, mi giova credere ch' egli abbia voluto parlare di quello di acqua dolce, che non può anco a mio credere, spiegare alcuna utile azione nelle malattie di tal genere. Non in ugual modo certamente l'Autore vorrà forse ragionare delle proprietà che l' acqua di mare mostra di possedere pel trattamento delle malattie scrofolose in genere, giacchè la giornaliera esperienza, c' induce a credere che il bagno generale di acqua di mare sia una delle principali medele oggigior-

amministrare degli alimenti nutrienti, e di facile digestione (1).

no accreditate dalla pluralità dei medici si Italiani che di Oltramonti. Se il fungo midollare vuolsi poi riguardare qual conseguenza del morbo scrofoloso (come v' inclina il Sig. Weller) sarei di parere che alcuna cura, non escluso neppure il bagno di mare, spiegherà mai la più piccola azione sù di una malattia la di cui natura è intrattabile sotto ogni forma, tranne qualche volta il ferro, quando in tempo e da abile mano sia adoperato.

(1) Ben lungi dall'oppormi direttamente ai ragionati pensamenti dei Sig. *Weller* e *Panizza* relativamente alla causa da essi supposta se non esclusiva, la più comune almeno fra le diverse, atta a sviluppare i funghi ematodes e midollari, le *scrofole* cioè. Tre casi da me attentamente osservati, non ha molto, alcuno di essi riconosceva per certo non che una causa scrofolosa, ma neppure poteva accennarne il più piccolo sospetto, tale era la respettiva costituzione dei tre individui offertisi alla mia pratica, il più interessante de'quali è appunto quello che qui appresso è da me estesamente descritto e circostanziato.

Il soggetto a cui appartiene la seguente osservazione fu Angiola Geminiani vedova Marchetti di Livorno, di anni 57, di temperamento bilioso, un tempo esercente la professione di tessiera, quindi quella di rivenditrice di erbaggio.

Dessa asseriva non rammentarsi di avere goduto perfetta salute, perchè affetta da lenta ed antichissima epatite, (malattia che dal più al meno era andata soggetta tutta la sua famiglia, incominciando dalla madre), alla quale se non diedero in lei esclusiva origine dei forti e reiterati patemi d' animo, ne agevolarono per certo un maggiore sviluppo e l' alimentarono per lo meno.

Mi cade pur qui in acconcio osservare che tre sue sorelle, due delle quali per età ad essa maggiori, tutte soffrirono di congenere malattia, in conseguenza della quale una cessò di vivere per ascesso al suddetto viscere; per ascite l' altra; la superstite esisteva ancora, non ha molto, ma infelicemente per gravi indurimenti al lobo sinistro del nominato fegato, e per tutti que' sintomi in parte simpatici, e molti dei quali all' enunciata malattia direttamente inerenti e quasi immancabili.

Premessa e non trascurata ogni opportuna e più minuziosa circostanza, non riuscirà difficil cosa formarsi un giusto concetto dello stato di salute della Marchetti prima dello

sviluppo dell' imponente quanto temibile morbo di cui discendo a parlare, del *fungo ematode* cioè, da cui fu successivamente affetta.

Senza causa manifesta nell' anno 1826, per lenti gradi, incominciò a diminuire alla suddetta la facoltà visiva nell'occhio destro, per cui resalesi in principio soltanto nebbiosa, totalmente la perdè poi. Qualche mese dopo l' incominciata alterazione, fu osservata una macchia di colore giallo-sudicio nella seconda concamerazione o fondo dell'occhio, ed apparentemente densissima, la quale oltrepassava per estensione tutta la circonferenza della pupilla, quantunque oltremodo dilatata. A poco a poco la cornea divenne di apparenza vitrea, quasi comparendo in alcuni punti mortificata. Ogni tanto si affacciavano dei corsi eresipelacei, i quali diffondevansi pure alla guancia e parti circumambienti. L' occhio dal più al meno si manteneva sempre injettato, ed i vasi presero anzi l' apparenza varicosa, come vedonsi rappresentati nella Tav. 8. fig. 1. La sclerotica protundeva in diversi punti, i quali avevano acquistato anzi un colore turchino-cupo, quasi minacciando di scoppiare.

Nel giugno 1829 il globo dell'occhio divenne la sede di ricorrenti e lancinanti dolori, mentre la testa non ne era neppur essa immune. L' incremento del bulbo oculare fecesi rapidissimo, talchè dal giugno suddetto all' epoca del massimo sviluppo acquistò la forma ed aspetto esattamente espressi nella già citata tavola e figura. Circa a questo periodo, agli esposti sintomi e caratteristiche della malattia, si aggiunsero le vertigini, e confusione momentanea, quasi leggieri accessi apopletici. Le principali protrusioni della cornea e sclerotica cedettero alla causa distendente, ed incominciò dalle medesime un quasi che continuo stillicidio sanguigno. I dolori lancinanti all'occhio, e quegli ottusi, che spesso guadagnavano la laterale parte del capo e guancia corrispondente al viscere affetto, erano tali da inquietare la malata al punto di augurarsi sovente la morte, e da cimentarsi a qualunque tentativo, quand' anco incerto pur si fosse.

A queste spontanee risoluzioni non esitai di aggiungere ai già esposti, quei giusti rilievi e pericoli che poteva incontrare un' operazione di non lieve importanza, molto più essendo la Marchetti in condizioni veramente sfavorevoli sotto altri rapporti. Credei in oltre mio dovere, dopo avere espressi candidamente tutti i dubbj che mi tenevano oscitante sul partito a prendersi, non nasconderle tampoco i non pochi cattivi eventi che la massima parte delle operazioni di tal genere, eseguite in malattie di simil natura, avevano conseguito, fra le mani pur anco dei più esperti professori: nè piacquemi neppure tacerle altri due casi da me osservati

e fatalmente finiti quantunque riconoscenti per cause uno un colpo sull'occhio, e l'altro un' insolazione. Ogni mio ragionamento doveva finalmente cedere alle più supplichevoli preghiere, ed alle replicate proteste ch' essa faceva, acciocchè mi determinassi ad esperimentare quell' unico tentativo (così essa si esprimeva sovente) che l' arte possedeva ancora quantunque incerto. Convocato allora il parere di qualche stimabile confratello dell' arte, dopo lunghe discussioni e ben sensate obbjezioni affacciatemi, riunite in fine ed accomunate le altrui alla mia opinione (mentre i cruciosi tormenti dell' inferma andavano giornalmente crescendo), premesso un purgativo, devenni alla totale demolizione del globo dell' occhio, la mattina dei 28 Ottobre 1829, assistito dall' esperto Sig D. Filippo Massai, e presenziato da altre rispettabili persone.

L'operazione non offrì alcun particolare che degno fosse di rimarchevole osservazione, tranne una non comune perdita di sangue, proveniente dall'arteria centrale dello *Zin*, che ci costò alquanta pena non solo a frenarla immediatamente, ma ancora a diminuirne il suo impeto coi così detti stittici od astringenti, col diaccio, ec., ma la compressione finalmente fatta con morvide fila (più valida di ogni altro mezzo) ci rese completamente vittoriosi dell'emorragia, checchè ne dica il Sig. *Travers*, riprovando altamente tal pratica, perchè in due casi ne ebbe tristo resultato.

Un semplice apparecchio contentivo, con fasciatura a monoculo, l'adattata posizione dell' operata, la privazione della luce, la quiete, le bibite refrigeranti, e la dieta assoluta, formarono tutto quel piano terapeutico, che le condizioni della Marchetti reclamarono fino al quarto giorno dopo la subita operazione, epoca nella quale fu alleggerita dalla prima parte dell' apparecchio suddetto.

Alcun sintoma febbrile, od altro spiacevole accidente, quantunque qualcuno degli accennati nella sintomatologia fu fedele compagno della malattia prima dell'operazione, mai più si riaffacciò nel corso della cura, né dopo la totale cicatrizzazione della parte, che si vedde completa li 5. Decembre, ossia 39 giorni dall' eseguita estirpazione (1).

La Marchetti dopo l'operazione godè fin che visse assolutamente perfetta salute, perciò che concerne la malattia di cui tenni lunghissimo argomento. Non così andò per altro degl'in-

---

(1) Le necessarie dilucidazioni sì relative all'occhio convertito in fungo ematode, (Tav. 8. fig. 1.) sempre in sito, quanto le altre appartenenti alla forma ed aspetto interno dell'occhio e fungo estirpato, il di cui pezzo patologico è tuttora da me conservato, saranno esattamente esposte alla fine dell'opera e nella corrispondente controtavola di spiegazione, che la riguarda. *N. del Tr.*

comodi relativi al fegato, che da molti anni preesistevano allo sviluppo del fungo, come fu accennato in principio dell'osservazione medesima. Diciotto mesi circa dopo l'operazione riaffacciaronsi gli assopiti sintomi della lenta epatite, per l'aggiunta di nuovi imponenti patemi d'animo, talchè non essendo la Marchetti dotata di una certa filosofica ragione per scemarli anzichè accrescerli, come di spesso gli accadeva, dopo lunga lotta, oppressa dai ripetuti e penosissimi patimenti, pagò finalmente il tributo alla natura consumata da atrofia, da febbre lenta, da idrope, spossata di forze ed emaciata.

*****

Necroscopia.

È ben naturale che in conseguenza dell'accaduto doveva in me nascere il desiderio di istituire sul cadavere della Marchetti quelle indagini, che con molta ragionevolezza potevammi fare sospettare un qualche nascosto germe analogo all' estirpato fungo. Incominciai pertanto ad anatomizzare il cervello col più minuzioso scrupolo, e nulla vi rinvenni che degno fosse di particolare rimarco, tranne i talami ottici, che non riuniti dalla pia-madre, come lo assicura *Meckel*, vi si osservava anzi un abbondante ammasso di quella sostanza grigia, detta *commessura molle*, della quale *Gunz* e *Morgagni* si appropriarono la scoperta. Niun'altra inormalità mi fu dato di scorgervi, ugualmente che nelle altre parti adiacenti e proprie del cervello e cervelletto.

I visceri della cavità toracica, comparvero nello stato di perfetta salute, se si eccettui il lobo destro del polmone pure destro, il quale in alcuni punti era adeso alla pleura succingente le coste corrispondenti per delle brighe piuttosto resistenti.

Aperto appena l'addome ne sgorgò copiosa quantità di fetentissima sierosità, sulla quale galleggiavano non pochi fiocchi e globuli di condensata albumina, di un colore giallo-verde. Liberata la cavità dal contenuto fluido, il fegato ipertrofizzato primeggiava sulle altre viscere sì pel suo enorme volume, quanto era rimarcabile per il particolare divaricamento del *soleo longitudinale sinistro*, il quale spostava in modo tale il lobo sinistro, che quasi simulava essere staccato dalle altre parti costituenti il fegato medesimo, tanto era spinto verso l'ipocondrio sinistro, da mettersi quasi che a contatto della milza, la quale trovai assai infiltrata di quella stessa sierosità che aveva riempito l'intiero vuoto della cavità addominale (1). Nel destro lobo, o lobo maggiore del detto fegato, e nella sua parte concava vi esisteva un enorme ascesso contenente parecchie libbre di densissima suppurazione mista a del sangue, e tramandante un insopportabile fetore. La rimanente sostanza del viscere, non compresa nell'ascesso, poco o nulla si scostava dal naturale, sì per la sua consistenza e volume, che pel colore, che era soltanto qualche grado più pallido del consueto. La cistifellea era straordinariamente distesa, e le pareti assottigliate, perchè distratte da gran copia di densa ed atra bile. Dessa conteneva in oltre cinque grossi calcoli di colestrina, che tre dei

(1) *Meckel* pure nella sua anatomia patologica dà un cenno delle forti incavature o divisioni, più o meno distinte e profonde del fegato. Vol. Tom. IV. p. 322. *N. del Tr.*

quali non erano minori di una comune avellana; ed uno di essi più piccolo, impegnava e quasi riempiva il dutto coledoco, che era assai aumentato di calibro.

Gl' intestini, le glandole del mesenterio, i reni uretri e la vescica, l' utero e sue dependenze nulla offrirono di particolare.

Da quanto fu da me fedelmente esposto sì in rapporto alla natura della malattia, che dell'andamento e successo dell' adottata cura, come pure dai resultati dell' autopsia cadaverica, giovami supporre che dagl' intelligenti ed imparziali figli di Esculapio non si vorrà ascrivere per causa della morte l' affezione fungosa per me fino in origine supposta locale, e tale poi confermata dalle ispezioni istituite dopo la morte sull' infelice Marchetti.

Pur troppo la storia patologica e le relazioni di queste formidabili e tuttora oscure malattie, non ci pongono sempre in grado di potere francamente decidere in pratica quando sono o no costituzionali, ad oggetto di anticipare o ritardare con felice successo un'operazione, od all'opposto, con certezza bastante incoraggiarci per essere attivi, o somministrarci pur anco un motivo per non far nulla. Un'importante istruzione può attingersi dagli interessanti casi ed osservazioni pubblicati dal Sig. *Langestaff*, e registrati nelle transazioni medico-chirurgiche, nei volumi 8 e 9.

Se male non mi appongo l' osservazione mia dimostra ad evidenza che a malgrado di alcune apparenze morbose in altre parti, non debbono sempre escludere la speranza di guarigione, di alcuni funghi; come molto meno lo stato il più avanzato del fungo ematode, limitato però ad un organo. Nulladimeno non può revocarsi in dubbio, che molte osservazioni hanno fatto conoscere che anco sotto le condizioni da me esposte l' ammalato n' è talvolta rimasto immediatamente vittima, o per lo meno la malattia si è riprodotta in parti lontane. Disgraziatamente tali esempj non sono neppure tanto rari. Non mancano dall'altro lato dei casi ove il fungo in alcune delle sue forme, o in certi tessuti, può strettamente essere circoscritto alla parte ove fa di se mostra, e restare quasi stazionario per diversi anni; e secondariamente, alcune parti con tutta l' apparenza d'essere così affette, sono state talvolta estirpate, senza che la malattia siasi riprodotta, durante un' epoca simile; e questi casi anzichè escludere assicurano l' operazione ogni volta che il fungo è in tal modo situato, e la costituzione sia favorevole al punto da permetterla.

Per vieppiù battere la strada la meno incerta in simili casi si consultino oltre le citate osservazioni di *Langestaff* gli scritti pure di *Burns*, di *Hey*, di *Saunders*, di *Wardrop*

di *Astley Cooper*, di *Travers*, di *Abernethy*, di *Scarpa*, di *Panizza*, la interessante ed erudita memoria del *Professor Pacini* di Lucca, quella del *Centofanti*, e con essi quanto fu detto in proposito da molti altri non comuni ingegni italiani e di altre nazioni. In tutti questi eccellenti lavori trovansi dilucidati degl' importanti punti teorico-pratici atti a distruggere, od almeno a indebolire quell'avversa e quasi che generale opinione (particolarmente invalsa fra noi) di non operare mai in casi simili.

Se la da me tracciata osservazione sarà lungi dallo spargere quella luce di cui tanto abbisogna un articolo tuttora avvolto in dense tenebre, voglio lusingarmi che almeno servirà di norma e d' incoraggimento ai meno intrepidi, i quali senza omettere le debite precauzioni, non abbandoneranno, io spero, con troppa leggerezza, nè si recuseranno di soccorrere chi in tempo reclamerà i sussidj dell' abile loro mano chirurgica. *N. del T.*

INDICE

DELLE MATERIE CONTENUTE

IN QUESTO SECONDO VOLUME

Delle malattie della Cornea.

Infiammazione semplice della Cornea. Pag. 243
Offuscamenti e macchie della Cornea . „ 246
Propulsione conica della Cornea . . . „ 260
Ernia della Cornea . . . . . „ 262

Malattie del cristallino.

Infiammazione del Cristallino, e della sua capsula . . . . . „ 264
Cateratta . . . . . „ 269

Malattie del corpo vitreo, e dell' umore acqueo.

Glaucoma . . . . . „ 346
Risoluzione del corpo vitreo. . . . . . „ 352
Idropisia dell' occhio . . . . . „ 353

Malattie delle parti interne del globo dell' occhio.

Iridite acuta . . . . . „ 362
Iridite cronica . . . . . „ 368
Iridite semi-acuta . . . . . „ 370
Anomalie o irregolarità della pupilla . „ 375
Obliterazione della pupilla . . . . . „ 377

MALATTIE DELLA RETINA E DEL NERVO OTTICO.

Infiammazione semplice della retina.

Retinite. . . . . . „ 395
Amaurosi . . . . . „ 396

Anomalie della vista.

Strabismo . . . . . „ 439
Obliquità dell' occhio o della vista. . . . „ 444
Miopia . . . . . „ 445
Presbiopia. . . . . . „ 449
Diplopia. . . . . . „ 450
Emiopia. . . . . . „ 451
Nictalopia. . . . . . „ 452
Emeralopia . . . . . „ 453
Miodopsia . . . . . „ 455
Fungo midollare della retina . . . . „ 457

ERRORI CORREZIONI

Pag	266	Lin. 26	eperimenta	esperimenta
«	277	« 38	dalla flemmasia	della flemmasia
«	270	« 38	della quale	dalla quale
«	277	« 41	ella luce	della luce
«	285	« 9	apporsi alla guarigione.	opporsi alla guarigione
«	286	« 28	l'ulcere	l'ulcera
«	290	« 33	fare non riuscire	non fare riuscire
«	291	« 36	idisincrasia	idisioncrasia
«	291	« 40	gli occhi neri sentissero	gli occhi ne rissentissero
«	293	« 23	gli operatori	gli oculisti
«	295	« 12	zolfo bruciato	il bruciamento dello zolfo
«	295	« 33	accade	si osserva
«	298	« 24	piaga della cornea	ferita della cornea
«	299	« 7	permittino	permettono
«	300	« 7	dell' aderenza	dall' aderenza
«	310	« 41	ha da venti ripinto	aveva da venti rispinto
«	312	« 38	la piaga	la ferita
«	320	« 14	della piaga	della ferita
«	324	« 10	grassa posizione	grossa porzione
«	325	« 18	sia stata seguito	sia stato accompagnato
«	328	« 21	scet ic smo	settici·mo
«	328	« 32	che restano dopo	che dopo restano
«	331	« 1	istallando	istillando
«	333	« 30	l'iride essio la retina	l'iride o la retina
«	349	« 13	attrazione	alterazione
«	255	« 19	aromatiche a calde	aromatiche calde
«	357	« 25	ne risente qualcuna	ne risente qualche altra
«	361	« 13	comparisce talvolta	compariscono
«	362	« 24	capsulaa nteriore	capsula anteriore
«	363	« 39	che comunemenie	che comunemente
«	364	« 21	pur anco	per anco
«	368	« 34	solito nero cupo	solito colore nero cupo
«	373	« 9	al di sotto delle risorse	al di sopra delle risorse
«	376	« 11	col solfato di zinco ad un infusione	col solfato di zinco, o coll'infusione
«	377	« 1	che è risultato	che è il resultato
«	382	« 11	bnarire questa malattia	guarire questa malattia
«	382	« 42	gnpilla artificiale	pupilla artificiale
«	383	« 24	vesezione della	resezione della
«	384	« 2	della ferita dell' umore	della ferita nell' umore
«	387	« 2	l'iride dal suo ligamento	l'iride del suo ligamento
«	409	« 13	acqua distillata ℥ vj	acqua distillata ℥ vj
«	411	« 3	acqua distillata ℥ j	acqua distillata ℥ j

ERRORI			CORREZIONI
«	444	« 9 spirito d' angelica composto ℥ j	spirito d' angelica composto ℥ j
«	444	« 15 quest'ultima sostanza, la polvere	quest'ultima sostanza, è la polvere
«	420	« 8 che da *Beer*	che a *Beer*
«	431	« 1 differiti direzioni	differenti direzioni
«	433	« 10 sani e pulti	sani e puliti
«	453	« 7 trascurare l' uso	trascurare l' uso
«	455	« 39 Poolesi	Podolesi
«	457	« 36 *Albernathy*	*Abernethy*

TRATTATO

TEORICO E PRATICO

DELLE

MALATTIE DEGLI OCCHI

DEL D. WELLER

CHIRURGO-OCULISTA NELLA CITTA' DI DRESDA

TRADOTTO DAL TEDESCO IN FRANCESE

SULLA TERZA EDIZIONE

DA F. J. RIESTER

ACCRESCIUTO DI NOTE

DA L. JALLAT, DOT. IN MEDICINA

PRIMA VERSIONE ITALIANA

ARRICCHITA DI NUOVE ANNOTAZIONI

DI OSSERVAZIONI PRATICHE

E DI QUALCHE TAVOLA

DAL

Dott. Pietro Caddei

Medico - Chirurgo in Livorno, uno dei ventitrè fondatori della Società Medica, e membro onorario dell'Accademia Labronica di detta città, Socio corrispondente della Società Medico - Chirurgica di Bologna, della medico-Fisica Fiorentina, dell' Accademia Reale delle scienze di Parigi ec. ec.

TOMO III.

LIVORNO

TIPOGRAFIA VIGNOZZI

1834.

Dr. Luigi Longhi

MALATTIE

CHE ATTACCANO CONTEMPORANEAMENTE

LE PARTI OPACHE E LE TRASPARENTI

DELL' OCCHIO.

Infiammazione esterna semplice del globo dell' occhio.

Ophthalmitis externa, o meglio ottalmia esterna (1).

Questa ottalmia si presenta frequentemente; gli autori la designano secondo la sua intensità e la sede, sotto i nomi di *ottalmia leggiera*, di *ottalmia angolare-tarassi*, altrevolte sotto quella di *chemosi*, di *ottalmia secca*, ec.

La sede di quest' infiammazione è la congiuntiva oculare, la cornea e la sclerotica, specialmente nella sua parte anteriore.

Si può distinguere quest' infiammazione in due specie principali che differiscono particolarmente sotto il rapporto dell' intensità. Il grado il più leggiero è chiamato *tarassi*, ed il più violento *chemosi*.

Tarassi. Il grado leggiero di un'ottalmia esterna semplice potrebbe essere facilmente confusa coll'ottalmia catarrale, se questa non fosse sempre accompagnata da blefarottalmia glandulosa molto più avanzata, essendo l' affezione infiammatoria delle glandole delle palpebre molto più rara, od almeno molto più debole nell' ottalmia esterna semplice.

Si riconosce il tarassi semplice ai seguenti sinto-

(1) È a torto che si crede (*Benedict, Handbuch der practischen Augenheilkunde*, 1. B. Leipz. 1822, S. 305.) che questa infiammazione debba essere riguardata come la forma primitiva di tutte le ottalmie, e ch'essa preceda tutte le altre infiammazioni del globo dell' occhio; poichè le flemmasie dell' iride, del cristallino, della retina ec. ponno essere puramente locali, senza che alcuna di esse offra i fenomeni che caratterizzano l' *ottalmia esterna*.

mi: il malato sente immediatamente la sensazione di una leggiera pressione nell' occhio; quest'organo incomincia a doventare rosso e lagrimoso, ma questo rossore non si presenta subito che negli angoli dell'occhio, particolarmente verso l'interno. È questo leggiero grado di *tarassi* che ha ricevuto il nome di *ottalmia angolare*. Il rossore, la tensione, la lagrimazione ed il dolore aumentano; vi si aggiunge talvolta un leggiero grado di fotofobia, e si vede distintamente che non solo la congiuntiva del globo dell'occhio, ma ancora la sclerotica diventa la sede dell'infiammazione. Il malato non risente aumento di dolore se non quando muove le palpebre, o allorchè in generale gli eccitanti esterni spiegano la loro azione sull' occhio; nelle infiammazioni specifiche, al contrario, vi sono delle esacerbazioni periodiche, che sopraggiungono senza causa estrinseca visibile. Egli è raro che la trasparenza della cornea sia intorbidata, ammeno che non sia stata interessata da' corpi estranei, o che il *tarassi* non sia degenerato in *chemosi*.

Allorchè si è giunti ad allontanare le cause della malattia, e che essa è arrivata al suo secondo periodo, i fenomeni da noi enumerati diminuiscono gradatamente ed insensibilmente; il solo rossore continua sovente a fare dei progressi ed a prendere un colore più cupo. Comparisce una piccola secrezione di muco che ha la sua sede, meno nelle glandole *meibomiane* di quello che nella congiuntiva palpebrale infiammata. Finalmente il rossore diminuisce ugualmente, ma persiste ancora per qualche tempo verso le commettiture.

Le cause di quest'infiammazione sono per lo più il contatto dei corpi estranei, qualcuno dei quali esercita un'azione puramente meccanica, come la polvere, la sabbia, delle particelle di legno o di ferro; ec., e finalmente alcune hanno un'azione chimica, come gli acidi, la potassa caustica, ec. Talvolta s' incontra non ostante anco il tarassi semplice nelle febbri infiammatorie, o inseguito di congestioni sanguigne verso la testa.

Il prognostico del tarassi semplice è costantemente favorevole, ammeno che dei corpi estranei non abbino prodotto delle esulcerazioni considerabili della cornea;

poichè può allora rimanere un' opacità, e delle macchie incurabili di questa membrana, il prolasso dell' iride, e l' obliterazione della pupilla.

Nei casi più semplici, dopo l'allontanamento delle cause esterne, la cura si riduce all' applicazione di acqua fredda, con o senza l' aggiunta di acetato di piombo liquido. Se l' infiammazione è, al contrario, più violenta, se esiste la fotofobia, e se vi ha a temere che la malattia passi allo stato di chemosi, bisogna indipendentemente dalle applicazioni fredde, fare ricorso ai salassi generali e locali. Si può tenere la medesima condotta con vantaggio, pur anco nei gradi leggieri, se il malato è robusto e pletorico, o se il tarassi è prodotto da congestioni verso il capo, o dalla soppressione di qualche emorragia.

Nel secondo periodo, che si riconosce all'aumento della secrezione mucosa, bisogna applicare i topici tiepidi. Io posso qui raccomandare particolarmente le dissoluzioni di solfato di zinco, di pietra divina, dell' acqua contenente dell' acetato di piombo. È necessario che queste dissoluzioni sieno molto leggiere, e nella proporzione di un grano sopra due once di acqua, se si vuole che l'infiammazione si dissipi in brevissimo tempo. Se la congiuntiva è un poco rilasciata, si può aggiungere vantaggiosamente una piccola quantità di laudano liquido del *Sydenham*.

Chemosi. Allorquando il *tarassi* passa allo stato di *chemosi*, i dolori, il rossore e la tensione aumentano nel primo periodo; le reti vascolari, che prima erano isolate, sono rimpiazzate da un rossore carico ed uniforme; la congiuntiva incomincia a tumefarsi, i movimenti dell' occhio e delle palpebre sono dolorosi, e la cornea perde molto della sua trasparenza, quantunque non può dirsi che sia opaca. Il dolore si propaga di più in più ed insensibilmente fino al capo; scompariscono talvolta anco de' sintomi che non lasciano più alcun dubbio sull' esistenza dell' infiammazione dell' iride; l' immobilità del bulbo dell'occhio, la fotofobia e l'aridità aumentano; verso la fine la secrezione lagrimale si sospende quasi intieramente, e costituisce quello stato che fu chiamato, con ragione,

xerottalmia o *xeroma*; la congiuntiva che ricuopre la sclerotica è ingrossata, e potrebbe essere paragonata ad un pezzo di drappo scarlatto, formante un cercine (1) intorno alla cornea che giornalmente perde della sua trasparenza, ed acquista un colore grigio-rossastro. Quest'opacita impedisce di distinguere l'iride e la pupilla, da cui ne resulta che la vista è debolissima; il globo dell'occhio è immobile, e la malattia si associa ad una febbre infiammatoria.

Sintomi del secondo periodo. Il tumore della congiuntiva aumenta gradatamente di volume ed acquista il colore rosso-carico; la cornea imbianchisce, ingiallisce in seguito, e forma finalmente un vero ascesso. La suppurazione essendo al suo termine il bulbo resta immobile, biancastro, indurito, e presentando dei ristringimenti in differenti punti. La terminazione di questa specie di tise o di consunzione purulenta del globo dell' occhio, dev' essere scrupolosamente distinta dallo stato che produce l' atrofia dell'occhio medesimo.

Etiologia. Quest'infiammazione è per lo più prodotta dalle lesioni dell'occhio, o da corpi estranei introdotti fra il globo dell'occhio e le palpebre. Allorchè la congiuntiva dell' occhio è stata ferita da una pecchia, o da una vespa, e che il dardo è rimasto nella ferita, l' infiammazione si eleva ad un grado altissimo di violenza, e degenera qualche volta in ottalmite generale sommamente pericolosa.

Quando la chemosi semplice non è molto violenta nel suo primo periodo, se l'iride non partecipa della flemmasia, e che il pus non sia formato, il medico può spesso sperare di conservare non solo la forma dell'occhio, ma ancora ripristinare la vista. Ma se la malattia esiste in un bambino molto sensibile, e che il medico sia interpellato troppo tardi, la malattia passa immediatamente al secondo periodo, ed allora il prognostico è necessariamente gravissimo; poichè se esiste di già un ascesso nella cornea, la vista ed in parte la forma dell' occhio sono per sempre perduti. Allorchè si vedono dei punti di suppurazione nella circonferenza della

(1) Ved. Tav. III., fig. 6.

cornea, spesso il medico non può neppure conservare la forma dell' organo per surrogarne uno artificiale. Generalmente si riesce di rado a conservare completamente la vista e la forma dell' occhio, quando la chemosi è giunta al suo secondo periodo.

Cura del primo periodo. È a quest' epoca che conviene usare la cura antiflogistica in tutta la sua estensione. I salassi portati fino alla lipotimia nelle persone pletoriche, le sanguisughe alle tempie, delle scarificazioni fatte sulla congiuntiva tumefatta, e, quando il tumore è molto voluminoso, l'eccisione parziale di questa membrana, sono tutti mezzi moltissimo preconizzati. Si fanno in seguito delle applicazioni di acqua con o senza una leggiera dissoluzione di acetato di piombo. Si amministra internamente il calomelano combinato col nitro a dosi molto forti ad oggetto di provocare quattro o cinque egestioni ogni giorno: questa medicatura conviene ugualmente agl'individui di debole costituzione, che non tollerano affatto i salassi abbondanti. Non bisogna trascurare i senapismi alla nuca ed alle braccia, ed i piediluvi irritanti. È inutile repetere che il regime e le precauzioni particolari che si devono prendere per gli occhi, devono essere in armonia colla esposta medicatura.

Ma allorquando l' infiammazione è giunta al secondo periodo, bisogna combattere la suppurazione coi mezzi locali e generali. Si applicano a quest'epoca dei sacchetti di erbe aromatiche, secche e calde, la superficie dei quali si frega in seguito con della canfora; si usano pure delle dissoluzioni di pietra divina con acetato di piombo; si toccano, se è necessario, le superficie in suppurazione col laudano liquido del *Sydenham*, che nei casi urgenti si combina col balsamo di vita d'*Hoffmann*. Nel tempo istesso si può continuare il calomelano; ma allorquando può supporsi che l' affezione non ha più il carattere inflammatorio, e che sopraggiunge un certo stato di torpore, si esibisce internamente la china coll' etere, od altri stimolanti tonici, e volatili, e si prescrive un regime analetico. I punti di suppurazione che si sviluppano nella circonferenza della cornea devono essere aperti colla

lancetta, ad oggetto d'impedire che si estendino maggiormente.

Ottalmite interna.

Infiammazione interna e semplice del globo dell'occhio, cominciante dalla retina. Ophthalmitis interna (1).

Sintomi del primo periodo. Il malato soffre un dolore ottuso, gravativo e tensivo in tutto il globo dell' occhio; questo dolore diventa maggiormente sensibile, si propaga rapidamente al di sopra dei sopraccigli fino al sincipite; si manifestano dei sintomi di fotopsia; esiste diminuzione di vista, ristringimento uniforme della pupilla, che s'intorbida: tali sono i primi sintomi di questa spaventevole infiammazione. Allorchè la vista è rimasta perfettamente abolita, la pupilla si chiude in totalità (2). Il malato continua a vedere delle scintille e della fiamma, e l'iride di bigia o bleu che era, diventa verdacchia; se era bruna o nera, acquista il colore rossastro, si tumefà, sporge in avanti verso la cornea, e diminuisce conseguentemente d'assai lo spazio della camera anteriore. A misura che questa tumefazione dell' iride ha luogo, il malato và soggetto a delle cefalalgie atroci, la sclerotica e la congiuntiva si arrossiscono, la cornea perde la sua lucentezza, e ne sopravviene la febbre inflammatoria.

Sintomi del secondo periodo. Mentre che il malato sente nell' occhio un dolore pulsativo ineguale, accompagnato da pesezza e freddo, la congiuntiva oculare si tinge ogni giorno più in rosso; dei continui brividi si fanno sentire, e si vede tutto ad un tratto del pus nella parte inferiore della camera anteriore dell' occhio (*hypopium*), che cambia di posizione nei diversi movimenti del capo. Se il pus si accumula in maggior copia, e che la malattia sia trascurata, la

(1) L'infiammazione limitata alla retina, la *retinite*, è di già stata esposta e descritta sotto questo titolo.

2) Ved. Tav. III. fig. 7.

cornea si fa prominente, diventa conica, e termina per rompersi in mezzo ai dolori i più atroci, che cessano in seguito poco a poco, allorchè il bulbo oculare si è concentrato su se stesso. Se verso la fine del primo periodo la pupilla non si è completamente obliterata, si ponno allora scorgere per mezzo di una lente, dei filamenti di linfa plastica, che si presentano sotto la forma di una reticella nel mezzo della quale si distinguono in seguito anco dei piccoli grumi di pus che non sono stati assorbiti, ed i quali chiudendo talvolta completamente la pupilla, rappresentano l'accidente di cui noi abbiamo parlato trattando dell'obliterazione di quest' apertura, sotto il nome di *cateratta spuria purulenta*.

Le cause di questa flemmasia sono poco numerose, perciò essa è rarissima. Una delle più importanti consiste negli sforzi che si fanno per vedere degli oggetti piccolissimi e lucidi. Codest' affezione viene talvolta in seguito delle soppressioni di emorragie, dietro delle operazioni eseguite sull'occhio, ed in conseguenza delle encefaliti e delle meningiti.

Il prognostico può ancora essere favorevole, nel primo periodo, fino a che la pupilla non è perfettamente ristretta, e che la vista non è per anco molto diminuita; è all' opposto infausto se la vista sembra estinta. Allorquando la pupilla è assolutamente chiusa il malato resta cieco per sempre. Se la malattia, a questo periodo, non è conosciuta, è trascurata, o medicata poco opportunamente, essa degenera in ottalmite generale pericolosissima.

Il prognostico, nel secondo periodo, è costantemente cattivissimo per ciò che concerne la vista, poichè essa è irrevocabilmente perduta, e non v' ha se non che la forma dell' occhio che spesso possa essere ancora conservata. Ma quando l'infiammazione è passata allo stato d' ottalmite generale, ne resulta quasi costantemente un'orribile deformità del globo dell'occhio.

La cura del primo periodo dev' essere assolutamente analoga a quella dello stesso periodo dell' ottalmite generale, che noi esporremo in seguito; in quella

come in questa non convengono le scarificazioni sulla congiuntiva.

La cura del secondo periodo rassomiglia pure a quella del secondo periodo dell'ottalmia generale, ma vi corre qualche differenza. I cataplasmi caldi non devono essere applicati se non che dietro moltissime precauzioni. Se esiste del pus nella camera anteriore, nulla vi è a fare di meglio se non che favorire l'assorbimento: si sopprimono a tal uopo i cataplasmi, si fanno tre o quattro volte per giorno delle frizioni mercuriali al di sopra dei sopraccigli; si esibiscono internamente delle forti dosi di calomelano, come fu già da noi raccomandato parlando dell' *iridite*, e della *chemosi*. Si usano le fomente calde asciutte, si applicano degli epispastici, ora dietro gli orecchi, ora alle tempie, s' istilla nell' occhio del laudano liquido del *Sydenham*, tre o quattro volte ogni giorno per mezzo di un pennello finissimo da miniatore, e non bisogna decidersi ad aprire l'occhio colla lancetta se non quando minaccia di rompersi. Se quest' operazione è eseguita più presto, ne viene che non si può conservare abbastanza della sua forma per potervi apporre un occhio artificiale. Se l' apertura dell'occhio è stata giudicata indispensabile, si facilita lo scolo del pus denso per mezzo dell'istillazione del decotto di malva calda, che già fu raccomandato da *Janin*.

Stafiloma della cornea

Staphyloma corneae (ΣΤΑΦΥΛΗ *uva, grappolo d'uva.*)

Allorchè in seguito d'infiammazione la cornea perde la sua naturale trasparenza, si tumefà all' interno ed esternamente; quando l' iride essendo stata accresciuta di volume dall' infiammazione, si avanza essa pure anteriormente; allorquando queste due membrane infiammate hanno contratta aderenza fra di loro, e che la flemmasia non ha sospeso la secrezione dell'umore acqueo, che ha principalmente luogo nella camera anteriore dell' occhio, si presenta allora la malattia del-

la quale noi parleremo (1). Se l' iride è aderente in tutta la sua estensione alla cornea, ne resulta uno stafiloma generale; ma se codest' aderenza è circoscritta ad una porzione considerabile della cornea che sporge in avanti, ne viene uno stafiloma parziale. Gli stafilomi generali variano sotto il rapporto della forma; poichè se l' infiammazione non ha distrutta se non che la camera anteriore, se l' aderenza della faccia anteriore dell'iride colla faccia interna della cornea ha luogo in tutta la superficie di queste membrane, ne resulta lo stafiloma totale o generale che ha una forma sferica (*staphyloma corneae totale sphaericum*), per la ragione che l' umore acqueo continuando ad essere secreto distende uniformemente la cornea *stafilomatosa* (2). Siccome nel tempo stesso l' assorbimento di quest'umore, che ha luogo particolarmente nella camera anteriore, si trova sospeso, perchè la cavità non esiste più, accade talora che lo stafiloma sferico aumenta vieppiù, e finisce per rompersi (*rhexis oculi*); allora la deformità stafilomatosa scomparisce per qualche giorno, ma non tarda molto a rifare mostra di se come nello stato precedente. Se codest'accidente si repete spesso, lo stafiloma può degenerare e reclamare una pronta operazione. Ma se, indipendentemente dall' aderenza fra l' iride e la cornea, l' uvea è pure perfettamente unita alla capsula del cristallino, se per conseguenza le due camere dell' occhio sono distrutte contemporaneamente, si forma uno stafiloma generale conico (*staphyloma corneae totale conicum*) che non può mai acquistare un volume sì considerabile da paragonarsi a quello che si osserva nello stafiloma sferico, poichè la secrezione dell'umore acqueo nella camera posteriore è più o meno completamente soppressa.

In generale, lo stafiloma acquista un certo volume poco tempo dopo la sua comparsa: s' arresta in seguito, oppure continua a svilupparsi. Le conseguenze ordinarie di questa malattia sono: la cecità, una grande

(1) Ved. *J. Beer's* Ansicht der staphilomatæsen Metamorphosen ec.

(2) Tav. III, fig. 8.

deformità, delle frequenti infiammazioni, la lagrimazione continua, ec. Nell' impossibilità in cui si trova il malato di ricuoprire intieramente l'occhio colla palpebra, ne resultano sovente delle ulcerazioni; e talvolta l' occhio sano pure è affetto simpaticamente. Gli stafilomi di un volume considerabile rispingono la palpebra inferiore in fuori, e danno luogo per lo più alla formazione di un ectropio. Gli stafilomi generali, quelli che particolarmente sono conici, hanno talora la tendenza a degenerare in carcinomi; in questo caso l'occhio è quasi sempre la sede d'infiammazione, lo stato varicoso dell' occhio và crescendo, i dolori non si limitano più come precedentemente a quest'organo, ma si estendono spesso a gran parte del capo; e non bisogna evitare in simili circostanze, la causa esterna la più leggiera atta a suscitare la degenerazione cancerosa, dietro la quale può soccombere il malato.

Sono degne di osservazione le diverse opinioni dei medici d' Europa par essere discordi sull' origine di questa malattia, e quanto poco essi si sieno pure accordati fino ad ora sulla natura dello stafiloma generale. È a *Beer* che dobbiamo professare riconoscenza per avere fissate le idee incerte e vacillanti che si avevano su questa malattia. Quantunque io sia convinto in generale dell' esattezza delle vedute del mio antico precettore, non posso risparmiarmi di aggiungervi i seguenti rilievi, che sono il resultato della mia particolare esperienza.

Lo stafiloma può svilupparsi in due differenti modi. L' esatta cognizione di questi due modi di presentarsi è ugualmente interessante pel prognostico e per la cura profilatica e curativa di codesta malattia; è perciò ch' io entrerò in qualche dettaglio sù questo soggetto.

Prima specie. Lo stafiloma della cornea può svilupparsi in seguito d' infiammazioni blenorroiche della faccia anteriore del globo dell' occhio; in questo caso si forma nel seguente modo: la cornea diventa subito la sede di suppurazione superficiale che occupa talvolta una parte, altrevolte la totalità di questa membrana; la suppurazione distrugge poco a poco e l' una dopo

l'altra le lamine della cornea. Ciononpertanto siccome la formazione del pus non tiene un andamento uniforme su tutti i punti, accade talora che la cornea non è traforata se non che da una piccola apertura. L'umore acqueo sorte subito in poca quantità attraverso la detta apertura, in modo che la camera anteriore continua ad esistere, poichè la secrezione di quest'umore può anco rimpiazzare la perdita che ha luogo dall'apertura della cornea. Se, a quest'epoca, non s'arrestano i progressi della malattia, e che l'apertura aumenti, quantunque con lentezza, l'umore acqueo scola al di fuori in maggior quantità; l'iride senza formare prolasso, si applica più o meno contro la parete interna della cornea ch'è infiammata, la camera anteriore si oblitera, ed il cristallino si avvicina di più all'uvea, avvicinamento che è sommamente favorito dall'azione dei muscoli dell'occhio. Poco dopo, l'infiammazione della parete posteriore della cornea aumenta; l'iride non essendo abituata alla nuova posizione che l'avvicina alla sede della malattia, e trovandosi per questa ragione ancora più esposta all'azione delle cause determinanti dell'infiammazione, non tarda ad infiammarsi egualmente subito nella faccia anteriore; la secrezione dell'umor acqueo nella camera anteriore dell'occhio diminuisce, e cessa finalmente affatto; la faccia anteriore dell'iride, essendo infiammata, contrae delle aderenze colla faccia posteriore della cornea, aderenza che diventa naturalmente ogni giorno più intima per i progressi dell'infiammazione. Se, a questa epoca la malattia è guarita, sia colle forze della natura, sia con i mezzi dell'arte, la ferita della cornea si chiude ed è rimpiazzata da una cicatrice biancastra, o di un grigio-bianco rassomigliante allo smalto. Tali sono le condizioni per la formazione di uno stafiloma della cornea, come furono già indicate da *Beer*. In questo caso lo stafiloma è sferico; può ingrossare in seguito, ed anco rompersi; ma raramente determina uno stato varicoso considerabile dei vasi, particolarmente di quelli che sono situati nella profondità dell'occhio, ammeno che questo stato non sia favorito da altre cause che esistono di già, o che sopraggiungono

successivamente. Il malato conserva comunemente con questo stafiloma generale sferico la facoltà di distinguere bene la luce.

Ma se, a condizioni uguali d'altronde, l'apertura della cornea s'ingrandisce più rapidamente, e che l'umore acqueo scoli con maggior veemenza, accade di ordinario che l'iride colla sua faccia anteriore si applica contro quella posteriore della cornea, penetra nella piaga di quest' ultima membrana, e vi contrae aderenza coi bordi dell'ulcera. Questo strangolamento di una porzione d'iride è causa ch'esso sia più o meno teso; da ciò resulta che non è in contatto colle altre porzioni della faccia posteriore della cornea che si trovano allora lontane dalla parte strangolata. Se, a quest' epoca, il malato guarisce o colle forze della natura o con i presidj dell' arte, la cornea si cicatrizza, la parte erniosa dell' iride si ricuopre di una massa solida biancastra, o turchiniccia che indurisce di più in più, in modo tale che resta alla superficie della cornea, secondo che il prolasso dell'iride è stato più o meno considerabile, una specie di tubercolo più o meno voluminoso: è questo stato che noi designiamo sotto il nome di *stafiloma parziale della cornea.*

È inutile di rammentare che, in questo caso, la cornea può ancora essere in parte trasparente; che la pupilla può esistere, e servire più o meno alla vista. Allorquando codest' apertura non esiste più, è spesso possibile di farne una artificiale, ciò che diventa impossibile allorchè la cornea è tutta occupata dalla cicatrice.

Ma se, durante lo sviluppo di uno stafiloma generale sferico, l'infiammazione e la suppurazione continuano, cioè se la malattia non guarisce, quando tutte le condizioni per la formazione di questo stafiloma esistono, se l'infiammazione, lungi dal rallentarsi, si propaga dall' iride alla capsula ed al cristallino, e che questo corpo contrae coll' iride un'aderenza che oblitera completamente la pupilla di già ristretta, ne resulta che, malgrado i progressi che potrebbe fare la suppurazione della cornea, codest' aderenza si oppone alla caduta e sortita del corpo vitreo e del cristallino.

Ma allora ne siegue necessariamente la propulsione del cristallino che è rinchiuso da ogni parte e dall'iride, propulsione che è pur anco favorita dall'azione dei muscoli dell'occhio. Se la guarigione si effettua allora, la superficie esterna del tumore conoide si cicatrizza, e ne resulta ciò che noi designiamo sotto il nome di stafiloma generale conico (*staphyloma corneae totale conicum.*) La percezione della luce esiste ordinariamente in questi casi, ma dessa è molto meno viva che in quelli di stafiloma sferico.

Specie seconda. Il secondo modo di presentarsi dello stafiloma è molto più raro: una violenta infiammazione, che è accompagnata da tutti i segni della intensa iridite, si sviluppa ad un tempo nell' iride e nella cornea, più spesso per metastasi, in seguito di ripercussione d' esantemi della cute capillata, ec. La pupilla si contrae, i differenti punti del suo bordo libero diventano aderenti fra loro, l'uvea si unisce alla capsula cristallina, l' iride tumefatta si ravvicina alla cornea, e diminuisce per conseguenza la capacità della camera anteriore; la cornea dopo essere divenuta opaca si tumefà ugualmente in fuori che in dentro; la infiammazione aumenta d' intensità; la secrezione dell' umore acqueo diminuisce nella camera anteriore e nella posteriore, e cessa finalmente affatto. L' iride e la cornea essendo messe in contatto, incomincia a stabilirsi un'aderenza fra queste due membrane; ma prima ch' essa sia completa, la malattia passa al secondo periodo, durante il quale la cornea tende vieppiù a suppurare, si rammollisce, oppure si squarcia. Nell'uno come nell'altro caso la capsula cristallina, intimamente unita all' iride, è spinta in avanti dall'azione dei muscoli dell' occhio, da cui resulta la formazione di un tumore conico. Se in questo momento si giunge ad arrestare i progressi della malattia (1), ne deve necessariamente resultare uno *stafiloma generale conico.*

(1) È molto raro che in simili circostanze gli sforzi della natura abbandonati a se stessi possino avere una tendenza favorevole, poichè questo non accade se non se dopo la completa dissoluzione dell' occhio.

Il malato affetto da questo stafiloma è privo di ogni percezione di luce, l' intensità della malattia essendo stata troppo forte perchè essa abbia potuto rimanere circoscritta alla metà anteriore del globo dell'occhio. Sono per lo più i sintomi di questa natura che si accompagnano ad uno stato varicoso molto considerabile dei vasi dell' occhio, e che presentano spesso degli accidenti infiammatorj che non possonsi attribuire ad alcuna causa estrinseca,neppure alla distensione stessa del bulbo che non esiste più in questa specie.

Io mi sono più volte convinto coll'autopsia, che, in tutti gli stafilomi della cornea, codesta membrana, ed anco l'iride hanno sempre subìto un condensamento, od un assottigliamento; che la massa rappresentante il globo dell' occhio disorganizzato per metà è, in generale, più molle poco tempo dopo l'origine della malattia, e che aumenta di densità in seguito.

Del rimanente, bisogna guardarsi dal confondere, come è stato fatto non ha molto, lo stafiloma generale conico della cornea coll' ernia generale di questa membrana, nella quale l' iride ha conservata tutta la sua integrità, e la cornea sola è spinta in avanti. Non si deve più confondere lo stafiloma vero con una cicatrice che si estendesse su tutta la cornea senza propulsione di questa membrana. Per evitare codest'abbaglio bisogna esaminare la malattia con tutta la possibile attenzione, e non trascurare i segni caratteristici seguenti: Nell' uno come nell' altro caso i malati scorgono ancora bene assai la luce ed i colori, ma tale percezione aumenta manifestamente tosto che l' occhio affetto è all'ombra, mentre che l'oggetto od il punto sul quale si dirige è illuminatissimo. All'opposto, la facoltà di distinguere i colori è per lo più completamente perduta al momento che l'occhio è esposto ad una luce forte, particolarmente se l'oggetto colorato è posto all'ombra. Questo segno manca nello stafiloma generale sferico; i malati sono in certo modo avidi della luce, in particolar modo se ambo gli occhi sono attaccati da stafiloma.

Del rimanente, la cornea affetta da stafiloma è più molle e più grossa allorquando la malattia è re

cente e se esiste nei fanciulli; essa è all'opposto, più dura e più sottile quando lo stafiloma è antico, ed allorchè si manifesta in soggetti avanzati: il suo colore è alle volte bianco, grigio-biancastro, grigio-turchiniccio o rossastro. Gli stafilomi parziali della cornea occupano ordinariamente la parte inferiore di questa membrana (1) (Tav. III, fig. 9.)

Codesta malattia è principalmente prodotta dalle ottalmie comparse durante il vaiolo, la rosolia, od in conseguenza dell' ottalmo-blenorrea scrofolosa, dopo l' ottalmia dei neonati, o dietro certe lesioni dell' occhio, ec.

Prognostico. Se la vista sussiste ancora con uno stafiloma parziale della cornea, è probabile di guarire quest' affezione e di conservare la vista nello stato di imperfezione nel quale essa si trova, ma non di migliorarla. Se la vista è affatto perduta per l'esistenza di uno stafiloma parziale, si può, se non esistono vasi varicosi nell' occhio, asportare il tumore prominente della cornea; ma è impossibile però di ristabilire la vista. Se l' occhio è all' opposto nello stato varicoso molto avanzato, l' uso de' caustici, che guariscono ordinariamente le varici, ha per resultato la distruzione completa dell' occhio. Nel caso di stafiloma generale, non solo non si può sperare di ristabilire la vista, neppure al minimo grado, ma quando ancora questa affezione è accompagnata da cirsottalmia giunta ad uno sviluppo considerabile, l' esistenza del malato è in pericolo, poichè in simili circostanze una leggiera contusione può dar luogo a delle terribili exottalmie, ec.; bisogna pure astenersi dal distruggere coll' operazione

(1) Se per *stafiloma* non s'intende designare la distensione e l'assottigliamento di alcune membrane dell'occhio, come si pensava un tempo, si avranno ancora degli *stafilomi della sclerotica:* in esempio, come quando questa membrana si trova spinta in avanti dà dei tumori varicosi sviluppati nella coroide. *Scarpa* non ha giammai riscontrati questi stafilomi alla faccia anteriore del bulbo dell' occhio, ma per altro in due casi (certamente rarissimi) li vide nella faccia posteriore, fuori del punto ove il nervo ottico penetra attraverso la sclerotica. (Ved. l' opera di *Scarpa*, vol. II. pag. 148 ec.)

ogni specie di stafiloma generale di questa natura. Il prognostico è ordinariamente più favorevole nei casi di stafilomi generali sferici, di quello che in quelli la di cui forma è conica. Tutte le varietà di stafilomi ponno non interessare che un solo occhio od ambedue ad un tempo (1). Del rimanente, il loro corso è variabile, poichè alle volte essi acquistano ad un tratto un certo volume e si arrestano poi; altre volte crescono gradatamente fino a che non finiscono colla rottura della cornea, e spesso degenerano in una massa carnosa, che aumenta di volume, e reclama l'estirpazione completa dell' occhio.

Si applicavano una volta dei topici astringenti per la guarigione degli *stafilomi parziali della cornea*: si è vantato l'acido nitroso, il solforico, la pietra infernale; si è per fino giunti a raccomandare come rimedio specifico il butirro d' antimonio, e non è senza ragione che quest' ultimo medicamento è stato preconizzato da *Beer*. Se l' occhio non è molto sensibile, e non presenta dei vasi varicosi, si tocca la sommità dello stafiloma parziale con un pennello finissimo, leggermente imbevuto di butirro d' antimonio, tenendo aperte le palpebre, fino a che il punto toccato non si è trasformato in un'escara bianca, sulla quale si passa tosto un pennello più voluminoso bagnato nell' acqua o nel latte, ad oggetto di non lasciarvi alcuna particella di caustico. Non si ricorre all'uso di questo mezzo se non quando l' infiammazione che ne è resultata è perfettamente dissipata, e dopo la caduta dell'escara. Si deve evitare l' uso delle pomate irritanti, ed in generale, tutti i mezzi che hanno sull' occhio un' azione molto estesa.

Gli stafilomi parziali che si sono formati, e che sono ancora molli, possono talvolta essere distrutti o diminuiti bagnando l' occhio ammalato nell'acqua alla temperatura del ghiaccio.

(1) *Wardrop* (l.c, p.9) ha osservato uno stafiloma interessantissimo in ambo gli occhi; un' occhio ferito da istrumento pungente divenne stafilomatoso, e l' altro pure subì la medesima alterazione.

Non si può guarire uno *stafiloma generale della cornea* se non se coll' operazione; e fra le diverse bisogna dare la preferenza al metodo di *Beer* su tutti gli altri. Codesto celebre medico-oculista ne ha ottenuti i più grandi vantaggi, giacchè è giunta a fare scomparire la deformità, a far cessare il dolore ugualmente che gli altri accidenti, ed a rendere possibile l' applicazione di un occhio artificiale. Si prende un coltello da cateratta di *Beer* più largo dell' ordinario (Tav. V, fig. 6.) s' introduce verso l' angolo esterno dell'occhio ed alla base della porzione di cornea affetta da stafiloma, come proponendosi di fare l' estrazione della cateratta. Si fa sortire in seguito la punta dell' istrumento verso l'angolo interno, precisamente dal lato opposto a quello dal quale è penetrato, e si termina la sezione del lembo facendo scorrere orizzontalmente l' istrumento, come si è indicato per l' estrazione della cateratta. L'aiuto che durante tutto questo tempo tiene elevata la palpebra superiore col dito indice o medio, o coll'uncino d'argento di *Richter*, (se lo stafiloma è piccolissimo, e se il malato si agita molto) non deve lasciare cadere la palpebra allorchè la sezione è fatta, perchè l'operatore, prendendo tosto il lembo dello stafiloma con una pinzetta, ne deve fare la resezione in un sol colpo, colle cesoie di *Daviel*, procurando di non fare delle pressioni sul bulbo dell' occhio, ad oggetto di non favorire la sortita del cristallino e del corpo vitreo. Dopo quest' operazione l'assistente lascia cadere la palpebra superiore, che non dev'essere più aperta se non che dopo la guarigione. Nell'operazione dello stafiloma conico, non si può mai conservare il cristallino nè l' umor vitreo, poichè la sezione si eseguisce dietro il primo di questi corpi. In simili casi bisogna pure afferrare lo stafiloma con un uncino fino dal principio dell' operazione, e condurla come abbiamo detto.

La medicatura dopo la resezione dello stafiloma è semplice, e consiste, come dopo l' operazione della cateratta, in una striscia di taffetà gommato, al di sopra della quale si applica una compressa che non deve essere troppo strinta. In generale bisogna evitare

ogni pressione, e tutto ciò che potrebbe dar luogo ad uno spasmo della palpebra, giacchè si correrebbe rischio di vedere sortire dall' occhio il cristallino ed il corpo vitreo. Conseguentemente il malato deve tenere la posizione orizzontale qualche tempo dopo l' operazione.

Finalmente, quando la guarigione è completa, si può sostituire un occhio artificiale, che potrà illudere assai più di quello che se fossero stati conservati il cristallino ed il corpo vitreo. Se l'occhio è molto varicoso (particolarmente negli stafilomi conici), sopraggiungono spesso nello spazio di due a sei ore dopo l'operazione, delle spaventose emorragie, e dei tumori varicosi che spingono in avanti la coroide e la retina. Si può tosto frenare l'emorragia tagliando queste membrane, ma si perde allora il vantaggio di conservare il moncherino necessario per l' applicazione di un occhio di smalto.

Stafiloma dell' iride.

Procidenza dell' iride (*Prolapsus, ptosis, staphyloma iridis.*)

Cotesta malattia consiste in ciò che l'iride s'introduce, o si strangola in un'apertura formatasi nella cornea, la quale diventa visibile all' esterno. Questi strangolamenti dell'iride apportano subito un dolore simile a quello che produrrebbe una spina fitta nell' occhio; poco a poco il dolore diventa gravativo, e termina per diffondersi in tutto il globo dell' occhio. Comparisce la fotofobia ed uno scolo di lagrime brucenti; dopo di ciò si sviluppa uno stato inflammatorio dell' occhio, se già non esisteva preventivamente.

Il diagnostico è assai facile allorquando l' accidente è di breve data, perchè non solo la cornea è dolorosa in uno de' suoi punti che presenta il colore dell'iride, ma contemporaneamente si osserva una deformità, ed un ristringimento della pupilla, che è spostata verso la porzione d' iride facente ernia. Il diagnostico è più difficile allorchè in seguito l' iride che sporge in fuori è diventata insensibile; quando ha con-

tratte delle intime aderenze colla cornea, ed allorquando la porzione prominente ha perduto il suo colore, ed è stata ricoperta da un prolungamento della congiuntiva che si getta sù di essa. Ciononpertanto, anco in questi casi, l'esistenza sulla cornea di una prominenza tubercolosa circondata da un largo bordo biancastro, ed una pupilla più o meno spostata e ristretta non lasciano molto tempo nell' incertezza.

Per delle ragioni che sono facili a comprendersi, il prolasso dell' iride si presenta rarissimamente nel centro della cornea, ma sempre ad una distanza variabile sui lati.

Coteste affezioni dell' iride sono state designate sotto dei nomi differenti secondo la loro estensione. Allorquando lo stafiloma ha il volume e la forma di una testa di mosca si chiama *myocéphalon*; se è, all'opposto, stiacciato, poco elevato al di sopra del livello della cornea, e che la sua forma possa essere paragonata ad una testa di chiodo, si chiama *hylon*, *clavus* (1). Ma quando la cornea presenta d'rette aperture, attraverso delle quali è sortita l'iride, un tale accidente costituisce ciò che si chiama *stafiloma a grappolo, staphyloma racemosum.*

Le principali cause di questa malattia sono delle ulceri penetranti la cornea, consecutive a infiammazioni, a ferite prodotte da istrumenti pungenti, come quelle che resultano dall' operazione della cateratta per estrazione, dall' apertura dell' ipopion ec.

Noi abbiamo di già indicato, parlando delle ferite del globo dell' occhio e dell' estrazione della cateratta, ciò che conviene fare per opporsi a questo accidente, allorchè accade.

Allorquando la procidenza è già antica, che l' iride ha contratte delle intime adereuze colla cornea, e che l' occhio non presenta uno stato varicoso considerabile, si fa scomparire questo piccolo tumore incomodo per l'organo della vista, toccandolo frequentemente colla pietra infernale. Ma quando per la lunga data della malattia, l' iride facente ernia è diventata insensibile, e si è ricoperta di uno strato della con-

(1) Tav. IV. fig. 1.

giuntiva che riveste la cornea, si usa il butirro d'antimonio, nel modo stato indicato per la guarigione dello stafiloma parziale della cornea. Ciononpertanto, se lo stafiloma è assolutamente insensibile e duro, o se uno stafiloma inveterato dell' iride non è collegato al bulbo dell'occhio se non che per un peduncolo (1), l'ablazione per mezzo del bisturino dev' essere preferita alla cauterizzazione. Se l' occhio si trova nello stato varicoso, non si può, nè si deve far uso che dello strumento tagliente. A malgrado che felice sia il resultato della cura degli stafilomi dell'iride, l'occhio ammalato conserva sempre un'aderenza fra questa membrana e la cornea, ed in seguito ne resulta la pupilla più o meno spostata e ristretta, con cicatrice di estensione variabile sull'ultima di queste membrane.

Sinechie anteriore e posteriore.

Aderenza della faccia anteriore dell'iride colla cornea, e aderenza della faccia posteriore dell'iride colla capsula cristallina. Synechia anterior, et synechia posterior (*da* ΣΥΝΕΚΩ *unirsi, riunirsi.*)

Quest'affezione è sempre la conseguenza dell'infiammazione, durante la quale la capsula cristallina si è trovata in contatto coll'iride, allorchè esiste la *sinechia posteriore*; mentre che se si tratta di *sinechia anteriore*, il contatto ha luogo fra l'iride e la cornea.

Dietro il modo di presentarsi di cotest' affezione si può presumere, che l'infiammazione che la produce può talvolta lasciare dietro di se altre alterazioni dell'occhio; questo è ciò che accade, poichè le sinechia posteriore è sovente accompagnata da cateratta lenticolare o capsulare. Nella sinechia anteriore, si osservano costantemente delle cicatrici, e delle macchie considerabili, che rendono spesso difficilissimo il diagno-

(1) *Scarpa* (l. c. Vol. II. p. 18) ed altri, parlano di questa specie di stafilomi dell'iride.

stico di tale affezione. Del rimanente l' una e l' altra sinechia sono frequentemente accompagnate dall'obliterazione, da ristringimento o da dilatazione della pupilla, e talvolta pure da amaurosi, etc.

La sinechia, in generale, può essere totale o parziale. Le sinechie anteriori totali si osservano unitamente agli stafilomi generali della cornea.

Le sinechie parziali accompagnano gli stafilomi parziali della cornea, e quelli dell' iride. Vi ha in oltre, delle sinechie anteriori parziali, che non sono complicate da alcun' altra affezione dell' occhio. Noi incomincieremo ad esaminare queste ultime aderenze, ordinariamente molto circoscritte fra l'iride e la cornea. Le sinechie anteriori, parziali e semplici, sono quasi sempre il resultato di piaghe o di ulceri penetranti della cornea, imperocchè non è che nel caso di perforazione di questa membrana, cioè dopo lo scolo dell'umore acqueo, che l' iride può addossarsi alla cornea, e contrarre con essa delle aderenze più o meno estese. Cotesta considerazione si applica in generale a tutte le sinechie anteriori che hanno poca estensione. Nonostante accade talvolta che esistono pure delle aderenze parziali dell' iride colla cornea, senza che questa sia stata perforata, come io l'ho veduta una volta in seguito di una leggiera infiammazione delle medesime due membrane. In tal caso la sinechia non esisteva che sul bordo ciliare dell' iride; essa non impediva punto la vista allorchè l' infiammazione fu dissipata, e si riconosceva alla debolezza dell' iride, allo spostamento appena sensibile della pupilla che era un poco stiracchiata verso l'aderenza. Ordinariamente non è difficile il riconoscere l'aderenza dell' iride con un punto della cornea che ha sofferta una lesione, poichè la pupilla è allora più o meno spostata verso la cicatrice della cornea; e se si esamina obliquamente l' interno dell' occhio, si osserva molto spesso che l' iride è tirata in avanti. In molti casi il diagnostico è difficilissimo, particolarmente quando la macchia della cornea che accompagna la sinechia anteriore è molto estesa, e si trova davanti al punto della pupilla che è spostato.

Per guarire queste specie di sinechie anteriori, è

stato proposto d' introdurre attraverso la cornea un coltello da cateratta, od un'ago lanciato, e di dividere, con molta precauzione, l' aderenza di basso in alto, scansando quanto è possibile lo scolo prematuro dell'umor acqueo. Questo processo non dev'essere tentato che nel caso ove la vista essendo molto limitata, e la pupilla irregolare, il suo spostamento, o la sua riduzione ponno fare sperare un miglioramento considerabile di questa funzione. Allorquando le sinechie anteriori non apportano ostacolo alcuno alla vista, il partito il più saggio è di non far niente. Quelle che hanno una considerabile estensione, e che esistono da molto tempo, sono incurabili.

Sinechia posteriore. Questa sinechia può essere totale o parziale. Essa è incurabile, e sempre complicata di cateratta nel primo caso; nel secondo all'opposto, si può talvolta sperare la guarigione coll'uso dei medicamenti esterni ed interni. Ma acciocchè un'aderenza dell' iride sia suscettibile di essere guarita bisogna necessariamente ch'essa non consista se non che in un trasudamento linfatico sommamente sottile, e somigliante per la sua delicatezza alla tela di ragno.

Tali leggiere aderenze non sono sempre facili a riconoscersi; si trova nonostante, oltre la debolezza della vista che è costante, l'iride incompletamente mobile, e la pupilla angolosa, per lo più ristretta, e che anzi è resa più angolosa ancora in conseguenza dell'istillazione dell'estratto di belladonna o di giusquiamo, poichè si dilata allora principalmente nei punti ove la faccia posteriore dell' iride non è in rapporto colla capsula cristallina. Esaminando colla lente la pupilla così artificialmente dilatata si scuopre un leggiero trasudamento linfatico, filamentoso, grigiastro, o di un grigio-rossastro, che stabilisce una patologica unione fra l'iride e la capsula cristallina, e nella quale si osservano qualche volta dei piccoli vasi sanguigni.

Le principali cause dei trasudamenti linfatici filamentosi nella camera posteriore dell' occhio, sono le ottalmie sifilitiche ed artritiche. Le ottalmiti, ed altre infiammazioni semplici dell' occhio, possono pure dar luogo alle sinechie posteriori.

Il *prognostico* è favorevole nei soggetti la co-

stituzione de'quali permette l'amministrazione del mercurio all'esterno ed all' interno ; è nonostante più favorevole se la lente fa scuoprire dei vasi sanguigni in questo tessuto filamentoso ; poichè, siccome esistono allora dei rapporti organici fra lui ed il rimanente dell'economia, l'assorbimento di questa falsa membrana è più certo e più pronto. Il prognostico è infausto allorchè il malato non può tollerare il mercurio , come ciò ha luogo particolarmente nei soggetti artritici.

Dopo quanto abbiamo detto, è da figurarsi in che consiste la cura di quest'affezione. Si applica sull'occhio la pomata formata d'assongia , di precipitato rosso , e di una piccola dose di estratto di giusquiamo: quest'ultima sostanza serve a dilatare la pupilla , e per conseguenza a procurare la lacerazione dei filamenti meno resistenti, ciò che ha per iscopo di disimpegnare di più quest'apertura, e di migliorare la vista.

Corrisponde ugualmente bene l'uso dell'unguento grigio in fregagione al di sopra dei sopraccigli. Se l'occhio non può sopportare l' applicazione delle materie grasse, vi si sostituisce con vantaggio la dissoluzione di deuto-cloruro di mercurio unita alla tintura tebaica.

Non si amministra il mercurio internamente , se non quando si manifesta nel malato una tendenza particolare alle produzioni accidentali , o quando si osservano degl' indizi di sifilide. M' è nonostante accaduto di accelerarne manifestamente la guarigione coll' uso interno del calomelano , nei casi stessi ove non esisteva alcuno dei segni da noi indicati.

La cura della sinechia posteriore complicata di cateratta è stata esposta parlando dell'operazione della cateratta per estrazione.

MALATTIE

CHE ATTACCANO LA TOTALITA' DEL GLOBO

DELL' OCCHIO.

INFIAMMAZIONE SEMPLICE DI TUTTO IL GLOBO DELL' OCCHIO.

Ophthalmitis (*da* ΟΦΤΑΛΜΟΣ, *occhio*, *colla terminazione* ΙΤΙΣ *per esprimere la parola infiammazione.*

Sintomi del primo periodo. Al principio di questa terribile flemmasia, il malato soffre un dolore violento, gravativo, accompagnato da una sensazione di tensione nell'occhio e nelle parti circumambienti; si osserva contemporaneamente il rossore della sclerotica e della congiuntiva.

Tal rossore va crescendo di più in più, la congiuntiva oculare si tumefà, e l'intorno della cornea prende l'aspetto di una specie di cercine uniforme, duro, sommamente sensibile, che in poco tempo termina per elevarsi al segno da non lasciare più vedere se non che il centro di questa membrana. Contemporaneamente la pupilla è chiusa, l' iride è tesa, la vista è totalmente od in parte abolita, il dolore è pure aumentato dal fenomeno della fotopsia che diventa vieppiù intensa. L' iride, se era grigia o turchina, diventa verdastra; prende all'apposto un color rossastro se era bruna o nera nello stato normale; l'occhio si tumefà e diventa immobile; la cornea perde la sua trasparenza, e diventa poco a poco opaca. Le palpebre s'infiammano ogni momento più, l'inferiore è rovesciata in fuori dall'enorme tumore che forma il globo dell' occhio. La secrezione lagrimale e mucosa è affatto soppressa. Finalmente a tutti gli esposti sintomi si aggiunge la febbre inflammatoria, che, nelle persone deboli è assai di spesso accompagnata da delirio.

Sintomi del secondo periodo. Il tumore forma-

to dalla congiuntiva oculare si accresce in modo sorprendente ; acquista un colore rosso-cupo , e si rammollisce. Il dolore incomincia a diventare vago, pulsativo e pungente al minimo contatto. La palpebra superiore è distesa dall' occhio, il di cui volume è aumentato , ed acquista il colore violetto. La parte ancora visibile della cornea diventa subito bianca, giallastra in seguito (') ; si manifesta nel tempo stesso una sensazione di pesezza e di freddo nell' orbita e nell'occhio stesso ; finalmente il dolore gravativo aumenta viepiù. Se a quest' epoca, non si cerca con alcun mezzo di combattere cotesti accidenti, la rottura del globo dell'occhio ha luogo in mezzo ai dolori i più atroci , facendo sentire una specie di scricchiolata (*rhexis* , *rhegma oculi*) , e ne scola del sangue e del pus mescolati a de'pezzi di cristallino e di corpo vitreo. Ma se disgraziatamente la malattia è stata considerata, nel primo periodo per un' infiammazione *astenica* (*) e ch' essa sia stata accresciuta dalla medicatura tonica, o che il malato non siasi astenuto in questo tempo dalle bevande alcooliche, dagli alimenti indigesti e dal tabacco, si osserva per lo più sopraggiungere una gangrena spaventosa, che nel caso ove la malattia continui ad essere trascurata, passa allo stato di sfacelo, e finisce colla morte.

Le cause di quest'infiammazione sono numerose, ma essa è per lo più prodotta da *insolazioni* , dall' esplosione immediatamente davanti gli occhi della polvere da schioppo, dal contatto della fiamma sul bulbo oculare ec.

Fintanto che la vista non è abolita, e che il globo dell'occhio non è tumefatto nel primo periodo, si può ragionevolmente sperare ancora la risoluzione; rimane sovente allora l'ambliopia che dura più o meno lungo tempo. Ma se la vista è distrutta , la pupilla quasi chiusa , e che il globo oculare si tumefà rapi-

(1) Ved: la fig: 2. Tav. IV. copiata da *Beer*.

(*) Quanto debba valutarsi oggi la frase *infiammazione astenica* già è stato osservato in altra annotazione del tomo primo: per non moltiplicare adunque enti senza necessità si rimanda il lettore a quella. *N. del Tr.*

damente e a colpo d'occhio, è allora tutto al più possibile di salvare la forma dell' organo ; la vista non può essere ristabilita, e rimane spesso ancora l'obliterazione perfetta della pupilla.

Nel secondo periodo , non solo non si può più sperare il ristabilimento della vista , ma non si può neppure pensare di conservare all' occhio una forma conveniente se è tumefatto. Se quest'organo si rompe, non rimane nè anco un monconcino per potervi adattare un occhio artificiale.

Se è comparsa la gangrena, bisogna fare ogni possibile acciocchè essa non passi allo sfacello, che sarebbe, infallantemente susseguito dalla morte del soggetto.

Bisogna usare il metodo antiflogistico in tutta la sua estensione durante il primo stadio , e non considerare quest'affezione come puramente locale.

Si fanno delle deplezioni sanguigne generali , si applicano delle sanguisughe intorno all' occhio , e si fanno in seguito delle scarificazioni in direzione raggiante nell' intorno della cornea e sulla congiuntiva tumefatta. Non bisogna trascurare le applicazioni di acqua freddissima , che si continua per molto tempo ripetendole frequentemente. Dopo le sottrazioni sanguigne, si ponno applicare dei senapismi alle braccia, e de'vescicanti alla nuca. Si esibiscono internamente delle forti dosi di calomelano, di cui devesi accrescere la quantità per determinarne l' azione sul canale gastro-enterico, amministrando dei lassativi. Se l' infiammazione dell'occhio si propaga alle parti situate nella cavità del cranio , nasce la necessità di aprire allora la vena giugulare o l'arteria temporale (*).

(*) La disposizione anatomica del sistema venoso del capo e del collo permette di giudicare *a priori* dei buoni effetti che devono resultare , in quest' ultima circostanza, dalle sanguisughe applicate alla nuca. Gettando un colpo d'occhio sulla prima edizione delle *Ricerche sul sistema venoso* , pubblicato, non ha molto, dal Sig: *Breschet*, è facil cosa l'assicurarsi delle comunicazioni immense e dirette che esiston fra i seni della dura-madre ed i rami venosi che serpeggiano nella superficie della parte posteriore del collo. Si può adunque, in una circostanza sì grave qual è quella di cui si

Giacchè non è possibile il ristabilimento della vista nel secondo periodo è necessario favorire la suppurazione coll'applicazione dei cataplasmi ammollienti che non bisogna mai lasciarli raffreddare sull'occhio. Si amministrano contemporaneamente dei tonici, colla veduta di sostenere le forze e la suppurazione , come la china , il calamo aromatico, la valeriana , ec. l'etere, ed altri medicamenti della stessa natura. Presentandosi in qualche parte un punto di suppurazione, bisogna aprirlo colla lancetta, e dare esito al pus. Conducendosi in tal guisa, si riesce per lo più a conservare degli avanzi di globo dell' occhio assai voluminosi da potervi adattare , dopo qualche mese, un' occhio artificiale mobile. Se si è fatta un' incisione nelle membrane esterne dell' occhio nel momento in cui esse erano sul punto di rompersi, e che la suppurazione sia stata trattata come nel caso precedente, si può almeno applicare in seguito un occhio artificiale immobile. Se l' occhio si è aperto da se stesso, la forma non può più essere conservata; tutto ciò che si può fare allora si riduce a circoscrivere, coi mezzi generali e locali di già più volte menzionati la suppurazione saniosa di cattiva natura che può di già esistere. Se la gangrena si è impadronita dell'occhio, il miglior mezzo d'impedire che passi allo sfacello consiste nelle applicazioni di decotto di china concentrato, nel quale vi sia disciolta della teriaca , del balsamo del Perù e della tintura tebaica, e nell'amministrare internamente una forte decozione di china cogli eteri , ed altri mezzi già indicati (*).

tratta, fare ricorso alle applicazioni di sanguisughe alla nuca e in gran quantità, come uno dei mezzi più sicuri per disingorgare sollecitamente il sistema venoso cerebrale.
(N. del T.)

(*) Questa terapeutica, che consiste nell'usare gli stimolanti all'esterno ugualmente che internamente in circostanze si gravi , è ben lungi dall'avere l'approvazione di tutti que' medici che da lungo tempo l'hanno abbandonata. Una tal pratica, effettivamente, anzi che limitare i progressi della gangrena , aumenterebbe all' opposto l' infiammazione delle parti che non sono per anco disorganizzate, e contribuirebbe a farle passare alla mortificazione , talchè la condotta la più prudente a tenersi, o meglio l'unica che sia razionale,

Atrofia del globo dell'occhio.

Aridura, *atrophia bulbi* (Α *privativa*, *mancanza* e ΤΡΕΦΩ *nutrire*)

Il globo dell' occhio può atrofizzarsi, ossia diminuire di volume in diversi modi. Può diventare meno voluminoso dopo la perdita dell' umor vitreo, o dell'acqueo, da cui resulta costantemente uno stato di flacidità della cornea (*corrugatio corneæ*), che scomparisce quando l'apertura che ha procurato l'egresso a questi fluidi è chiusa, e l'umore acqueo si è riprodotto. Ugualmente un'infiammazione dell' occhio susseguita da suppurazione, può apportare una diminuzione di volume di quest'organo; si chiama allora *etisia del bulbo oculare*. Ma se soltanto la cornea è stata scemata, e distrutta dalla suppurazione, si dice essere la *tise della cornea*. Noi ci siamo di già occupati di coteste suppurazioni parlando delle flemmasie che le producono, tali che l' ottalmite semplice, etc. Ma queste specie di diminuzione del volume dell' occhio non devono essere sempre considerate come un'atrofia. Ed in fatti, s'intende per la parola *atrofia* uno stato particolare del globo dell'occhio nel quale l'assorbimento diviene predominante, senza che vi esista traccia alcuna di suppurazione. Quando questo predominio di assorbimento ha luogo, non è soltanto la totalità del globo dell'occhio che diminuisce di volume, ma tutte le parti ancora che entrano nella sua composizione; quest'organo si ritira ogni giorno più nel

consiste nel prescrivere l'uso dei mezzi antiflogistici locali e generali, proporzionati alle forze ed allo stato del malato. Tutta l' attenzione dell'uomo dell'arte dev'essere diretta sugli organi i più importanti alla vita e specialmente sul cervello, essendo il più vicino, ed il più direttamente prossimo all'occhio infiammato. L'ingestione degli stimolanti raccomandati dal nostro autore non avrebbe altro resultato che di cagionare una flemmasia del canale digestivo, la di cui azione simpatica sul cervello accrescerebbe l' infiammazione di quest'organo.

(N. del T.)

fondo dell' orbita, e si presenta finalmente sotto la forma di una piccola massa solcata, biancastra, o piuttosto di un bianco-giallastro sudicio, che finisce per non diminuire più, e continua ad esistere in questo stato, mostrando ancora delle traccie distinte della sua primitiva organizzazione; vi si riconosce pure l'iride senza pupilla, etc, (1).

L'Atrofia dell'occhio è spessissimo la conseguenza di un' ottalmia artritica; è raro di vederla sopraggiungere dopo le ottalmie scrofolose generali.

Allorchè l'atrofia non attacca se non che la cornea, come ciò può accadere in seguito di ulcere penetranti di questa membrana, accompagnata da scolo cronico dell'umor'acqueo, e nei casi di coloboma, di lagottalmia, d'etropicn, etc, lo strato della congiuntiva muore, la cornea diventa secca, sudicia, perde finalmente la sua trasparenza, e la sua convessità, rimpiccolisce e presenta quello stato patologico che si chiama indurimento della cornea, *atrophia corneæ*, *rutidosis*, *rhytidosis*, e che bisogna scrupolosamente distinguere dallo stato di flacidità di cui noi abbiamo tenuto proposito sotto il nome di *corrugatio corneæ*.

Il prognostico della *tise* e dell' *atrofia* del globo dell'occhio e della *cornea* è spiacevolissimo; poichè queste affezioni sono incurabili. Nulladimeno l' atrofia del globo dell' occhio, consecutivo all' ottalmia artritica, che non è per anco perfettamente sviluppata, può essere arrestata nel suo corso, allorchè si oppongono i mezzi adattati all'affezione artritica.

La cura di questa malattia non può essere se non che paliativa, e consiste nell' applicazione di un occhio artificiale (*hypoblepharon*, *oculus artificialis*), che nasconde almeno la ributante deformità del bulbo atrofizzato. Ciononpertanto nella vera atrofia dell' occhio non si può neppure far ricorso a questo mezzo, poichè è impossibile al malato di sopportarlo, giacchè il bulbo, di già considerabilmente diminuito, si atrofiz-

(1) La figura 3. della Tav: IV rappresenta un bulbo atrofizzato, ma che deve ancora continuare a diminuire di più.

za ancora di più in conseguenza della continua irritazione che cagiona su di esso il contatto dell' occhio artificiale.

In generale, gli occhi artificiali non ponno essere applicati con un certo successo se non che nei casi ove il monconcino è ancora assai voluminoso ; allorquando non esiste più dolore, nè infiammazione, nè suppurazione, e che questi accidenti sieno anzi scomparsi da lungo tempo. Particolarmente le suppurazioni devono avere cessato almeno da tre mesi prima che possa pensarsi all'introduzione di un occhio artificiale. Molti medici, quali sono *Beer*, *Boyer* (*Trattato delle malattie chirurgiche*, tom. V, pag. 618) per esempio fanno l'osservazione molto giudiziosa, che non si può incominciare a far uso dell'occhio artificiale se non quando la cicatrizzazione è completa. L' introduzione di un occhio artificiale è di piccola utilità dopo l'estirpazione dell' organo della vista ; essa non giova gran cosa quando il cristallino e l' umor vitreo sono stati distrutti o espulsi, ed in generale in tutti i casi ove non rimane del globo oculare se non che un piccolo tubercolo privo di movimenti. L'occhio artificiale sarà allora sempre immobile , e non si sarà ottenuto l'intento propostosi. Meno sostanza che avrà perduto il bulbo, e più facilmente si potrà adattare l' occhio artificiale, e quanto meglio questi eseguirà tutti i movimenti dell'occhio sano, tanto più l'illusione sarà naturale.

È vero in generale il dire con *Hazard -- Mirault* (1) che non si deve mai intraprendere una tale operazione colla sola veduta di applicare l'occhio artificiale ; sovente la malattia dell' occhio esige di già per se stessa l' operazione , come in esempio nei casi di stafilomi voluminosi: non si può per altro negare che non vi sieno de'casi nei quali non si sia costretti di operare, se si vuole applicare un occhio di smalto, e che per conseguenza quest'operazione, senza una simile circostanza, non sarebbe stata necessaria.

(1) Trattato pratico dell' occhio artificiale. Parigi 1818 , pag. 50.

Gli occhi artificiali dei quali si fa oggigiorno uso hanno la forma di piccole capsule convesse, la di cui faccia concava guarda il fondo dell'orbita. Sulla faccia convessa si trovano rappresentate la sclerotica ed il piccolo numero de' vasi visibili nella congiuntiva, l'iride colla pupilla di mediocre diametro, la cornea, e finalmente la camera anteriore che fa una completa illusione.

Codest'occhi sono formati o di vetro, o di smalto, oppure di oro del più fine e smaltati. I più belli occhi artificiali trovansi a Parigi presso *Hazard-Mirault, membro dell'ateneo delle scienze etc. via S. Apolline, n.* 2; e presso *Desjardins, artista della facoltà di medecina via Traversière S. Onorato , n.* 20 *presso il passaggio San Guglielmo.*

Il prezzo degli occhi in smalto perfetti è di 25 franchi, quello degli occhi che si ordinano con modello è di 50 franchi.

Si fabbricano pure degli occhi artificiali di vetro a Venezia, ma sono in generale meno esatti, e non si vendono più di 8 a 12 franchi.

Quantunque gli occhi di vetro abbiano l' inconveniente di essere fragili ponno ciò non pertanto, ugualmente che quelli d'oro, essere ritagliati sui bordi se fossero troppo voluminosi; soltanto si richiede molta destrezza e precauzione. La differenza di peso fra queste due specie d' occhi non è molto considerabile ; quelli di vetro pesano da venti a trenta grani; quelli di oro e di smalto da trentacinque a quarantacinque grani. Gli occhi dell'ultima specie che ho fatto fabbricare fino ad ora , non pesavano mai al di là di quaranta grani. Più l'occhio artificiale è leggiero, più è comodo pel malato. Degli occhi in oro che pesassero fino a due dramme, peso che loro accorda *Bernestein*, nella sua *esposizione sistematica degli apparecchi*, pag. 186, diverrebbero una continua causa di tormento per quelli che dovessero portarli.

Le persone il di cui occhio sano è molto prominente, hanno in generale bisogno di un occhio artificiale più rotondeggiante; quelle all'opposto, il di cui occhio sano è situato profondamente nell'orbita, o che

hanno i bordi delle palpebre molto ravvicinati, necessitano di un occhio artificiale di forma più piana e più allungata.

Allorchè vuolsi fare costruire un occhio artificiale, bisogna inviare all'artista, non solo il ritratto o l' immagine esatta dell'occhio sano, ma ancora le differenti dimensioni prese sotto le palpebre, acciocchè l'occhio artificiale non sia nè troppo grande nè troppo piccolo. Ciò che si può fare di meglio, a quest' oggetto, è di fare costruire da uno smaltatore o da un abile giojelliere, una piccola capsula convessa in piombo, avente le esatte dimensioni e la convessità dell' occhio sano. Codesto modello in piombo ed il ritratto dell'occhio sano possono allora essere mandati all'artista, che dietro quello ne costruisce un altro in oro smaltato. Generalmente bisogna che l' occhio artificiale sia un poco più piccolo; è raro che vi sia la necessità ch'esso debba essere più voluminoso del sano. È necessario avere riguardo a questa circostanza, particolarmente allorchè è il primo occhio artificiale che il malato deve portare; poichè non deve cagionare pressione alcuna nè sul monconcino del bulbo, nè sulle palpebre; non si può aumentarne il volume se non che poco a poco. Del rimanente non basta che gli occhi di smalto sieno leggieri, e assomiglino perfettamente all'occhio sano, devono in oltre essere lisci, uniti come il vetro, ed avere un aspetto umido.

La cornea dell'occhio artificiale deve naturalmente essere messa in modo tale, che la distanza fra il suo bordo esterno e la commettitura esteriore delle palpebre sia la più grande; che per conseguenza la cornea si trovi nell'asse della vista; ugualmente lo spazio compreso fra il bordo superiore della cornea e quello dell'occhio artificiale dev'essere molto più grande dell' inferiore.

Per introdurre l'occhio artificiale si procede nel modo seguente: dopo di avere allontanata dal bulbo oculare la palpebra inferiore, per mezzo del dito indice, si fa scorrere l'occhio pel suo bordo superiore, ch'è il più largo, tanto alto quanto è possibile, sotto la palpebra superiore, e si abbandona in seguito la palpebra in-

feriore. Se passato un certo tempo la presenza di questo corpo estraneo apporta de' dolori, e che la palpebra diventa rossa, bisogna levarlo e preparare il monconcino del bulbo e le parti circonvicine a sopportare questa nuova irritazione. Vi si riesce ordinariamente coll' applicazione continua di acqua fredda pura o mescolata all'allume, all'alcool etc. Se l'occhio artificiale cagiona de'dolori perchè presenta delle diseguaglianze, bisogna toglierle colla lima. Nulladimeno dobbiamo fare osservare che è rarissimo che gli occhi artificiali sieno facilmente tollerati ne'primi tempi. Allorquando il monconcino del bulbo è piccolissimo, che per conseguenza l'occhio artificiale non vi rimane solidamente fisso, se ne può riempire la concavità con maggiore o minore quantità di cera, a seconda de'bisogni.

Il miglior modo di rimuovere unocchio artificiale consiste nel fare scorrere il capo di uno spillo sotto il suo bordo inferiore, e spingerlo in tal modo poco a poco nella sua parte inferiore, fino a che non cada fuori delle palpebre. Dev' essere levato seralmente, affinchè il muco amassato sotto le palpebre, e che è spesso acre nei tempi caldi, possa essere levato, e per impedire che l'occhio di smalto non sia accidentalmente scalfito o rotto nella notte.

Gli occhi di smalto sono spesso corrosi dai movimenti continui delle palpebre, forse anco per l' azione del muco separato da esse e dall' interno dell'orbita; diventano allora scabrosi, e perdono il loro pulito e lucentezza; ciò accade talvolta dopo tre o quattro od anco otto o dieci mesi. Bisogna allora cambiarli, non tanto perchè il loro aspetto non è più sì sodisfacente, ma perchè i punti non più levigati della loro superficie irritano le palpebre, e vi cagionano della rossezza.

Esiste spesso nell'orbita,vicino al monconcino del bulbo, delle vegetazioni carnose. etc,che impediscono l' introduzione di un'occhio artificiale ordinario; bisogna procurare in tal caso di adattare la sua forma a queste escrescenze colla lima, o distruggerle coi mezzi dell'arte, se pure ciò è fattibile.

Nei casi ove le palpebre stesse sono state distrutte si è cercato di rimpiazzarle con degli apparecchi di acciaro o di legno (1);ciononostante questo meccanismo non ebbe buona riuscita; ed è molto meglio portare una fascia di seta nera per nascondere questa schifosa deformità.

Stato varicoso generale dell' occhio

Cirsophthalmie, varicositas oculi universalis, cirsophthalmia, da ΧΙΡΣΟΣ *varice, e* ΟΦΘΑΛΜΟΣ *occhio), telangiectasia oculi.*

L' occhio affetto da cirsottalmìa è assolutamente cieco, nè può distinguere la più leggiera percezione della luce; il bulbo presenta un' aspetto particolare, che sorprende chiunque; esso è durissimo, conico, ed il suo volume è sensibilmente accresciuto, al segno, che sovente le palpebre non ponno più ricuoprirlo intieramente; offre una tinta turchino-sudicia, quasi colore di piombo; la congiuntiva e la sclerotica sono piene di vasi varicosi contenenti sangue nero; quest' ultima membrana presenta talvolta, ne' punti assottigliati dei piccoli tumori turchinicci che sono esclusivamente formati dalle varici le più voluminose della coroide che si trovano immediatamente sotto la sclerotica (2). La cornea è oscurata, stafilomatosa, o trasparente, ma di un aspetto metallico. Tutti i moti del bulbo si eseguiscono con lentezza; la pupilla, se non è stata obliterata dall'infiammazione suol essere dilatatissima, angolosa, e distintamente opaca nel fondo: l' iride contemporaneamente non offre alcuna traccia di mobilità. Se si dissecca un occhio che si presenta in simili condizioni, si riscontra

(1) Vedi. la fig. 2, Tav. IV copiata da *Beer.*

(2) L' aspetto turchino-sudicio che presenta la sclerotica intorno alla cornea è il resultato dell' assottigliamento della prima di queste membrane, attraverso della quale la coroide sembra ingorgata di un sangue nero. Questo colore turchino-sporco è più marcato intorno alla cornea, perchè la sclerotica in questo punto è più sottile.

la sclerotica assottigliata, quà e là aderente alla coroide; cotesta è varicosa; la parte della retina che è in contatto con dei tumori varicosi è pure assottigliata o manca totalmente; l'umore vitreo è più fluido, e per lo più di un' opacità brunastra; il cristallino è di un giallo-sporco, ed in generale tutte le parti che entrano nella composizione dell'occhio sono alterate sotto il rapporto del loro volume e delle loro proprietà.

Un' ottalmia artritica trascurata, o che recidiva sovente, particolarmente nei soggetti che sono ben portanti, produce più facilmente questa malattia che si complica in seguito di glaucoma e di cateratta glaucomatosa.

Se si abbandona affatto un occhio colpito da questa malattia, può rimanere lungo tempo senza aumento di accidenti; poichè, quantunque incominci ad essere affetto da atrofia, le alterazioni le più gravi non compariscono così sollecitamente. Ma se si tratta codesta affezione con sostanze acri e caustiche, o con dei mezzi che cagionano molta irritazione nell'organo, la malattia si aggrava prontamente; i vasi varicosi di maggior volume si rompono, da cui resultano degli stravasi di sangue nelle camere dell'occhio; quest' organo può pur anco rompersi e dar luogo ad un' emorragia considerabile; può ancora passare alla degenerazione carcinomatosa che finisce poi o più presto o più tardi colla morte. Tali esacerbazioni sono ancora più pronte a stabilirsi dietro delle contusioni o delle ferite che interessino l' occhio malato.

Scirro e cancro del globo dell' occhio.

Scirrhus et carcinoma bulbi.

Nell'istesso modo che il cancro propriamente detto è sempre la conseguenza di uno scirro, del pari il vero carcinoma del bulbo dell' occhio sembra esser costantemente preceduto da una durezza di cattivo carattere di quest' organo.

Tali indurimenti di non lodevole carattere o scirri del globo dell' occhio, che lo rendono inservibi-

le alla visione, si manifestano con una tumefazione ineguale bernoccoluta, e durissima di tutto il bulbo oculare, con sensazione di peso, con colore bianco-rossastro, e con mancanza di dolore e di febbre. Si sviluppano contemporaneamente alla superficie dell' occhio de' vasi varicosi di un violetto cupo; ma poco a poco, quando lo scirro passa allo stato di cancro, le membrane che entrano nella composizione di quest' organo diventano grosse, e carnose; già prima di quest'alterazione l'occhio diventa la sede di dolori pungenti, lancinanti, e brucienti, che si diffondono da lontano alla testa, e sono raramente calmati dall' oppio. Il bulbo degenera finalmente in una massa informe che non conserva più la minima traccia della sua primigenia organizzazione. Ha talora l' aspetto di un pezzo di carne dura; il suo volume aumenta ogni giorno più, si dichiara la febbre etica, si rompe finalmente in mezzo ai dolori atroci, e si formano una o più ulcere carcinomatose. Non è infrequente di vedere i vasi varicosi produrre delle forti emorragie, che calmano, per verità, i dolori, ma che spesso ancora sono foriere della morte. Nel tempo istesso le ulceri cancerose, a fondo ineguale e verrucoso, e a bordi rovesciati, duri e plumbei, separano una materia saniosa di un odore ributante; le palpebre talvolta, particolarmente le superiori, sono rosse, dolenti, ed i loro vasi varicosi. In qualche caso esistono, nel principio, delle ulceri saniose che hanno la loro sede nella parte anteriore del bulbo che terminano per distruggere la cornea e l' iride, attaccano il periostio dell' orbita, producono facilmente la carie, si ricuoprono e si circondano finalmente di vegetazioni fungose.

Il carcinoma non attacca per lo più che un occhio; pure se la malattia è trascurata, l'altr'occhio n'è qualche volta esso pure affetto dalla medesima degenerazione.

Lo scirro ed in seguito il cancro del globo dell'occhio possono succedere ad ogni specie d'ottalmia, particolarmente a quelle che vestono un carattere scrofoloso, o di altra natura, e se si trattano cogl' irritanti o cogli astringenti troppo energici. Fintanto che

lo stato scirroso del bulbo sussiste come affezione locale, il prognostico non sembra dover esser grave; ma se dei scirri comparsi sù altri punti del corpo indicano una disposizione cancerosa più generale, se dei dolori pungenti si dichiarano nel bulbo oculare, il prognostico è sommamente spiacevole, od almeno incertissimo; poichè alla minima causa occasionale si stabilisce nell' occhio scirroso un cancro latente, che presto o tardi passa allo stato di ulcera cancerosa, e precipita il malato in mezzo ai patimenti i più atroci. È rarissimo di vedere lo scirro dell'occhio una semplice malattia locale, perchè è per lo più dovuto a delle affezioni discrasiache in soggetti cachettici; in questo caso l'estirpazione, che è l'unico mezzo curativo, non corrisponde spessissimo, ciò che rende il prognostico sommamente incerto,

La demolizione di un occhio scirroso non è indicata, secondo *Beer*, se non quando l'indurimento non è complicato di affezioni discrasiache e cachettiche; quando il bulbo dell' occhio può esser mosso ancora con sufficiente libertà nell'orbita; quando non diventa doloroso internamente che in seguito dell' azione di una causa estrinseca, per esempio di un colpo o di tutt' altra lesione, e che si vedono manifestarsi i sintomi che annunziano l'invasione di un cancro in principio occulto, in seguito diventa palese. Ma se lo scirro attacca degl' individui cachettici con discrasie, avanzati in età, e che un cancro occulto o palese tende a svilupparsi cogl'indicati fenomeni; che il bulbo sia di già immobile, e che per conseguenza l' indurimento siasi comunicato alle altre parti che circondano il globo dell' occhio, è allora più probabile che l' esito dell' operazione non corrisponda.

Allorquando il carcinoma dell'occhio esiste di già non si può che fare un prognostico molto cattivo; è grave al massimo quando le ossa dell' orbita sono disorganizzate, quando i gangli linfatici del collo sono ingorgati ec. Allorchè il carcinoma ha di già sviluppata la febbre etica accompagnata da sudori, e da diarree coliquative, quando i vasi varicosi danno luogo a delle frequenti emorragie, l' operazione è allora asso-

lutamente inutile, giacchè il malato soccombe durante le emorragie, o poco tempo dopo. I medicamenti esterni e interni, dietro le osservazioni dei migliori pratici, sono assolutamente inefficaci sì pel cancro quanto per lo scirro.

Bisogna distinguere dal vero cancro dell' occhio, da noi ora descritto, le ulceri del bulbo oculare succedenti a delle escrescenze fungose della congiuntiva oculare che non sono rare nella porzione di questa membrana che riveste la sclerotica, o della faccia anteriore del globo dell'occhio in generale. Esse tramandano sangue facilmente, sono lobate, senza febbre; consistono in tumori isolati, molli, inuguali, indolenti, di un rosso-pallido, che poco a poco cuoprono la cornea; raramente si comunicano a questa membrana, ma vi determinano nonostante talvolta una specie di *panno*. Queste escrescenze allorquando si trascurano aumentano gradatamente, terminano per non essere più nascoste dalle palpebre, e si ricuoprono allora, perchè sono più esposte agli agenti esterni, di una crosta brunastra rugosa e dura; quando si distacca questa crosta, dopo averla rammollita con acqua tiepida, e che si allontanano un poco dalla cornea i lobi fungosi, si trova la membrana per lo più intatta. Nel rammollire in tal modo la detta crosta si affacciano spesso delle emorragie violenti, dietro le quali le escrescenze sembrano considerabilmente diminuite, ma non tardano guari a riprendere il loro primiero ed antico volume.

La massima parte di questi sarcomi sono in principio di buona natura; ma allorquando sono trascurati o trattati in un modo poco conveniente, o quando riconoscono per causa delle diatesi scrofolose, sifilitiche, artritiche ed altre, si mostrano spessissimo ribelli, prendendo un cattivo carattere, ripullulano dopo essere stati asportati dall' istrumento tagliente o consumati col caustico, e determinano delle ulceri che meritano spesso il nome di cancerose (*ulcus carcinodes*): in quest'ultimo caso, le escrescenze, che precedentemente erano molli, fungose e di buona natura, sono diventate rigide, dure, verrucose, e scirrose sotto tutti i rapporti.

Si vedono sviluppare facilmente simili vegetazioni di cattiva natura che succedono alle ottalmie blenorroiche ed altre analoghe che sono state male curate, come, in esempio, in seguito dell' applicazione troppo lungo tempo continuata e troppo frequentemente ripetuta dei cataplasmi emollienti caldi, particolarmente nei soggetti la di cui fibra è rilasciata. Queste vegetazioni ponno spesso essere distrutte nel loro nascere dall' applicazione di una polvere composta di allume calcinato, di solfato di zinco, e di zucchero bianco (Vedi Encantis), o dall' uso prudente della pietra infernale; o meglio ancora, se le escrescenze si riproducono più lentamente, col burro d'antimonio. Se, all'opposto, le vegetazioni fungose sono più sviluppate, se cuoprono la cornea, nè possono più essere ricoperte dalle palpebre, o finalmente se esse sono troppo sensibili per cedere ai caustici, si devono prendere con un uncino, o con una pinzetta e farne la resezione verso la base col bisturino ordinario. Durante quest' operazione *Beer* fa versare continuamente dell'acqua fredda sull' occhio acciocchè il sangue che ne cola in gran quantità non impedisca di agire. Si distrugge in seguito ciò che vi rimane di vegetazioni per mezzo dei caustici che abbiamo indicati, la di cui azione tende ancora a prevenire la riproduzione delle escrescenze.

Allorquando in soggetti deboli coteste vegetazioni fungose sono dovute a delle affezioni discrasiache e cachettiche, quand'esse induriscono, e resistono pur anco dopo che la malattia scrofolosa, sifilitica ec. è stata combattuta, allorchè finalmente diventano cancerose e accompagnate dai fenomeni da noi indicati, in breve disorganizzano il bulbo dell'occhio. Bisogna, per conseguenza, far ricorso per tempo all'estirpazione di quest' organo, che è in questa circostanza dietro il resultato di gran numero d'osservazioni, assai più favorevole che nel caso ove il cancro è venuto dietro al vero scirro.

Si vedono talora nascere delle ulceri cancerose da piccoli tubercoli verrucosi, isolati, dolorosissimi, di un rosso cupo, che hanno la loro sede sulla congiun-

tiva della cornea e della sclerotica (*caruncolæ malignæ, rebelles*). Se codeste ulcere cancerose si abbandonano a loro stesse, o che sieno malamente curate, l'occhio è distrutto poco a poco, e tutta la cavità dell'orbita si vede qualche volta allo scoperto, rivestita di fungosità più o meno voluminose. Mi dispenso dal repetere che in questo caso pure l'estirpazione dev' essere eseguita sollecitamente, se si vogliono ottenere dei buoni effetti, e particolarmente se è stata riconosciuta essere la malattia puramente locale. La semplice eccisione dell'ulcere, senza l'estirpazione totale del globo dell'occhio, che è consigliata da molti chirurghi, dai quali è stata fatta con successo, è però in generale molto incerta.

Se vi ha dunque ancora la speranza di salvare il malato coll' estirpazione dell' occhio, si eseguisce quest' operazione molto dolorosa, secondo il processo di *Beer* che noi descriveremo. L'operatore s'impadronisce del globo dell' occhio per mezzo di un uncino, e lo tiene in alto, facendo in seguito abbassare da un ajuto la palpebra inferiore; la separa dal bulbo con un' incisione (1) fatta con un ordinario bistorino, e fa penetrare sollecitamente e con precauzione le cesoie di *Ludwig* dietro l' occhio. Arrivate al fondo dell' orbita, l' operatore procura di dividere con dei gran colpi di cesoie (2) i diversi punti di aderenza dell' occhio, e particolarmente si studia di tagliare con prestezza il nervo ottico; ciò fatto, tira a se quest' organo (lo che bisogna guardarsi di non fare prima), e termina l'ablazione. Due assistenti devono essere incaricati di versare continuamente dell' acqua sull' occhio durante l' operazione, acciocchè il sangue

(1) Allorquando il bulbo è voluminoso e tumefatto, e che le palpebre sono pure aumentate di grossezza al segno, che in luogo di essere mobili sono anzi tese ed applicate strettamente sull' occhio in modo da mancare lo spazio per operare, bisogna incominciare dal dividere sufficientemente la loro commettitura esterna col bistorino.

(2) Non abbisognano ordinariamente se non che sei od otto colpi di cesoie, per estirpare completamente il globo dell' occhio.

non faccia ostacolo all'operatore. Essendo levato l'occhio, s' introduce il piccolo dito spalmato d' olio di mandorle dolci nell' orbita, si esplora accuratamente la cavità, in particolar modo nella regione della glandola lagrimale, e si fà l'eccisione delle parti sospette.

Allorchè è terminata l'operazione, si chiudono le palpebre con drappo gommato, della larghezza circa di tre linee, vi si applica sopra una compressa di tela ripiegata a quattro doppi, e si corica il malato. La suppurazione ed i bottoni carnosi devono esser diretti secondo le ordinarie regole della chirurgia.

Non è molto facile di adattare in questo caso un occhio artificiale, poichè codesti occhi (quand'anco si dia loro una forma conica in dietro per occupare lo spazio vuoto dell' orbita, che è di rado riempito intieramente dai bottoni carnosi), rimangono sempre immobili e sono in parte ricoperti dalla palpebra superiore rilasciata e grinzosa, in modo, che è preferibile portare piuttosto una benda sull' occhio.

Ma se dopo l' estirpazione, le vegetazioni, le ulceri e i dolori atroci ricompariscono, non rimane altra risorsa che i mezzi proprj a diminuirli e renderli più sopportabili: in codesta categoria sono le fomentazioni di decotto di cicuta, di capi di papavero, di giusquiamo, alle quali si aggiunge l'acetato di piombo e l' oppio; le infusioni di foglie di lauro-ceraso, della cicuta officinale (*conium maculatum*); dei cataplasmi di lin-seme; delle carote triturate o raspate di recente, ec. Si esibisce pure internamente la cicuta, l'oppio, la china, e si usano altri mezzi analoghi, avendo cura di mantenere lubrico il tubo gastro-enterico.

Ossificazione del globo dell' occhio.

Ossificatio oculi partium.

Sembra che l'occhio possa essere la sede di tutte le alterazioni di tessuto che attaccano talvolta le altre parti del corpo. Si riscontrano per conseguenza qualche volta anco delle ossificazioni o delle concrezioni calcolose in quest' organo. Si sono osservate, in

esempio, delle ossificazioni della *sclerotica*, della *coroide*, o isolate o complicate da alterazioni simili ad altre parti dell' occhio.

Si è veduta l' *iride*, la *retina*, il *nervo ottico*, ed anco il *corpo vitreo* essere nello stato d' indurimento osteo-petroso; si è pur trovato il globo dell' occhio trasformato intieramente in materia ossosa.

Morgagni e *Haller* hanno trovato degli strati ossei fra la coroide e la retina. *Morand* ha descritto un cristallino opaco, duro come la pietra, che coesisteva coll' ossificazione del corpo vitreo. *Pellier de Quengsy*, *Janin*, *Haller*, *Zinn*, ec. hanno ugualmente osservato dei cristallini ossificati. *Wardrop* e *Walther* riferiscono dei casi di ossificazioni della cornea. Si è finalmente trovata una massa calcarea nei condotti e nella caruncola lagrimale.

Molti altri casi rari di tal genere sono stati descritti da *Haller* (*Observ. patholog in oper, minor*). *Morgagni* (*de sedibus et causis morborum*), *Pelletier* (*Recueil de mémoires et observations sur l' œil, ec.*), *Morand* (*Mémoires de l' Academie royale des sciences*, 1730). *Scarpa* (*l. c., vol. II*) ed altri; quest' ultimo ha anco aggiunta la figura di una simile disorganizzazione.

Diminuzione od aumento congenito del numero degli occhi.

Si sono osservati dei casi nei quali dei neonati non avevano che un occhio, ed altri (e questi sono i più frequenti) che ne erano affatto privi (1) con e senz' orbita. Si sono veduti qualche volta due, trè e fino a quattro occhi nella medesima cavità orbitale. La sede degli occhi non è neppure sempre la stessa; si sono trovati talora al loro posto naturale, altrevolte sù altri punti, come per esempio, all'occipite, sulle spalle, sul petto (2). Schenchio riferisce pure (nelle

(1) Ved. *acta eruditor*: Lips., 1726. *Mens mart.*

(2) Mi cade qui in acconcio di riferire due casi rari, che mi appartengono, e tuttora ostensibili, che uno dei quali tro-

sue osservazioni, lib. I.) che se ne sono trovati sulle cosce (1).

vasi presso gli eredi del fu mio precettore ed amico Cav. Andrea Vaccà Berlinghieri, e l'altro presso di me. Forma il soggetto del primo una bambina nonimestre, nata nello stato di Genova da robusta e ben conformata contadina.

Oltre il combinarsi nella neonata una sensibile aberrazione di luogo relativamente agli occhi, la loro particolare estrinseca organizzazione era pur molto ammirabile. Esisteva precisamente nella regione della glabella un' apertura quadrangolare, avente un angolo risguardante l' alto della fronte, l' opposto era diretto verso la bocca, gli altri due miravano gli orecchi. Dal centro della nominata apertura sorgevano due piccolissimi occhi dell' estensione, poco più di una comune lenticchia [legume], distanti circa due linee l'uno dall' altro. In ambo gli occhi evidentemente si distingueva la cornea opaca dalla trasparente, così l' iride dalla pupilla. I bordi, che riuniti formavano i quattro angoli, e dentro i quali vedevansi gli occhi, erano ovunque forniti di palpebre. E quantunque la descrizione di quanto ne segue non appartenga al caso in quistione, mi gioverò nonostante di riportarla, più per mostrare quanto bizzarra fu la natura in questo piccolo essere, di quello che servir possa all' utilità della scienza particolarmente nel caso nostro.

Corrispondente all'angolo superiore della nominata apertura sorgeva una specie di cono, mobile nella respirazione, composto di semplici parti molli, avente un piccolo foro nella sommità rivolta in alto. Il capo era moltissimo allungato, cogli orecchi di forma umana, ma straordinariamente lunghi. Ad imitazione della bella e contemporaneamente sfortunata *Anna Bolena* era sesdigitale, colla differenza che la neonata aveva di più un dito soprannumerario anco a ciascun piede. Sotto il funicolo ombellicale, cioè alla sua parte posteriore si osservava un' apertura, la quale dava egresso ad una tenacissima e diafana membrana (probabilmente continuazione del peritoneo) che formava una specie di sacco contenente non piccola porzione d' intestini, dei quali chiaramente se ne vedevano gli ordinarj movimenti peristaltici. Il rimanente del corpo corrispondeva al naturale, tranne l' ano, che era impervio. Gli organi della voce erano pure normali giacchè nelle 27 ore che visse vagiva con sufficiente energia.

Il secondo caso, esso pure non comune, l' osservai in

[1] *Sybel nella sua dissertazione inaugurale de quibusdam materiae et formae oculi aberrationibus à statu normali*, *Halec*, 1799, ed in *Reil archiv. für die physiologie*, 5. B. 1. H., ha raccolto molti casi di tal genere.

Fra gli autori moderni, *Adamo Schmidt* (1) racconta il caso di un bambino senz' occhi, che visse sei settimane. Facendo l' autopsia del cadavere, non trovò nell' orbita se non che la glandola lagrimale, il terzo paio de' nervi cerebrali, la prima branca del quinto e l' arteria ottalmica; il nervo ottico mancava totalmente, ed il foro che suol darvi ordinariamente passaggio era obliterato, o meglio non esisteva. Si legge, nel medesimo volume di questo giornale,

una bambina acefala settimestre, da me raccolta in Livorno nell' anno 1823. Nell' ammasso informe della neonata ove negli esseri bene organizzati corrisponde la regione sincipitale, si vedono due piccoli occhi delle dimensioni a un di presso dei nominati nella precedente osservazione; colla differenza che in questo caso in luogo di comparire fra un'apertura quadrangolare, leggermente infossata, sono all' opposto situati sulla sommitá di un' eminenza sferica, dell' altezza di mezzo pollice circa, la quale puô (volendo) essere ricoperta da un pezzo carnoso, fatto precisamenta a foggia di lingua umana, e girato in addietro. Il naso manca assolutamente, ed una piccolissima apertura a guisa di bocca vedesi orizzontalmente posta sul medesimo ammasso corrispondente ai così detti occhi, distante da questi circa due pollici. L'ano in questa pure è imperforato; il non descritto resto del corpo non offre nulla che degno sia di particolare osservazione.

Non pochi sono i casi a me noti ed agli esposti molto simili, trovati registrati nelle diverse opere mediche. Si leggono, in esempio, nelle *memorie dell' accademia reale delle scienze* per l' anno 1717, [p. 285.] che un aborto di sette mesi, privo di naso, aveva un solo occhio nel bel mezzo della fronte, ec.

Nel *giornale di medicina* (1686, giugno e luglio, art. 8. p. 47.) si parla di un fanciullo cui aprivasi un occhio solo nel mezzo della faccia, nel luogo ove il naso mancava.

Leduc nel 1696 raccolse un feto nel quale non si vedeva che un occhio quasi nel centro della faccia sulla mascella superiore, e quell' occhio aveva doppio cristallino e doppia pupilla; come molti altri possonsi riscontrare nelle raccolte di casi rari, e di aberrazioni della natura.

N. del Tr.

(1) *Ophtalm. Biblioth. von.* Himly *und*, Ad. Schmidt, 3. B. 1. H., p. 170.

l' istoria di un caso simile osservato da *Malacarne*; il bambino che ne formava il soggetto visse due mesi, nell' orbita non v' era che la glandola e la caruncola lagrimale, le palpebre e le vie delle lagrime.

Si pretende ancora avere trovato degli occhi che mancavano di qualcuna delle parti che entrano nella loro composizione, l'iride in esempio. *Baratta* (l. c. vol II, p. 349) parla di un giovine di anni ventidue che non aveva iride. Il dottore *Morison* ha veduto un bambino i di cui occhi erano mancanti di codesta membrana; è nonostante più verosimile che non fosse se non che una *midriasi*, come lo pensarono i medici-relatori. Generalmente, le osservazioni nelle quali si pretende di avere trovati degli occhi senz'iride, sono per anco molto incomplete, nè sono molto convincenti (1).

(1) Io voglio riportare in questo luogo, per la sua rarità, un caso di mancanza accidentale dell'iride, ch'io stesso ho potuto osservare. Un coltivatore delle vicinanze del monastero *Maria-Stern*, a qualche lega da Dresda, era occupato nel bosco a tagliare delle piccole legna, quando una scheggia gli percuotè l' occhio sinistro. Il dolore forte che sentì, gli fece supporre che fosse rimasto nell'occhio una qualche spina; pregò in conseguenza qualcuno de' suoi compagni di esaminarlo. Uno di essi lo assicurò che esisteva difatto una spina nel suo occhio, ed egli procurò immediatamente di farla sortire per mezzo del capo di uno spillo. Le conseguenze dell' accaduto furono un' infiammazione molto dolorosa che durò qualche tempo, e la cecità completa di quest' occhio Il malato venne a consultarmi, ed io non fui poco sorpreso quando osservando la forma dell' occhio assolutamente come nello stato normale, e la cornea ben trasparente e regolarmente convessa, non trovai se non che qualche traccia dell' iride attaccata, sotto la forma di un piccolo fiocco, alla parte inferiore della circonferenza della cornea. Il compagno avendo preso per una spina (come si può supporre dall'esposto) il prolasso dell'iride, che era stato prodotto dal pezzo di legno forando la cornea, aveva distaccata la prima di queste membrane dal suo ligamento ciliare, e l'aveva portata fuori dell'occhio Il punto ove la cornea era stata incisa non si riconosceva se non se per una leggiera opacità. (Ved: tav. 1. fig. 8.)

Ottalmie specifiche.

Delle ottalmie specifiche in generale.

Si chiamano ottalmie specifiche quelle che hanno per origine delle cause patologiche specifiche, consistenti in uno stato discrasiaco particolare dell' economia, od in un'affezione miasmatica o contagiosa.

La discrepanza delle opinioni che regna sull'essenza dell' infiammazione in generale, ci dimostra abbastanza, che noi non siamo ancora perfettamente illuminati su questo punto (*). Ma se un esame accurato ci dimostra che l' afflusso aumentato del sangue è il primo effetto di ogni impulso che eccita l' infiammazione; che in seguito codesto fluido penetra nei vasi che nello stato normale non danno passaggio se non se a dei fluidi bianchi; che conseguentemente, il sistema capillare è la prima sede dell'infiammazione, se ne può concludere, io credo, senza sbaglio, che è precisamente in questo sistema che agiscono le cause nel principio, e che v'influisce moltissimo in tutte le infiammazioni tanto semplici che specifiche.

Nello stesso modo che le discrasie, le affezioni miasmatiche e contagiose differiscono considerabilmente fra loro, così pure le ottalmie che esse producono differiscono essenzialmente per la loro invasione, pel loro corso e terminazione, come pure sotto il rapporto del prognostico e della cura che loro conviene.

Questa verità s' applica non solo alle infiamma-

(*) Se il nostro autore, ricco come egli è di cognizioni, possedesse uno di que' belli e del pari utilissimi libri che tanto onorano l'Italia ed immortalano l'autore (ognun s'accorge ch'io parlar voglio delle, per ora, incomparabili *Considerazioni patologico-pratiche sull'infiammazione* dell'oggi Protomedico Clinico Parmense G. Tommasini), certo che non vedrebbe la branca in discorso tanto all'oscuro quanto egli ce la dipinge; noi non possiamo supporre che se il Sig. *Weller* ignorava tanto tesoro allorchè scrisse l'eccellente suo trattato sulle malattie degli occhi, non ne sia ora al possesso, e non possa conoscerne i pregi e parlarne al pari degl' Italiani stessi. (N. del T.)

zioni specifiche degli occhi, ma per anco alle flemmasie di tutti gli organi dell'economia; e certamente sarebbe della più grand' utilità per l' uomo dell'arte, la di cui intenzione è di non si dedicare che alla parte della scienza, che si chiama medicina interna, di studiare sull'occhio le infiammazioni ed i loro esiti.

Io sono persuaso che non si limiterebbe allora ad ammettere un' *epitite acuta* e *cronica*, una *peripneumonia vera e falsa*, ec. egli saprebbe che esistono ancora delle differenze più importanti, più razionali di quelle che ha conosciute fino allora; troverebbe che l'artritide, le scrofolose, il reumatismo, il vajolo, la sifilide, ec. ponno ancora determinare nel polmone, e nella massima parte degli organi dell' economia delle infiammazioni che hanno dei sintomi loro proprj, e che per essere medicati convenientemente esigono qualche cosa di più della semplice distinzione in flemmasia cronica ed acuta; egli vedrebbe finalmente che gli stessi accidenti infiammatorj del cervello nei soggetti affetti di scarlattina possiedono un carattere particolare, che appartiene sempre a questa malattia, e che nella scarlattina leggiermente infiammatoria che noi vediamo regnare nelle nostre contrade da molti anni, esigono il metodo puramente antiflogistico, nelle quali finalmente l' applicazione locale imprudentemente fatta del freddo-umido, deve perturbare il corso naturale della malattia, e produrre delle affezioni consecutive, ammeno che il malato non sia di già vittima di questi attacchi impensati. Possino queste parole, che mi vengono dettate dal sentimento di una intima convinzione, e che sono il frutto di molta esperienza, avere qualche utile resultato! La ragione per la quale la semiologia e la terapeutica delle altre affezioni infiammatorie, sono oggi giorno molto più addietro di quella dell' ottalmologia, non depende soltanto da ciò che le parti che ne sono la sede sono meno accessibili all' occhio dell'organo della vista; ciò depende dai medici stessi che trovano sovente assai più comodo di conoscere in poco tempo un sistema nuovo, per adattarlo in seguito sistematicamente alle malattie degli uomini, piuttosto che osser-

vare essi stessi al letto del malato, e di studiare lungamente i resultati isolati dell' esperienza , che non parla, è vero , il linguaggio scorrevole e semi-mistico di una falsa filosofia eretta in sistema.

Le ottalmie specifiche vengono dietro a delle ottalmie semplici, comparse per lo più in conseguenza di una causa eccitante esterna, circostanze nelle quali si devono chiamare ottalmie specifiche secondarie, poichè non è che in seguito, ch'esse prendono il loro carattere particolare; oppure esse sono immediatamente provocate da una causa specifica , ed esprimente allora , in qualche modo , l' affezione sotto l' influenza della quale si trova l'economia.

Si vede spesso presentarsi un' ottalmia specifica , quantunque l' affezione generale che ne dev' essere la causa sembra mancare ; in questi casi esiste sempre per lo meno una disposizione a quest' affezione , e la malattia si è allora mostrata, in qualche maniera nell' occhio solo , ciò che non impedisce all' ottalmia di diventare tanto grave quanto ne' casi ove l' affezione generale è ovunque molto manifesta.

Le ottalmie specifiche hanno, del rimanente, questo di particolare, ch'esse non ponno essere divise in primo e secondo periodo; poichè, in generale, il primo stadio, nel quale predomina la flogosi, è sommamente corto, e passa spesso anco inosservato.

Le ottalmie specifiche si distinguono dalle ottalmie semplici per la gran tendenza ch' esse hanno a recidivare; le prime sogliono pure rissolversi meno facilmente; lasciano, all' opposto, spesso dietro delle lesioni organiche ; ragione per la quale il prognostico ne suol essere assai meno favorevole di quello delle semplici flemmasie.

Per ciò che concerne la cura, io devo dire , in generale, che uno dei principali mezzi consiste in un regime adattato; il medico che sà trarne partito convenientemente , ne ottiene bene spesso il suo intento.

L' influenza che può esercitare sull' organo della vista una regime conveniente, ed una favorevole disposizione dello spirito, è sommamente grande. La migliore condotta a tenersi nei casi d' ottalmie specifiche deve

essere un regime semplice, dolce, evitando tutti gli stimolanti; le affezioni morali triste sono, in questo caso, per lo meno tanto pregiudicievoli quanto il traviare nel regime dietetico. La migliore bevanda, per queste specie di malattie, è in generale l' acqua, i di cui effetti secondano maravigliosamente la cura se essa è presa in molta quantità.

Siccome ordinariamente è raro che la flogosi sia considerabile, anco nel primo periodo, si può di già immaginare che la cura antiflogistica deve riuscire meno spesso di quello che nelle ottalmie semplici; e ove non si manifesta neppure sul primo periodo, gli antiflogistici non ponno che favorire la causa specifica, ed accrescere l' infiammazione parziale.

Vi sono nonostante delle eccezioni a questa regola: esistono dei casi ove la flogosi predomina subito considerabilmente sull' affezione specifica, cioè ove bisogna per conseguenza impiegare la cura antiflogistica più vigorosa; ma in queste circostanze pur anco non si può impunemente andare tropp'oltre. Le cause dell' ottalmia, la costituzione ed i rapporti del malato, devono allora servire di guida.

Durante il corso del secondo periodo infiammatorio, nel quale bisogna combattere la malattia specifica, il medico deve particolarmente non dimenticare che è rarissimo di potere ottenere in poco tempo la guarigione di quest' ultima.

Il resultato della cura di codeste affezioni non saranno favorevoli se incomincia a medicare l'artritide, il reumatismo, le scrofole ec: con mezzi generali; poichè l'organo della vista potrebbe essere distrutto anco prima che quelli che sono i meglio indicati avessero modificata abbastanza l' affezione particolare dell' economia, per estinguere la malattia dalla quale l'occhio è affetto. Lo scopo del medico-oculista deve dunque mirare a favorire il trasporto dell'azione morbosa specifica lungi dall'occhio; nel caso pur anco in cui non potesse ottenere questo resultato che a spese di un altr'organo meno importante. Egli avrà sempre in seguito il tempo di diminuire o di guarire l' affezione generale, se pure è possibile, ad oggetto di prevenire

le recidive.Ecco perchè i topici, gli eccitanti alla pelle, i derivativi sul canale intestinale, od i purgativi agiscono in modo sì eroico pella pronta guarigione delle affezioni infiammatorie specifiche dell' occhio. *Ipocrate* aveva di già detto, con ragione, parlando dell' ultima classe di medicamenti: *in alvi profluviis de capite pituita defluit.*

Ottalmia catarrale.

Ophthalmia catarrhalis, catarrhosa.

Sintomi della malattia. Le palpebre arrossiscono nel tempo stesso che il malato vi soffre una sensazione di bruciore, gli occhi non tollerano la luce e sembrano bagnati di lagrime : queste sembrano non solo accresciute, ma diventano calde al punto da arrossire e da produrre anco la tumefazione delle parti colle quali sono in contatto. La massima parte de'malati si dolgono di una sensazione incomoda analoga a quella che produrrebbe la presenza di grani di sabbia frapposti all' occhio ed alle palpebre, talchè fregano spesso i loro occhi. Poco a poco tutti i nominati sintomi diminuiscono, ed i follicoli di *Meibomio* incominciano a separare una materia consistente, e bianca. L' affezione catarrale si limita per lo più alle palpebre: talvolta nonostante la congiuntiva oculare partecipa pure dell'infiammazione, oppure essa ne è affetta primitivamente ; diventa un poco rossa, la fotofobia aumenta, e qualche volta anco le palpebre si chiudono spasmodicamente; talora l'infiammazione si propaga fino al sacco lagrimale. Codest'ottalmia può pure essere accompagnata da segni di catarro, de' quali può anco mancare; e può essere con o senza febbre; presenta delle esacerbazioni verso la sera, e si distingue per questa caratteristica dall'ottalmia scrofolosa, le di cui remissioni compariscono all' indicata epoca della giornata.

Se la causa che produce quest' ottalmia determina nel tempo stesso un reuma indipendentemente dall' affezione catarrale, si complica di reumatismo,

la congiuntiva oculare diventa allora rossissima, l'avversione per la luce aumenta, l' occhio è inondato di lagrime ad ogni variazione di temperatura e di luce; il malato risente dei dolori fortissimi nell' interno dell' occhio, e nelle regioni circonvicine; questi dolori aumentano allorchè la persona che n'è affetta giace a letto; le remissioni alle quali va soggetta l' ottalmia puramente catarrale sono quasi che insignificanti. Tali sono i sintomi che caratterizzano un' ottalmia reumatico-catarrale.

Le cause sono le medesime del catarro-ordinario.

La temperatura fredda ed umida, particolarmente in autunno e in primavera, produce facilmente questa malattia nelle persone che vi sono disposte. È perciò ch' essa è per lo più endemica ne' paesi ove l' atmosfera è quasi che continuamente fredda ed umida. Nonostante l'ottalmia catarrale non si manifesta esclusivamente durante la stagione nella quale i tempi sono cattivi, si presenta talvolta ne' tempi caldi ed asciutti, e diventa anco epidemica; ciò che depende senza dubbio da particolare costituzione o da qualche alterazione dell'atmosfera, che noi non conosciamo, oppure, che è la cosa stessa, depende da qualche sostanza particolare che ha la proprietà di provocare questa malattia. Se indipendentemente dall'influenza di questa causa, il malato mostra una disposizione al reumatismo, o se si è esposto precedentemente ad un raffreddamento locale o generale, si vede sopraggiungere facilmente la complicazione catarro-reumatica che abbiamo indicata.

Il prognostico è ordinariamente favorevole; nulladimeno se l'affezione catarrale è complicata da reuma, se è trascurata, o se attacca individui avanzati in età e deboli, il suo corso si prolunga spesso per lunghissimo tempo: così essa può persistere per più anni, corrodere le commettiture delle palpebre, nei soggetti cachettici, da cui resulta la formazione dell' *etropio*, ed è ciò che pure accade per lo più nei vecchi, e che gli ha fatto dare il nome di *etropio senile*. Codesta circostanza ha pur anco fatta designare molto spesso quest' ottalmia col nome d' *ottalmia senile*.

Cura. Nel nascere l'infiammazione, le applicazioni

di acqua fredda sono molto utili. Se la flogosi diventa violenta, ciò che è raro, si applicano delle sanguisughe verso l'angolo interno dell' occhio. Si fa altrettanto nei casi di complicazione reumatica, circostanza nella quale si può sempre insistere vieppiù cogli antiflogistici. La cura interna dev'esser quella del catarro e del reuma. Quando l'infiammazione dura da lungo tempo, e che le glandole del *Meibomio* separano un mucco denso, bisogna esibire internamente dei leggieri diaforetici, con o senza l' aggiuuta della canfora, e si raccomanda al malato di tenersi caldo; si fanno finalmente applicare all'esterno dei sacchetti aromatici con della canfora (1), usando la seguente preparazione:

℥ Fior di sambuco. . . . } ana ʒ vj.
Detti di cammomilla . . }
Canfor. tritur. . . . . gr. v. a ʒ ß.
Mescolate.

Se sulle palpebre esistono delle escoriazioni dalle quali scola del pus di cattiva indole, ciò che spesso si osserva nelle persone attempate, e ne' casi di complicazione reumatica, si usano gli stittici, in esempio, la pietra divina in dissoluzione coll' oppio, oppure la seguente preparazione:

℥ Deutoclorur. di merc. . gr. j.
Mucillag. di sem. di catag. ʒj.
Tint. d' opp. zaffran . . ♃ ß a ʒj a ʒj ß.
Acqua di rose . . . . ʒ jv a ʒ vj.
Mescolate.

Se questo miscuglio non è tollerato, si ponno usare le pomate astringenti tale è quella di *Janin*, che dev' essere preparata nelle proporzioni che sieno in rapporto collo stato di rilasciamento più o meno considerabile delle palpebre. Nelle persone deboli e snervate, la seguente pomata produce ottimi effetti.

(1) Le persone molto irritabili, le donne particolarmente tollerano difficilmente la canfora; l' applicazione del calore asciutto senza sostanze aromatiche è allora bene indicato.

℞ Tuzia prep. . . . . gr. xv.
Solfato di zinco . . . . . gr. j ß.
Deutossido di merc . . . . gr. xv.
Burro fresco non salato. . . ʒ j.
Mescolate.

Contemporaneamente bisogna sottoporre i malati ad un regime dolce e nutriente.

I fanciulli e le donne conservano talvolta, dopo le ottalmie-catarro-reumatiche, una soverchia sensibilità degli occhi e delle palpebre: ogni sforzo dell'organo della vista, ogni cangiamento di temperatura cagiona un leggiero rossore nel bordo delle palpebre (particolarmente verso le loro commettiture), produce una leggiera fotofobia, e delle scosse convulsive nell'uno e nell'altro di questi veli mobili. Tali accidenti durano talvolta per degli anni intieri, se si trascurano.

I sacchetti aromatici secchi, con o senza canfora, le pomate astringenti oppiate ec., o la tintura d'oppio, sono senza effetto o non sono sopportate. Io ho usato con successo, in questi casi, l'acqua di oppio semplice (1), o quando i liquidi non erano sopportati, mi serviva di una pomata composta, di una parte di oppio puro ridotto in polvere, e di tre parti di giallo d'uovo, colla quale io faceva fare una o tre volte ogni giorno delle fregagioni sulle palpebre o sulla regione sopra-orbitale. Ho pure ottenuto dei buoni effetti dal collirio seguente:

℞ Solfato di zinco . . . . . gr. ij.
Acqua distillata di rose. . . ʒ jv.
Acetato di piombo. . . . . ʒ ß.
Mucillag. di gom. arabica . . ʒ ij.
Mescolate.

Si fanno più volte ogni giorno delle lavande sugli occhi con questo collirio (che dev'essere sempre

(1) Ved. la sua preparazione, vol. 1. pag. 40.

tiepido), in modo da farne penetrare una certa quantità fra le palpebre. Io aggiungo a codest'operazione una dramma d' *acqua d' oppio* allorquando gl' individui sono irritabilissimi, e che il muscolo orbicolare delle palpebre è agitato da movimenti convulsivi continui.

Allorchè un' ottalmia catarrale è molto inveterata, quando si combina nelle persone attempate, o ch'essa è molto intensa, si ottengono dei vantaggi dall'applicazione de' vessicanti dietro gli orecchi, e dall' uso dei revulsivi ancora più energici. Il medico prudente si giova di questi mezzi spesso anco avanti i collirj e prima delle pomate, tanto più che non ha a temere l'indebolimento della vista, che potrebbe esser prodotto dall'uso de' topici astringenti.

Il calomelano, amministrato come purgativo, è utile particolarmente quando la guarigione di un' ottalmia catarrale si vede ritardata da complicazione scrofolosa.

Ottalmia d' Egitto.

Ophthalmia aegyptiaca, ophthalmia contagiosa, ophthalmia asiatica (1), *secondo* Adams; *detta pure anco, ma a torto, ophthalmia bellica o ophthalmia catarrhalis bellica.*

Secondo *Rust* ed altri autori, codesta malattia deve avere la più grande analogia coll'ottalmia catarrale, ciò ch' è impossibile non ravvisare dai segni i più leggieri. Essa è stata descritta da gran numero di medici, fra i quali io mi limiterò a citare *Desgenettes, Larrey, Power, L. Frank, Assalini, Vetch, Farell, Adams, Helling, Lehmann, Baltz, Brigges, Ware, Laverini, Omodei, Vasani, Rust, Sprengel, de Walther, Graefe, e Muller.*

Sotto il rapporto pratico, si ponno ammettere tre gradazioni nell' *ottalmia d' Egitto.* Nel primo,

(1) Per la ragione ch'essa regna endemicamente non solo in Egitto, ma in tutta l' Asia.

l'infiammazione attacca la congiuntiva palpebrale sola; nel secondo, la congiuntiva delle palpebre e della sclerotica; nel terzo finalmente, s'impadronisce della congiuntiva, della cornea e del tessuto stesso di questa ultima membrana. Secondo *Rust* codesta flemmasia incomincia sempre dalle parti esterne dell' occhio, per diffondersi in seguito alle altre. Le parti interne del bulbo dell' occhio, l' iride, la coroide, il cristallino, la retina ed il corpo vitreo, non sono che rarissimamente, e secondo alcuni autori, giammai affette direttamente dall' infiammazione; l' estensione rapida della flemmasia fa credere spessissimo che queste parti sieno state simultaneamente attaccate.

Fenomeni del primo grado. Il malato prova, come nell' ottalmia catarrale, una sensazione analoga a quella che sarebbe prodotta dalla sabbia esistente sotto la palpebra superiore; codesta sensazione è accompagnata da leggiero dolore, particolarmente nella prossimità della commettitura esterna; la secrezione delle lagrime è accresciuta, e l'occhio presenta un'aspetto metallico particolare, *come s'egli fosse di vetro.* I bordi delle palpebre sono la sede di un prurito, e bruciore incomodo; la congiuntiva che le riveste non presenta che un poco di rossore e di tumefazione; vi ha una leggiera fotofobia, ma assolutamente senza cefalalgia. In seguito si rimarca del muco fioccoso, biancastro, che si ammassa particolarmente verso gli angoli dell' occhio. Nel maggior numero de' casi non vi ha in principio che un solo occhio ammalato, ed è per lo più quello del lato diritto; l' altro non ne partecipa se non che nel corso della malattia. Nelle circostanze le più favorevoli, quando i malati non sono dominati da alcuna discrasia, e che l' affezione è trattata convenientemente, i sintomi da noi indicati si dissipano dopo sette, quindici o venti giorni, e l' occhio ritorna al suo stato normale; le recidive sono però sempre a temersi.

Allorchè la malattia passa al secondo grado, o si mostra nel suo principio coll'intensità che la caratterizza, l' infiammazione attacca in generale ambo gli occhi ad un tempo. Il rossore della faccia esterna delle

palpebre e della loro congiuntiva è più intenso, esse sono più tumefatte e tese ; la fotofobia esiste ad un grado assai più considerabile; il prurito ed il bruciore degli occhi sono quasi insopportabili. La malattia subisce ordinariamente delle esacerbazioni verso la sera, epoca ove uno de'fenomeni più rimarcabili è una violenta cefalalgia sopra-orbitale, che si propaga nella direzione del nervo di questo nome. La cefalalgia va sempre crescendo fino verso il mezzogiorno, momento in cui la secrezione lagrimale venendo ad aumentare, e diminuendo d'intensità la fotofobia, il male di testa si dissipa contemporaneamente a tutti gli altri sintomi che noi abbiamo enumerati. Se l'indimani si esaminano gli occhi con attenzione, si trova che non solo tutta la congiuntiva palpebrale , ma anco quella della sclerotica , sono di un rosso pallido, piuttosto colore di mattone che di sangue, e che le palpebre sono tumefatte ; in una parola gli occhi del malato offrono l'aspetto che si osserva nelle persone che hanno pianto molto e per lungo tempo ; il loro rosso presenta un aspetto vellutato.

La malattia rimane per più o meno tempo in questo stato : si vede allora sopraggiungere colla diminuzione della fotofobia la blefaroblenorrea delle più ribelli, accompagnata da gonfiamento considerabile della congiuntiva , che cagiona certe alterazioni di forma delle palpebre , oppure essa ritorna al primo grado , ed in seguito si dissipa, o finalmente aumenta e passa, dopo un tempo indeterminato al terzo grado dell'infiammazione, quello che costituisce la *chemosi*.

Quando l' ottalmia al secondo grado dura per molto tempo, si sviluppano nella congiuntiva palpebrale delle vegetazioni granulose, scure, che sussistono per dei mesi ed anni intieri; coteste vegetazioni diventate abituali sono poco sensibili, e crescono o diminuiscono secondo le variazioni della temperatura. La loro presenza annunzia che il malato non solo non è esente da gravi recidive di quest' infiammazione , ma che i suoi occhi sono il focolare di un vero *contagio*, che può sotto l' influenza di circostanze favorevoli , propagarsi più lungi.

Il terzo grado di questa terribile malattia può comparire ad un tratto, distruggere la cornea in pochi giorni, e manifestarsi ancora sotto forma d'*iridite* accompagnata da delirio, da febbre grave e da encefalitide prossima, come l'hanno osservata *Omodei* (1), ed altri medici; oppure essa si sviluppa quando la malattia, dopo essere rimasta per qualche tempo al secondo grado, od essendo di già diminuita, è di bel nuovo provocata da una qualunque causa; essa ricomparisce allora con raddoppiata intensità e incomincia ad attaccare il globo dell'occhio. Questo passaggio da un grado all' altro si annunzia qualche volta con una sensazione leggiermente dolorosa; altrevolte (e ciò accade ordinariamente nella notte) si manifesta con accidenti inquietantissimi, senza che lo stato generale del malato sembri soffrirne.

I dolori più violenti si fanno sentire nella regione frontale e temporale e si estendono fino all'occipite; una fotofobia intensa, talvolta l'impotenza assoluta di muovere le palpebre, accompagnano il gonfiamento della congiuntiva che ricuopre la sclerotica, questa membrana si innalza verso la fenditura palpebrale, essa è arricciata da protuberanze prominenti e informi che presentano una specie di cercine intorno alla cornea, e la ricuoprono talora più o meno. Nella pluralità de'casi la secrezione mucosa della congiuntiva infiammata aumenta; ma il prodotto ne è in principio più tenue e meno abbondante; col tempo diventa più denso, più copioso e più puriforme; lo strato di congiuntiva che riveste la cornea si tumefà, e quest' ultima è scorciata al segno che la visione n'è diminuita, e per molto tempo, o è intieramente abolita. Non è straordinario di vedere il tessuto stesso della cornea essere affetto: le sue lamine incominciano a rilasciarsi verso il suo bordo, si gonfiano, diventano viepiù opache, bianche, si trasformano in un ascesso, e terminano col rompersi, da cui resultano dei prolassi dell' iride, degli stafilomi, e delle disorganizzazioni anco

(1) Cenni sull' ottalmia contagiosa d' Egitto, e sulla sua propagazione in Italia. Milano, 1816, p. 114.

più considerabili del bulbo dell' occhio, se l' ulcerazione tiene ad un corso progressivo, e che gli umori dell' occhio scolano al di fuori. Talvolta una sol parte della cornea si trova affetta e diventa opaca, o si formano sù varj punti di questa membrana delle ulceri che spesso producono la rottura in brevissimo tempo, e cagionano dei prolassi più o meno considerabili dell' iride. Nei casi più disgraziati tutte le parti interne ed esterne dell' occhio sono ridotte in una sol massa affetta dall' infiammazione la più intensa: bastano allora alcuni giorni, ed anco qualche ora, perchè tutto il bulbo dell' occhio sia trasformato in un organo separante delle muccosità e del pus, in tali casi la vista è irrevocabilmente perduta. Vi è da osservare, che quand' anco tutto il globo oculare è stato distrutto dall'infiammazione, gli accidenti non si dissipano come dopo le altre ottalmie; poichè lo stato infiammatorio continua per più mesi, e più lungo tempo ancora nella congiuntiva palpebrale, e può produrre nuovi malanni, e delle lesioni organiche delle palpebre, se non si cerca di rimediarvi con una cura adattata.

Quando pur anco l' infiammazione decresce poco a poco, senza avere disorganizzato il globo dell'occhio, o intorbidata la trasparenza della cornea, rimane sovente anco la fotofobia amaurotica che resiste ad ogni mezzo, e che depende come ce lo mostrano le autopsie cadaveriche fatte da *Walther* (1), dall' infiammazione parziale della coroide, che dietro le accennate osservazioni, compariva spogliata dal suo *pigmentum*, e sembrava violetta, macchiata di rosso, e aderente alla retina sù qualche punto.

È impossibile determinare in modo assoluto qual è la durata di questa malattia si terribile per le sue conseguenze, poichè può dissiparsi in pochi giorni come può durare per più mesi ed anni. Nel primo grado tiene a un color cronico, che spesso diventa acuto ad un tratto, per passare in seguito di nuovo allo stato cronico: sovente ha luogo anco l' opposto.

(1) Ved. la sua memoria sull'ottalmia contagiosa in *Graefe* und von *Walther* s Journal, vol. II.

Talvolta la blennorrea comparisce prestissimo, altrevolte più tardi. Ponno scorrere delle settimane e de' mesi prima che la cornea o la totalità dell'occhio ne sia distrutta; ma qualche volta basta anco una sol notte perchè si effettui questa distruzione.

Del rimanente io devo far rimarcare che codest'infiammazione non ha sempre proceduto nel modo stesso nelle diverse epidemie che si sono osservate, ciò che può dipendere dalla differenza del clima ove sono comparse, o dalla diversità dei popoli nei quali si presentarono.

Le affezioni consecutive a questa malattia, e che sono prodotte da essa, sono numerose e variate. Le più ordinarie e le più frequenti sono gli stafilomi parziali o generali della cornea, l'opacità di questa membrana, l'ipopion, le deformità delle palpebre, la continua fotofobia, il rossore cronico, ed il rilasciamento granuloso della congiuntiva delle palpebre. Quest'ultimo è, come l'abbiamo di già detto, una conseguenza immancabile di cotesta malattia, il quale, finchè esiste, deve far temere le recidive. Talvolta le conseguenze di codesta infiammazione si limitano a delle cateratte, alle amaurosi, alle nictalopie, ed alle fistole del sacco lagrimale.

La causa prossima dell' ottalmia in discorso è un *contagio* di natura particolare, che può essersi formato in Egitto da lungo tempo per un concorso di cause favorevoli al suo sviluppo; almeno questa malattia è stata di già descritta nel sedicesimo secolo da *Prospero Alpino* (1), e da *Avicenna*. Ma i medici non sono per anco d' accordo relativamente alle circostanze che favoriscono l'origine di questo *contagio*. *Assalini*, *Vetch*, ed alcuni altri opinano che l' influenza del clima e della maniera di vivere in condizioni favorevoli pel rimanente, possono produrre cotesta ottalmia presso di noi, ugualmente che in Egitto. *Larrey* (2), e molti altri, credono che la luce viva

(1) *De medicina Egypt.* lib. 1, cap. 7, 13 e 14.

(2) Relazione istorica e chirurgica dell' armata d' Oriente in Egitto ed in Siria, ec. A Parigi 1813.

del sole ripercossa dalla sabbia bianca del suolo d'Egitto, combinata colle notti fredde e nebulose che sopprimono la traspirazione cutanea, esercita quest' azione pregiudicievole sugli occhi, alla quale ponno pure avere contribuito l' abuso delle sostanze alcooliche, del coito, la sabbia introdotta fra le palpebre ec.

Era l' occhio diritto che era per lo più malato ne' soldati che bivaccavano in Egitto, poichè avevano l'abitudine di dormire particolarmente sul lato destro, ciò che esponeva di preferenza l'occhio corrispondente alle emanazioni fredde del suolo. Le persone bionde erano più facilmente affette delle brune.

Larrey, *L. Frank*, *Beltz*, e qualche altro medico, non ammettono assolutamente che cotesta malattia sia di natura contagiosa; molti medici, fra gli altri *Adams*, *Omodei*, *Rust*, ec. credono che non si propaghi che per infezione; pretendono che il contagio non si sviluppi mai presso di noi, e ch'esso ci è stato importato dall'Egitto dalle truppe che lo hanno diffuso in quasi tutti i paesi d' Europa.

L' opinione della natura contagiosa di questa infiammazione non è generale; la massima parte de'medici francesi non l'ammettono, pensano soltanto che la malattia può essere propagata per mezzo della trasmissione della materia purulenta separata durante la infiammazione. Il maggior numero de' medici inglesi, italiani, e tedeschi, sono al contrario persuasi del carattere contagioso di quest'affezione, che è dimostrata da immensità di fatti. Ma il *contagio* sembra essere di una natura fissa, poichè la trasmissione della malattia esige quasi costantemente dei rapporti di coabitazione fra gl' individui. Esso si attacca alle vesti, e dev'essere contenuto nel muco puriforme prodotto dalla congiuntiva palpebrale o oculare; si pretende finalmente che il *contagio* in quistione può essere propagato dall'aria. Coloro che hanno sofferta una volta la malattia non sono per questo sicuri da un secondo attacco.

Forse bisogna cercare ancora la verità fra i due estremi.

Si può benissimo ammettere, in generale, che la natura contagiosa di tal malattia è dimostrata; che il *contagio* non risiede in principio che nella congiuntiva, e che è prodotto dall' infiammazione; che il carattere contagioso della malattia può svilupparsi da una epidemia non contagiosa, molto verosimilmente nello stesso modo che noi vediamo il tifo contagioso nascere da una febbre reumatico-catarrale benigna, ed espandersi più lungi; che la proprietà contagiosa è sviluppata ed aumentata dalla riunione di molti individui; finalmente non solo il trasporto del muco purriforme, ma di già la coabitazione prolungata de' malati affetti da questo genere di ottalmia, basta per trasmettere la malattia ad altri, che ne hanno d'altronde la disposizione; mentre che una riunione di breve durata, ed il tatto degli occhi colle dita non sembra essere sufficiente acciocchè abbia luogo il contagio.

Codest'affezione ha ricevuto, con ragione, il nome d' ottalmia d'Egitto, perchè è evidente ch'essa è stata importata da questo paese in Europa dalle armate francesi e inglesi nella spedizione d'Egitto. In conseguenza delle guerre alle quali si determinarono in seguito queste due potenze, la malattia si diffuse fra le milizie di quasi tutti i paesi d'Europa, e fra gli altri abitanti pur anco di coteste differenti contrade; un infinito numero di persone vi perdettero affatto o quasi completamente la vista. Dietro i rapporti di *Adams* vi furono più di 5,000 soldati dell' armata inglese che restarono ciechi.

Il prognostico varia secondo il grado dell'infiammazione e secondo la costituzione dei malati. I gradi più leggieri della malattia si guariscono spesso, nello spazio di sette a undici giorni, senza i soccorsi dell' arte; quelli più violenti sono non solo più ribelli, ma lasciano facilmente dietro di loro delle alterazioni che diminuiscono o aumentano la facoltà visiva. Il prognostico è più infausto nei soggetti sottoposti a discrasie, particolarmente negli scrofolosi. Cotesta malattia non rispetta alcun'età, alcun sesso, alcuna professione, alcuna costituzione; le principali conseguenze sono: la fotofobia ed il cronico rossore delle palpebre, l'anor-

male secrezione mucosa, delle vegetazioni della congiuntiva, degli etropi, delle ulceri, degli ascessi, delle opacità e delle suppurazioni della cornea, degli stafilomi parziali e generali di questa membrana, delle alterazioni della pupilla, delle sinechie, delle amaurosi ec. In ogni circostanza, il prognostico, quantunque incerto, è nonostante più favorevole nel primo grado di quello che nel secondo; nel terzo periodo è sommamente dubbio ed infausto. Del rimanente, si è osservato, che le epidemie mostrano nel loro principio, ugualmente che verso la fine, un carattere più mite di quello che alla metà del loro corso.

Quest' affezione essendo contagiosa, e non attaccando per lo più che dei militari, la prima precauzione a prendersi consiste nell'isolamento degl'individui malati dai sani, e nel far nettare scrupolosamente e separare gli oggetti dei primi, ed a raccomandare agli uni ed agli altri la più gran proprietà. Si adempie perciò nel tempo istesso alla prima indicazione allontanando ed evitando l' azione delle cause estrinseche che hanno cagionata la malattia (1). È in oltre necessario che il regime corrisponda ai diversi mezzi che si devono adoprare. La luce e la temperatura dell' ospedale devono essere adattate; le camere che bisogna ben guardarsi di sopraccaricare di malati, devono essere tenute proprie, senz' essere riscaldate; l' aria vi dev'essere pura, ma senza che vi sieno delle correnti; la biancheria dev' essere di una somma proprietà. Si modera l' intensità della luce con delle cortine bigie o verdi; si fanno portare ai malati delle visiere fatte di foglio grosso, guarnite di drappo verde, e si evita scrupolosamente il raffreddamento, il fumo, la polvere ed altre impurità. Il regime dietetico dev'essere dolce, poco abbondante, ma modificato a seconda delle abitudini e delle costituzioni più o meno *steniche* od *asteniche* dei malati.

(1) *Guglielmo Adams* ha particolarmente dati dei consigli minuziosissimi per prevenire quanto è possibile cotesta malattia, nella: *A Letter to the right honourable directors of Greenwich Hospital, ec. for the extermination of the Egiptian ophthalmia, ec. London*, 1817.

Durante il primo periodo della malattia, la cura dev'essere piuttosto di espettativa. Le applicazioni di acqua di sorgente fresca o di un collirio mucillaginoso e oppiato semplice servono generalmente; in seguito all'uso dell'acqua fresca si aggiunge della tintura d'oppio o dell' acetato di piombo, e queste preparazioni sembrano bastare per guarire l'infiammazione, fintanto che dessa non si eleva però al di sopra di cotesto grado. Un emetico ha talvolta corrisposto utilmente come *contro-stimolante* (revulsivo.)

Il secondo periodo dell' ottalmia, che è caratterizzata da flogosi più intensa, ed il terzo periodo, che è ancor più violento, sembrano dover essere combattuti, al principio, colla cura antiflogistica energica, proporzionata per altro alla costituzione dei respettivi soggetti (1). Si faranno, per conseguenza, dei salassi abbondanti, che si porteranno fino alla sincope, se ciò è possibile.

L'arteriotomia è pure stata preconizzata dai medici tedeschi, e particolarmente dagl' Inglesi, che in quest'operazione, asportano una piccola porzione dell'arteria temporale. Allorchè esiste tendenza alle congestioni emorroidali, non bisogna trascurare l' applicazione delle sanguisughe all' ano. Immediatamente dopo la sottrazione sanguigna, si amministra un purgativo composto di sei a dieci grani di calomelano, di trenta grani di sciarappa con altrettanto zucchero, che si può repetere secondo la circostanza. Si fanno delle applicazioni di acqua fredda sugli occhi e sulla testa, si usano dei bagni senapati ai piedi, si applica un

(1) Pochi sono i medici che si dichiarano contro questo metodo, fra gli altri *Luigi Frank*, nepote del celebre *Pietro Frank*, *Rust*, *Muller* e *Baltz*: quest' ultimo, uno degli autori che ha più recentemente scritto su tal soggetto (*de peste, dysenteria et ophthalmia ægyptiaca* Vienna, 1820) ha cercata la causa di questa malattia nell'atmosfera d'Egitto che contiene dell'acido idroclorico; egli ordinava dei vapori aromatici, dei piediluvi, dei vescicanti, la pomata ottalmica di *Saint' Yves*, un regime corroborante, la china-china, il calomelano, l'oppio ad alte dosi, e raccomandava di evitare l'impressione della luce alquanto viva.

vescicante, oppur anco un cerotto stibiato alla nuca. Le applicazioni fredde sono state messe in pratica su molti malati, senza interruzione, per quindici giorni a tre settimane con dei successi i più soddisfacenti.

Dopo la diminuzione dell' infiammazione e della fotofobia il solo topico che sembra essere tollerato è il collirio da noi già indicato, e che si forma di acqua, di tintura d'oppio e d' acetato di piombo; nelle esposte circostanze deve costantemente essere usato ad una temperatura fredda. Non è se non che nelle complicazioni catarrali e reumatiche che le applicazioni fredde non sono ordinariamente sopportate. È senza dubbio in casi simili che *Rust* ed alcuni altri si sono trovati sì bene corrisposti dall'amministrazione de'diaforetici, dopo avere impiegati i salassi ed il calomelano. Colla stessa veduta ordinavano essi i bagni caldi, l' acetato d'ammoniaca nell'infusione teiforme di fiori di sambuco, ad oggetto di promuovere dei sudori generali.

È stato costatato dall'esperienza che i collirj stimolanti sono nocivi ad ogni periodo di malattia.

Se malgrado tutti questi mezzi convenientemente adoprati, l'infiammazione passa allo stato blenorroico, che è rimarcabile per la secrezione mucosa puriforme, ed anco per una vera secrezione di pus, l'applicazione del freddo non solamente non potrà più essere utile, ma sarebbe anzi pregiudicievole. È allora che conviene mettere in pratica dei mezzi proprj ad attenuare l' acredine, a diminuire la quantità del muco che si produce, ed a stimolare l' azione assorbente delle vene e dei vasi linfatici. Si leva a tale effetto il muco dagli occhi con precauzione, per mezzo dell'infusione tiepida di fiori di malva o di sambuco (1). Si

(1) Il consiglio dato da *Larrey*, etc. di usare dei cataplasmi emoglienti di farina di semi di lino, di capi di papavero e di zaffrano, è sommamente biasimato da *Vasani* (*Storia dell'ottalmia contagiosa dello spedale militare di Ancona. Verona* 1816, p. 87); egli pretende non averne osservati se non che dei cattivi effetti nell'ospedale d'Ancona. Io divido la sua opinione, poichè questo mezzo deve aumentare la suppurazione, e sollecitare per conseguenza la distruzione del globo dell'occhio.

conoscono i mezzi atti a diminuire la secrezione eccessiva di muco. In cotesto numero vi sono le preparazioni di piombo, di mercurio, di rame, il bollo rosso, il bianco, l' allume, ec.

Quantunque l' uso degli enumerati medicamenti non sia approvato da tutti i medici, nonostante si sono frequentemente trovati utilissimi, come lo dimostrano molte memorie rese di pubblica ragione su tal malattia. Soltanto non bisogna amministrarli troppo sollecitamente, e non si deve perdere di vista la sensibilità e costituzione dei soggetti in generale, e di quella dell' occhio in particolare, ad oggetto di graduare convenientemente le dosi dei medicamenti, affinchè non sieno esibiti alle volte troppo forti, ciò che accade di sovente, o troppo deboli, o troppo di rado. Allorquando i medicamenti non sono tollerati sotto forma di pomate, si adoprano liquidi.

Bisogna, in generale, prendere in considerazione, ciò che *Adamo Schmidt* (l. c. B. 3. S. 1. ec.) ha scritto sulla secrezione mucosa della congiuntiva, come malattia, e sui mezzi di guarirla. Si passerà per conseguenza insensibilmente e con precauzione dai medicamenti meno stittici a quelli che lo sono di più. I mercuriali si sono mostrati salutari in questi casi. Si usano in pomate o se il contatto delle sostanze grasse non è sopportato, si usa in forma liquida; si adoprano in esempio, delle leggiere dissoluzioni di sublimato col laudano liquido del *Sydenham*. Si è pure preconizzata la dissoluzione di pietra divina col laudano.

Se vi ha pericolo immediato della distruzione completa dell' occhio per mezzo della suppurazione e nei soggetti ne' quali le forze vitali sono quasi che esaurite, indipendentemente dall' applicazione de' topici, conviene pure esibire internamente dei medicamenti tonici, fra i quali la *china-china*, la *valeriana*, il *calamo aromatico*, la radica di garofano e di ratania, combinate coll' oppio se esiste sensibilità eccessiva, occupano il primo posto. Si possono pure usare altri mezzi secondo le circostanze. Allorquando la malattia è prodotta da discrasia, l'uso prolungato degli alteran-

ti internamente diventa necessario; i migliori medicamenti di cotesta classe sono: il calomelano, la polvere di *Plumer*, il guajaco, l'etiope antimoniato, ec. fra quali bisogna scegliere i più adattati alle respettive costituzioni. Si procura di calmare i dolori notturni violenti, che i malati soffrono al capo ed agli occhi, coll'uso interno dell'estratto di giusquiamo col calomelano, colle fregagioni fatte al di sopra dei sopraccigli col calomelano e l'oppio sciolto colla scialiva, e cogli emetici.

Le ulcerazioni della cornea reclamano l'uso prudente della dissoluzione acquosa della pietra divina con forte dose di laudano liquido del *Sydenham* e piccola quantità di acetato di piombo. I tumori o gli etropi sarcomatosi delle palpebre devono essere trattati lo calmente col laudano liquido; se questo medicamento non è efficace, si cauterizzano colla pietra infernale, finalmente se tali mezzi non bastano, bisogna scarificare, ed asportare coll'istrumento tagliente le granulazioni sarcomatose. *Rust* raccomanda (1) la seguente pomata nel periodo cronico dell'infiammazione, se nulla vi si oppone:

℞	Deutossido di mercurio. . .	gr. vj.
	Burro fresco e non salato. .	ʒij.
	Acetato di piombo.	ana ʒß.
	Tintura d'oppio zaffranata . .	

Mescolate bene fino a che tutta l'umidità non è scomparsa per farne una pomata.

Allorchè rimane la fotofobia abituale, si traggono dei vantaggi dalle fomentazioni sull'occhio di forti dissoluzioni di borace o d'allume. Poco dopo, *Adams* ha impiegato contro l'ottalmia d'Egitto un metodo particolare di cura, ch'è stato coronato da buon successo. Dopo aver fatto un salasso abbondante, ed amministrato un emetico, prescrive il tartaro stibiato a

(1) Ottalmia d'Egitto esistente fra le truppe prussiane della guarnigione di Magonza. Berlino 1820.

dosi refratte per produrre la nausea, e ne continua l' uso fintanto che l'ammalato non si trova nello stato di vera debolezza. Noi faremo pure osservare che gli utensili che hanno servito nel corso di un' epidemia devono essere ripuliti spesso con ogni possibile attenzione; o se sono di poco prezzo, è ancor meglio abbandonarne l'uso. In fine bisogna rimbiancare le camere che erano state occupate dai malati, ad oggetto di opporsi a qualunque ulteriore propagazione dell'affezione. Per la stessa ragione è prudente di non lasciare rientrare i convalescenti nelle loro compagnie che circa quaranta giorni dopo l' assoluta cessazione dell' infiammazione.

Non bisogna, in generale, perdere mai di vista nella cura di quest' affezione che il pericolo del contagio e delle recidive non è costantemente allontanato se non quando le vegetazioni sarcomatose ed il rossore della congiuntiva sono perfettamente scomparse.

Le precauzioni le più minuziose contro cotesta malattia non sono giammai a biasimarsi.

Ottalmia reumatica.

Ophthalmia rheumatica.

Sintomi del primo periodo. L'ammalato soffre nell' occhio e nelle parti vicine dei dolori tormentosi e lancinanti, aumentando straordinariamente sotto l'influenza del calore, ed in particolar modo in quello del letto; in ogni cangiamento di temperatura comparisce lo scolo di lagrime acri ed abbondanti; la fotofobia è al massimo grado; contemporaneamente la congiuntiva oculare (i di cui vasi sembrano ammassarsi in qualche punto) e la sclerotica diventano rosse; si osserva assai marcata la tinta rossa di questa attraverso la congiuntiva allorchè si scostano e si fanno muovere le palpebre. I sintomi più caratteristici di codesto genere d' ottalmia sono la lagrimazione e la fotofobia.

L' ottalmia non occupa per lo più che le membrane esterne del bulbo dell' occhio, e si presenta

conseguentemente come l'ottalmia esterna; nulladimeno l'infiammazione interessa talvolta anco l'iride; le glandole delle palpebre sono sovente risparmiate, ammeno che non esistino delle complicazioni; spesse volte il rossore dell' occhio è poco intenso, mentre il dolore è fortissimo.

Sintomi del secondo periodo. Il rossore dell'occhio aumenta ogni momento più, i fascetti vascolari della congiuntiva diventano più evidenti. I dolori si estendono, si propagano fino al capo ed alla mascella; la lagrimazione si accresce, quantunque la fotofobia diminuisce notabilmente, nè si manifesta in modo marcato se non che nei casi ove la luce comparisce istantaneamente vivissima. Si sviluppano delle flictene sulla cornea o sulla sclerotica, e la prima di queste membrane perde alquanto della sua lucentezza e trasparenza. Finalmente in mezzo ai dolori vivissimi, le nominate vesciche si aprono, e si convertono in ulceri, che separano dell' umore acre, tenue, e presentano un aspetto analogo a quello che resulterebbe dallo strappamento di piccoli pezzi della superficie della cornea. È raro che quest'ulceri lascino dietro di loro delle cicatrici; per lo più le loro tracce non consistono che in piccoli infossamenti o faccette, che negl'individui sani sollecitamente si riempiono. Si pretende avere osservato delle ulceri simili nella faccia interna della cornea; *Mauchart* (1) ne ha veduto un esempio nel quale l' umore acqueo della camera anteriore era intorbidato.

L' ottalmia reumatica è assai spesso complicata colle scrofole; tale accidente, che è particolarmente a temersi allorchè attacca dei soggetti deboli ed emaciati, può non solo essere sospettata quando il malato ha l'abito scrofoloso od i segni delle vere scrofole, ma si conosce ancora al semplice esame dell' occhio; i sintomi che offre quest' organo appartengono in parte all'ottalmia reumatica, ed in parte alla scrofolosa. Nei soggetti di temperamento flemmatico, mostrando della freschezza, la di cui pelle è come tumida, si rico-

(1) *Disputat. chir. selectæ Halleri*, t. I., p. 405.

nosce pure questa complicazione dalle ulcere della cornea, che non separano come nell'ottalmia reumatica semplice un fluido sanioso linfatico, ma dell' umore puriforme, giallastro, e più opaco. In codesta complicazione si osserva anco talvolta che la cornea è coperta di un panno parziale o generale; allorchè ciò accade, è ben raro che si formino delle ulceri nella detta membrana. L'andamento della malattia è allora sempre più cronico, ed è spesso necessaria la più grande perseveranza per guarire le opacità della cornea per mezzo dei topici, dopo che si è riusciti di allontanare la discrasia sotto l'influenza della quale si trovava l' occhio.

Le cause dell'ottalmia reumatica sono quelle del reumatismo in generale, come il cangiamento di temperatura, il raffreddamento allorchè il capo è in traspirazione, una corrente di aria fredda che colpisce immediatamente l' occhio, ec. Nei soggetti disposti ai reumi, ogni infiammazione semplice della congiuntiva della sclerotica può degenerare in ottalmia reumatica; ma, secondo *Beer*, sono particolarmente gli stati infiammatorj aventi il carattere erisipelatoso che subiscono facilmente tale modificazione.

Il prognostico del primo periodo è favorevole se l' infiammazione non è complicata d' artritide. È già assai meno fausto nel secondo periodo, poichè le disuguaglianze prodotte dalle ulceri saniose della cornea persistendo facilmente, diminuiscono la vista, determinano la diplopia, o lasciano delle macchie e delle cicatrici che molestano o impediscono talvolta la funzione dell' occhio. Negl' individui sani e vigorosi le disuguaglianze scompariscono, per lo più in breve tempo.

Cura. Nel primo periodo, quando l'infiammazione è molto intensa, ed il dolore vivissimo, si ponno applicare un certo numero di sanguisughe accanto all' occhio, particolarmente al suo angolo interno; un salasso generale può diventare necessario nelle infiammazioni violentissime, accompagnate da febbre reumatica, se i soggetti sono robusti e pletorici. Le applicazioni di acqua fredda non sono utili se non se al

principio della malattia, e fintanto che la pelle è perfettamente asciutta; in seguito sarebbero nocive. Nella complicazione scrofolosa, non si deve mai usare la cura antiflogistica sì generosa come negli altri casi. Si fa prendere internamente dei medicamenti diaforetici, fra i quali bisogna preferire l' acetato e l' idroclorato puro d'ammoniaca, il tartaro stibiato, ai quali si ponno associare, verso la fine di questo periodo, dei leggieri lassativi. Ho particolarmente usato con successo, circa al termine del primo stadio, ed al cominciamento del secondo, il calomelano unito allo zolfo dorato di antimonio, amministrato a dosi refratte.

A malgrado che i diaforetici interni da noi indicati possano essere continuati nel secondo periodo, è spesso necessario passare a dei mezzi più energici; in cotesta categoria sono il *guaiaco*, l' *aconito*, la *canfora*, l' *arnica*, la *poligala senega*, e quando vi ha complicazione scrofolosa, gli *antimoniali*, la *cicuta* (*conium maculatum*), e la *dulca-amara*. Se finalmente la malattia è prodotta da congestioni emorroidali, il sotto-deuto-solfato di mercurio unito al *guaiaco* ed al *tartaro-tartarizzato* (proto-tartrato di potassa) sono indicati.

Si prescrivono contemporaneamente dei piediluvi senapati, dei vescicanti o dei senapismi, che sono sovente più attivi alla nuca o dietro le orecchie. Allorchè i dolori dell'occhio e delle parti vicine sono molto intensi e continui, il malato deve fare delle fregagioni, al di sopra dei sopraccigli coll'oppio in polvere unito alla scialiva. L'applicazione di sacchetti aromatici canforati, che devono essere leggieri e ben cuciti, è pure utilissima. Se in conseguenza di flictene sono di già comparse delle esulcerazioni della congiuntiva, della sclerotica e della cornea, si prescrive un collirio composto di pietra divina e di una forte proporzione di laudano liquido. Se coteste esulcerazioni sono considerabili e che ne esistano parecchie, bisogna toccare i punti impiagati, almeno una volta ogni giorno, con un pennello intriso di laudano liquido del *Sydenham*.

Si fanno delle lavande sull' occhio colla dissoluzione di pietra divina, e si ricuopre in seguito con dei

sacchetti aromatici asciutti e caldi, fregati con canfora: si rinnuovano spesso, e si applicano in modo da non impedire il contatto di aria pura, asciutta e temperata.

Se l' infiammazione ha molta tendenza alle recidive; il malato deve fare dell' esercizio frequente all' aria asciutta e temperata, deve conseguentemente evitare le abitazioni fredde, far uso de' bagni alcalini, contenenti, in esempio, della potassa, o delle acque-madri delle saline; cotesti bagni devono essere presi gradatamente ogni giorno più freschi, e nel loro intervallo, si adopra per qualche tempo, il seguente collirio, più volte il giorno, ad una temperatura tiepida:

℞ Solfato di zinco.	gr. ij.
Acqua di rose.	℥ v.
Detta d' oppio	ʒß.
Acqua-vite di Coniac	℈j.
Mucillagine di gomma arabica .	ʒ ij.
	Mescolate.

Nei casi i più refrattarj si raccomanda di stabilire un cauterio a permanenza.

Ottalmia artritica.

Ophthalmia arthritica.

Secondo *Beer* si manifesta come le infiammazioni eresipelatose delle palpebre e del bulbo dell' occhio. Questo rispettabile Autore l' ha costantemente veduta comparire dietro la soppressione istantanea della gotta per freddo-umido. Può degenerare rapidamente nella *blefaroblenorrea*, e nella *ottalmo-blenorrea* distruttiva. Dessa fa pure di se mostra, se è la conseguenza legittima e semplice dell' artritide, come l' *iritite*, la *sclerotite*, e, generalmente, come un' affezione infiammatoria delle parti più profonde dell' occhio.

L'*infiammazione erisipelatosa* si riconosce alla tumefazione vescicolare, leggiermente rossa, incomin-

ciante dai bordi delle palpebre, e accompagnata da dolori ardenti; si presenta poco dopo la scomparsa dell' artritide, e non tarda molto a guadagnare ambo le palpebre. Il tumore si innalza allora sotto forma di una vescichetta rossomigliante a quella prodotta da un vescicante; contiene della linfa gialla ed acre; quanto prima, in mezzo ai dolori pungenti, si estende alla congiuntiva oculare, ed anco al sacco lagrimale. Lo scolo di lagrime acri, di breve durata, si converte in una secrezione di muco irritante, che degenera tosto in *blefaroblenorrea*, ed in *ottalmoblenorrea*, il di cui corso suole essere fatale, e distrugge l' occhio per colliquazione.

I dolori laceranti, assolutamente particolari, che soffrono i malati nelle parti circonvicine dell' occhio, non si dissipano subito dopo la dissoluzione completa del bulbo dell' occhio, ma persistono ancora molto tempo dopo, e diventano particolarmente più violenti allorchè l'atmosfera si cangia.

Il prognostico è sempre incertissimo; è assai più favorevole quando l'artritide che era soppressa è stata richiamata opportunamente. Il corso di quest' infiammazione è più rapido e più violento nei soggetti giovani e robusti. Se l' ottalmoblenorrea ha potuto svilupparsi, si può considerare l' occhio come perduto, quand'anco ci riuscisse a richiamare la gotta alla sua primitiva sede.

Quanto alla cura, la prima occupazione dev' essere di richiamare l' affezione artritica soppressa coi piediluvi senapati, e coll'applicazione attorno de'piedi di larghi senapismi composti semplicemente colla senapa, oppure di questa col rafano e col pepe nero polverizzato.

Bisogna, in generale, incominciare colla cura antiflogistica; è spesso pur anco necessario far ricorso al salasso; dei leggieri lassativi devono secondare gli altri mezzi curativi. Se la malattia mostra sempre il carattere dell'infiammazione erisipelatosa delle palpebre e del globo dell'occhio, si deve mettere quest'organo in contatto coll'aria asciutta, ed applicare sulla loro superficie dei sacchetti caldi ed asciutti, contenenti

della canfora, procurando di facilitare la diaforesi. Ma se fosse di già comparsa la blefaroblenorrea e l'ottalmoblenorrea, bisogna far ricorso al laudano liquido del *Sydenham* puro, o promiscuato ai collirj mucillaginosi; se i dolori sono contemporaneamente fortissimi, si fanno delle fregagioni al di sopra dei sopraccigli coll' oppio in polvere e della scialiva, ec. procurando di sostenere le forze con mezzi interni energici, come colla china, col calamo aromatico ec.

I medicamenti detti anti-artritici non mostrano di essere niente più utili dei mercuriali, che si potrebbero usare contro un' ottalmia comparsa in seguito della soppressione di una blenorragia.

Io opino con *Benedict* (1), che quest'infiammazione susseguita da blenorrea può essere pure prodotta da soppressioni istantanee di altre malattie, come degli esantemi, delle piaghe alle gambe, dei foruncoli ec; nullameno io ho veduto succedere il medesimo dell'*ottalmo-blenorrea artritica* di *Beer*. Fino ad ora non ho osservato se non che una volta in una donna molto attempata, quella che comparisce immediatamente dietro la ripercussione dell' artritide.

Ottalmia e iridite artritica. Allorchè l'infiammazione dell'occhio è il puro resultato e semplice dell' artritide, si conosce ai seguenti segni: l'invasione di cotesta flemmasia è preceduta da particolare pizzicore, colla sensazione di formicolamento nella regione orbitale; poco a poco questa sensazione degenera in dolore lacerante, vago, penetrante fino alle tempie, seguitando spesso le diramazioni del nervo facciale, dolore che è accresciuto dall'ammosfera umida e dal calore del letto; diminuisce al contrario allorchè il tempo è asciutto e caldo, e si limita alla metà della testa, se l' infiammazione non s' è impadronita che di un solo occhio. Contemporaneamente i bordi delle palpebre, atteso il frequente movimento di questi veli mobili, si ricuoprono di schiuma o patina bianca e leggiera, che si distingue benissimo dall'umore sebaceo.

(1) *Handbuch der practischen Augenheilkunde*, 1823, B. 2, S. 241. (Manuale d' ottalmologia pratica.)

Comparisce lo scolo di lagrime irritanti; la sclerotica prende intorno alla cornea un color rosso che diminuisce nel diffondersi nella circonferenza del bulbo dell'occhio; non si estende fino alla cornea, ma lascia attorno di essa un piccolo cerchio di un bianco turchiniccio; questo segno caratteristico non si osserva sempre esattamente su tutta la circonferenza della cornea, poichè non esiste spesso che da una parte.

Talvolta cotesto color rosso si manifesta pur anco sulla congiuntiva del globo dell' occhio, ciò che fa ancora comparire di più la linea bianco-turchiniccia che si vede attorno la cornea.

La congiuntiva diventa varicosa, ed il colore rosso-chiaro della sclerotica degenera in violetto grigio-sudicio.

Se l' iride partecipa dell' affezione, l' *iridite artritica*, nei soggetti estenuati e molto irritabili, si presenta nel modo seguente: l'iride diventa immobile, il suo colore primitivo che era grigio o bleu, diventa verdastro; assume un color rossastro al contrario, se era di colore scuro prima dell'infiammazione. La pupilla diventa angolosa, si ristringe, e conserva, come nell' iridite semplice, la sua posizione naturale dietro la cornea (1). I dolori si accrescono, e, dopo ciascun parossismo, che suole essere accompagnato da movimenti febbrili, la pupilla si contrae maggiormente; vi si osserva contemporaneamente del trasudamento linfatico, che sembra rivestire una forma di tessuto organico, e termina col distruggere intieramente la vista. Allorchè l'iridite è completa, si osservano spesso a occhio nudo, o meglio ancora armato di lente, dei vasi varicosi nell' iride.

Quando fino a quest' epoca la malattia è stata abbandonata a se stessa, il bulbo oculare si atrofizza; si ritira al fondo dell' orbita; in seguito, i dolori artritici cessano, e l' altr' occhio, se è ancora immune, non tarda molto ad essere affetto nel modo istesso.

Si deve pure osservare che in questo caso non si incontra nè ipopio, nè ulceri, nè opacità della

(1) Tav. IV. fig. 4.

cornea, ammeno che l' iridite artritica non sia complicata da reuma, da scrofole, o da ambedue contemporaneamente. Questa specie d' ottalmia artritica per lo più conserva per molto tempo la sua sede principale nell' iride, e non è che in conseguenza delle frequenti recidive ch' essa si propaga alle altre parti interne dell' occhio; allora si cangia come la varietà da noi descritta, in *ottalmia artritica*, e determina come quella il *glaucoma*, l' *atrofia*, ec.

Quando degl' individui affetti da artritide, poco irritabili, ben forniti di grassezza, essendo dotati di fibra rilasciata, ed aventi ordinariamente gli occhi bruni sono in oltre attaccati da iridite, questa malattia fa il corso come nei soggetti magri e sensibili; ma vi si ravvisano le seguenti modificazioni che indicano una flemmasia cronica, non tanto dell'iride, ma ancora di tutte le parti interne dell' occhio, della retina, della coroide, della membrana ialoide ec.

La pupilla in luogo di ristringersi, come negl'individui irritabili, s' ingrandisce vieppiù; la sua forma diventa ovale, e si approssima a quella degli animali ruminanti (1), in ciò che le fibre raggianti di cotesta membrana si contraggono più fortemente verso gli angoli dell' occhio, particolarmente verso l' esterno (2). Nel tempo istesso il bordo pupillare dell' iride si rovescia verso il cristallino, in modo che il piccolo cerchio di questa membrana scomparisce affatto. Allora i dolori aumentano, diventano più vivi, sono laceranti e pungenti, e fanno risentire al malato una sensazione analoga a quella che resulterebbe dai tentativi per tagliare il bulbo dell'occhio in due parti. L'esposto segno indica la diffusione dell' infiammazione alla membrana ialoide, accidente, la di cui esistenza non tarda guari ad essere confermata dall'opacità di questa membrana, e dell'umor vitreo che presenta la forma conica. Quest'opacità di un grigio-verdacchio che occupa il fondo dell' occhio annunzia l' esistenza del *glaucoma*. Allorquando il cristallino partecipa esso

(1) Questo segno è ben lungi dall' essere costante, ma la pupilla è sempre dilatata, e per lo più inegualmente ritonda.

(2) Tav. IV., fig. 5.

pure dell'affezione, s'intorbida, acquista il colore di verde di mare, e ne resulta la *cateratta verde* o meglio *cateratta glaucomatosa*, secondo *Beer*; questo corpo mostra di essere gonfio, solo, oppure unitamente al corpo vitreo, e sembra dirigersi verso l'iride. Contemporaneamente i dolori crescono di più, la disposizione varicosa del bulbo oculare si aumenta, la sclerotica e la coroide contraggono delle aderenze parziali, e presentano dei rigonfiamenti tubercolosi; la cornea prende l'aspetto metallico, in qualche modo cadaverico, e la vista è perfettamente abolita, a malgrado che il malato sembri di vedere dei bagliori, che non sono ciononpertanto che un' illusione, e non il resultato dell' impressione proveniente dall' esterno.

Vi è in oltre da rimarcare, dietro ciò che ho osservato, che questa malattia attacca quasi esclusivamente gli occhi nereggianti, e che l'iride non acquista il colore rossastro, come nell' iridite e nell' ottalmia semplice, ma piuttosto il color bigio di cenere che si manifesta poco a poco; finalmente questa membrana sembra quasi lavata e spogliata della sua organizzazione particolare. Nel più alto stadio di quest' affezione il globo dell' occhio è durissimo sotto il tatto, ciò che sembra dipendere da sovrabbondanza degli umori.

L' ottalmia artritica ch'è semplicemente prodotta dall' artritide, fa un corso più o meno rapido, diminuisce di intensità nei tempi asciutti e caldi, e si aggrava sotto l' influenza dell' umidità e del freddo; è dessa talvolta complicata da sifilide, da reuma ec. ed attacca per lo più dei soggetti evidentemente artritici; ma si osserva talvolta in individui che non presentano tali disposizioni, de' quali *Morgagni* (1) e *Barthez* (2) hanno riferiti degli esempj. Spesse volte l' ottalmia reumatica attaccando dei soggetti disposti all' artritide degenera in ottalmia artritica.

Il prognostico è in generale gravissimo; poichè frequentemente allorquando il medico suppone avere domata la malattia, sopraggiunge una recidiva, che può

(1) Ephem. natur. curiosorum.
(2) Trattato delle malattie artritiche.

dependere dal non essere stata debellata l'affezione artritica generale: codeste recidive, per le quali questa infiammazione ha particolarmente una gran tendenza, si mostrano più ribelli delle affezioni primitive. Allorquando l'iridite artritica è giunta una volta al suo massimo grado, è inutile pensare di ristabilire la vista.

Negl' indigenti il prognostico è più infausto che nelle persone facoltose che ponno procurarsi tutti i mezzi necessarj. Se la membrana ialoide s' infiamma ne consegue il glaucoma, e la vista è distrutta. Le complicazioni con altre malattie rendono il prognostico più sfavorevole; ma è più soddisfacente se l'ottalmia fu in origine reumatica. Nei soggetti di costituzione gracile e che sono irritabili, il prognostico è meno infausto, poichè il glaucoma e l'affezione della retina si dichiarano meno prontamente che negl'individui artritici a fibra floscia, nei quali la decomposizione del corpo vitreo ha luogo con somma prontezza.

Siccome i parossismi dei dolori che si fanno sentire negli occhi e nelle parti vicine, determinano il ristringimento progressivo della pupilla e la formazione del glaucoma, è necessario prima di tutto, combattere i dolori. In questo stadio, si raccomandano le fregagioni nella regione sopraccigliare coll' oppio e la scialiva, o colla tintura d'oppio zaffranata incorporata in un qualche linimento volatile. Il malato deve evitare il più leggiero raffreddamento; si applicano dei sacchetti aromatici asciutti e caldi, con o senza canfora, secondo che l' occhio è più o meno irritabile; si procura di stabilire una revulsione per mezzo dei fonticiuoli, dei setoni, e particolarmente delle frizioni sulla colonna vertebrale colla pomata stibiata, e dietro gli orecchi, se il pericolo è imminente. Gli individui robusti e vigorosi devono essere medicati subito cogli antiflogistici, e quando la malattia succede alla soppressione d' emorragie abituali, non bisogna disprezzare le piccole sottrazioni sanguigne dai piedi, spesso ripetute. Le ottalmie artritiche di lunga durata, che sorprendono dei soggetti che non hanno giammai sofferti dei dolori artritici, e nei quali l'infiammazione non mostra gran tendenza a distruggere le parti

le più delicate dell' occhio, ponno spesso essere guarite colla semplice provocazione di un accesso di gotta, quantunque leggiero ch'egli sia, usando dei piediluvi senapati, ec.

Del rimanente, si deve trattare l' artritide secondo le regole dell' arte, procurando di allontanarla quanto è possibile per non correre il rischio delle recidive, che sono costantemente assai più pericolose per l' occhio della prima malattia.

Ottalmia vajolosa.

Ophthalmia variolosa.

L'ottalmia vaiolosa si sviluppa durante il vajolo, e segue allora il corso di questo, oppure comparisce come affezione consecutiva nel periodo di desquamazione, ed in tale caso rassomiglia molto all'ottalmia scrofolosa. Essa si manifesta in tre differenti modi: ora come infiammazione delle palpebre (*blefarite*), o come infiammazione esterna del bulbo oculare (*ottalmia esterna*), e finalmente come infiammazione delle glandole delle palpebre (*blefarottalmia glandolosa*). La *blefarite vaiolosa* (*blefarite*, *blefarottalmia vaiolosa*) si caratterizza per i seguenti segni.

Al momento dello sviluppo dell'eruzione vaiolosa le palpebre si tumefanno, si chiudono e si cuoprono di bolle.

Nel mentre che l' infiammazione percorre i suoi stadj colla malattia principale, gli occhi restano chiusi, spesso fino al nono giorno, e non si riaprono se non che all'epoca della disseccazione delle pustule. Se i malati sono forniti di *pelle vulnerabile* (*), l' infiammazione si comunica facilmente alla congiuntiva oculare; cotesta diffusione è annunziata dal fenomeno della fotofobia che esiste, quantunque l'occhio non sia chiuso per la sensazione analoga a quella che pro-

(*) Vedete la nota apposta nel primo volume, all'articolo *anchilope erisipelatoso* pag. 96, per conoscere il valore che l' autore attacca a queste parole.

durrebbe della sabbia o rena fra le palpebre, e dallo stato di aridità dell' occhio. Fino che non esiste fotofobia sensibile, e che la lagrimazione sussiste, si può esser certi che l' infiammazione è ancora circoscritta alle palpebre.

Il prognostico è favorevolissimo fintanto che l'infiammazione resta limitata alle palpebre; ma bisogna fare attenzione acciocchè non rimanghino deformità in questi organi, che ponno talvolta svilupparsi inaspettatamente se il medico procede al loro esame con poca attenzione. Le dette parti sono in oltre soggette ad altre deformità, che si producono malgrado le cure del medico, e che hanno luogo talvolta, quand'anco i soccorsi dell' arte non sono stati reclamati troppo tardi, o allorchè il vaiolo è molto grave; ne resulta allora facilmente lo scorciamento della cartilagine tarso e conseguentemente compariscono degli etropi, ec. Se, durante il corso del vaiolo, le ciglia cadono per l'effetto della suppurazione, non si riproducono altrimenti; i punti ch' esse occupavano restano allora coperti da cicatrici rosse, che le pustole lasciano dietro di loro.

Se si cura il vaiolo secondo i precetti dell' arte, e se si allontanino dall' occhio tutte le cause d' irritazione, stabilendo delle revulsioni per mezzo de' vessicanti o colla scorza di *Mezereon*, tali precauzioni bastano fintanto che le bolle non suppurano.

Allorchè al contrario le pustole si riempiono di pus, è necessario mantenere sulle palpebre un calore asciutto, colle compresse di tela, che si fregano con canfora, se i soggetti sono deboli. In seguito si aprono questi piccoli tumori con ago da cateratta, per dare egresso al pus; si lavano delicatamente le parti con latte tiepido o con collirio mucillaginoso contenente un poco di laudano liquido, usando la precauzione di tergerle bene, acciocchè non rimanga tumefazione edematosa delle palpebre, e finalmente si rende all' occhio i suoi stimoli abituali, l' aria calda ed asciutta, e la luce moderata.

Se la *blefarottalmia vaiolosa* si estende di più e guadagna il globo dell' occhio, ne resulta:

L' *ottalmia esterna vaiolosa*, che si manifesta

nel primo periodo, coi segni seguenti: nel principio la congiuntiva è rossa, questo colore si communica tosto alla sclerotica, e si complica di grave fotofobia, di dolori pungenti e di lagrimazione; al termine di cotesto periodo si osservano talora nella superficie della cornea dei punti torbidi; sopraggiunge la febbre, ed anco l'affezione dell'iride.

Nel secondo periodo il rossore e la fotofobia diminuiscono, la cornea diventa opaca nei punti ov'era offuscata, i dolori dell'occhio e la tumefazione della congiuntiva s'accrescono, e finalmente nei luoghi opacati della cornea si formano delle pustole nelle quali si osserva un vero pus; è molto raro che se ne sviluppino sulla sclerotica.

Il prognostico è assai favorevole nel primo ed anco nel secondo periodo, fino a che le pustole che si sono sviluppate sull'occhio, non sono per anco perfettamente ripiene di pus, e fintanto che non esista iridite. Ma se le dette pustole sono piene, e si aprono spontaneamente, accade talvolta che ciò ha luogo contemporaneamente dentro e fuori, e ch'esse lasciano spesso dietro di loro, delle cicatrici che impediscono la vista, degli stafilomi dell'iride, che ponno determinare l'obliterazione della pupilla. Consecutivamente a quest'infiammazione resultano pure talvolta, degli stafilomi generali della cornea, delle idrottalmie, e degli stafilomi a grappolo.

Gli esiti infausti di questa malattia hanno imposto ai professori dell'arte in modo tale da occuparsi non tanto della guarigione, ma a prevenire la malattia quanto è possibile. Si sono specialmente preconizzate, come mezzo profilatico, delle compresse asciutte fregate con canfora, il collirio composto di otto grani di piombo cristallizzato, disciolto in due once di acqua distillata di rose, del quale s'imbevono delle compresse che si mettono e si rinnuovano spesso sull'occhio. Si è per fino giunti ad applicare su ciaschedun occhio un pezzo di lardo assai largo e stiacciato.

Nel secondo periodo bisogna procurare quanto è possibile di prevenire la formazione delle pustole sull'occhio, poichè più queste sono avanzate nel loro

sviluppo, più il prognostico diventa infausto. Si fanno per conseguenza delle applicazioni di acqua fredda sola, o mescolata ad un poco di acetato di piombo, e si apre un vessicante od un cauterio dietro gli orecchi ad oggetto di deviare la suppurazione dell' occhio.

Nel secondo periodo si aprono le pustole della cornea, prima che si empino, e si usano dei colliri adattati alla respettiva sensibilità; in esempio la dissoluzione di pietra divina col laudano liquido del *Sydenham*, oppure si toccano le ulceri col laudano liquido solo (1), e si ricuopre l' occhio con delle compresse aromatizzate calde ed asciutte; si usa finalmente all'esterno una pomata leggiera con precipitato rosso ed oppio, affine di allontanare quanto è possibile anco il lieve intorbidamento che può interessare la trasparenza della cornea. I bagni sono del pari utili a quest' epoca; ma se, il vaiolo essendo finito, la malattia non cede completamente o resiste con ostinazione, si amministra, senza perder tempo, il calomelano unito allo zolfo dorato d' antimonio e la cicuta (2), mezzi dei quali l'efficacia è stata costatata dai migliori pratici, fra i quali mi limiterò a citare *Beer*, *Reil* e *Scarpa*. Si è ugualmente raccomandata la digitale purpurea, gli stipiti di dulcamara, l' aconito, ec. Ma fra tutti questi medicamenti non bisogna dimenticare di secondare, se è necessario, l'attività nutritiva, coll'uso del *calamo aromatico*, degli *eteri*, della *china*, e dell' *oppio*.

(1) Quest'ultimo non è sempre tollerato; ma è utilissimo di aggiungere al primo collirio un poco d'estratto di saturno, e di continuarne l'uso fino a che il pericolo della perforazione non sia passato. In cotesto periodo tutti i colliri devono essere usati tiepidi.

(2) Per esempio:

℞ Calomelano. . . . . } ana gr: j.
Zolfo dorato d' antimonio. . }
Cicuta officinale . . . . . gr. ij. a jv.

Per farne polvere. Questa dose amministrata mattina e sera è adattata pei giovanetti di circa dieci anni.

Blepharophthalmia variolosa glandulosa.

Siccome il periodo infiammatorio è sommamente breve, e per lo più passa inosservato per la parte del medico, il primo segno è fino dal suo nascere, la blefaroblenorrea più o meno violenta, con tumefazione dei bordi delle palpebre, che si manifesta ordinariamente nei bambini scrofolosi, e deboli; o durante il corso dell' esantema, o due o tre settimane dopo il vaiolo, e comparisce allora come metastasi di questa affezione.

La *blefaroblenorrea* si cangia spesso in *ottalmoblenorrea*, ed è in tal caso annunziata da rossore e da gonfiezza della porzione di congiuntiva che ricuopre la sclerotica, dall' aumento d' infiammazione erisipelatosa della faccia esterna delle palpebre, e dall' offuscamento della cornea trasparente, che diventa viepiù opaca, si trasforma in ascessi, dietro de' quali compariscono degli stafilomi d' ogni specie, od anco lo smagrimento della totalità del globo dell' occhio. La blefaroblenorrea giunge talvolta anco al sacco lagrimale, da cui resulta spesso, e per molto tempo la *blenorrea* di questo serbatoio.

Il prognostico è variabilissimo; poichè alle volte la blefaroblenorrea ha un periodo lunghissimo, e non interessa menomamente il globo dell' occhio; essa lascia spesso dietro di se delle macchie rosse sui bordi delle palpebre, e la caduta delle ciglia; altrevolte passa allo stato d'ottalmoblenorrea, ed apporta allora degli stafilomi, o la consunzione completa degli occhi. L'ottalmoblenorrea suole essere più violenta e più rapida allorchè si manifesta durante la malattia erutiva; il suo corso è meno subitaneo quando si presenta come affezione consecutiva.

La cura è assolutamente la stessa di quella della *blefaroblenorrea*, e dell' *ottalmoblenorrea* semplice; soltanto non bisogna trascurare i mezzi interni raccomandati nell' *ottalmia esterna vaiolosa*, non meno che i revulsivi applicati sulla pelle. Fra quest'ultimi

io antepongo un forte empiastro stibiato applicato alla nuca, mezzo che non saprei raccomandare abbastanza nei casi d'ottalmie vaiolose secondarie. È possibile di rimediare coi medicamenti adattati, alle infiammazioni secondarie di questa specie, che si distinguono spesso per la loro ostinazione; appartengono specialmente alla classe di quelli che aumentano e mantengono le secrezioni ed escrezioni del corpo, e l'attività del sistema linfatico. Si amministra a tale effetto verso la fine del periodo di desquamazione, dei purgativi composti di calomelano e di sciarappa, in seguito l'etiope antimoniale, lo zolfo dorato d'antimonio od il tartaro stibiato a dosi refratte; si fa bevere copiosamente l'infusione di dulca-amara, di viola salvatica, ec. Si prescrivono dei bagni emoglienti tiepidi colla semola, col sapone, colle ceneri, ec.; i convalescenti devono portare dei vestiti di lana, abitare delle camere la di cui aria sia calda ed asciutta, ed evitare possibilmente ogni raffreddamento.

Ottalmie morbillose e scarlattinose.

Ophthalmia morbillosa et scarlatinosa.

Queste due flemmasie hanno di particolare che quando non sono complicate, si manifestano ordinariamente prima dell'eruzione dell'esantema, e assumono sempre la forma d'ottalmie esterne (percorrendo un corso rapido) chiamate *umide* o *sierose*; sieguono allora gli stadj della malattia principale. Nei bambini scrofolosi, deboli, non si sviluppano sovente se non se alla fine della malattia esantematica.

Veduta la grande somiglianza che hanno fra loro le due malattie in discorso è bene trattarle ambedue in un solo articolo.

Nel primo periodo si osserva subito un poco di rossore alla congiuntiva, in seguito alla sclerotica, comparisce tosto la fotofobia, lo scolo di lagrime molto calde che aumenta a ciascuna variazione di temperatura, o d'intensità di luce; un dolore pungente nell'interno dell'occhio; la cornea diventa rilucente in

qualche punto, il naso separa del muco acre, ed il malato risente continuamente il bisogno di starnutare.

Nel periodo secondo il rossore dell'occhio si accresce, i bordi delle palpebre si arrossano verso le loro commettiture, e diventano sensibili, la fotofobia diminuisce, le lagrime perdono della loro acredine, e sui punti della cornea, che erano stati precedentemente rilucenti, e che sono ora opachi, si vedono inalzarsi delle flictene coniche che si rompono e danno luogo a delle ulceri (*epicaumata*) secernenti del pus tenue e corrosivo. Allorquando il pus di codest'ulceri spandesi verso la parte inferiore fra le lamine della cornea, comparisce una malattia dell'occhio che è conosciuta sotto il nome di *unghia della cornea* (1), e che non bisogna confondere coll' *ipopio*.

A questo periodo vi ha una sensibile differenza fra l' ottalmia scarlattinosa e la morbillosa; lo scolo di lagrime acri e la fotofobia durano assai più nella

(1) S' intende per unghia (*onyx, unguis, ungula cornæ*) una raccolta di pus fra le lamine di questa membrana, riconoscente costantemente per causa l'infiammazione. Codesti depositi purulenti, allorchè sono di piccola entità, si dissipano talvolta cessata l'infiammazione, sotto l'influenza e sotto l'applicazione topica del laudano, della pomata o di collirj forniti di proprietà astringenti, con o senza amministrazione di calomelano all' interno. Se sono ragguardevoli, bisogna aprirli con un ago da cateratta, ad oggetto d' impedire che non si aprino da se stessi e si diffondino all'interno. Si favorisce l'egresso del pus istillando sulla cornea della decozione di malva a cui si può aggiungere qualche gocciola di acquavite-canforata. Per ottenere la guarigione serve far uso, verso la fine, della dissoluzione di pietra divina, o del solfato di zinco con un poco di laudano liquido. Accade talora che se questi ascessi della cornea, sono trascurati, si disseccano; devono in tal caso essere medicati come noi abbiamo indicato parlando delle piaghe di questa membrana.

Per non confondere l' *onice* coll' *ipopio* nè colle piaghe della cornea, bisogna osservare ai segni seguenti: nell' ipopio il pus è situato nella camera dell' occhio, e presenta una forma quasi semi-lunare. L' *onice* della cornea, che è in origine biancastra, poco a poco diventa gialla e presenta delle forme variate. Il pus dell' ipopio cambia di sito in ragione della maggiore o minore consistenza, allor-

prima ; la sclerotica acquista un color alquanto violetto, sembra disposta a diventare varicosa ; contemporaneamente le ulceri s'ingrandiscono e si propagano alla congiuntiva che riveste la sclerotica. Spesso l' iride partecipa essa pure all' infiammazione nel primo periodo.

La semplice infiammazione nel primo stadio dà luogo ad un felice prognostico ; ammeno che non si presenti in soggetto scrofoloso, giacchè si vede, in tal caso degenerare tosto in ottalmia scrofolosa, che si è spesso costretti a combattere per lunghissimo tempo.

Il prognostico è più infausto nel secondo periodo , se particolarmente esistono delle ulceri , poichè allora rimangono sulla cornea degli infossamenti , e delle diseguaglianze. Allorquando una gran quantità di pus icoroso è depositato fra le lamine di questa membrana, e che l'assorbimento non si fa se non che lentamente, ne può resultare l'indurimento incurabile della cornea (*phthisis cornæ* , *rhytidosis.*) L'iridite che ha preceduto può facilmente lasciare dietro di se il ristringimento della pupilla , e l' immobilità dell'iride (').

che il malato imprime dei muovimenti alla sua testa. Questi spostamenti sono particolarmente distinti quando il malato è stato giaciuto sù un lato verso il quale si vede allora maggiormente accumulato il pus. L' *unghia* o *onice* al contrario è immobile. Se il pus trovasi fra la congiuntiva della cornea e la lamina la più esterna di questa membrana la si osserva particolarmente, esaminandola lateralmente, sollevata nel punto ammalato ; ed esplorando per mezzo della sonda , vi si riscontra della fluttuazione ; l' uno e l' altra sono meno distinti quando il pus ha la sua seda fra le lamine le più interne.

Il *leucoma* della cornea si distingue dall' *unghia* particolarmente pel suo colore molto bianco, mentre nell'ultimo, tende sempre più o meno al giallastro.

(1) In una piccola bambina di anni cinque affetta da *ottalmia scarlattinosa,* durante la quale si era sviluppata un' iridite moderata, osservai verso la metà inferiore del bordo pupillare un leggiero infossamento che riconobbi per una ulcera esaminandola attentamente colla lente. L'infossamento si accresceva sensibilmente; l'iride faceva conoscere una perdita di sostanza nel punto affetto, e sembrava come errosa,

Del rimanente l' infiammazione non è dovuta esclusivamente all' esantema se non se quando si manifesta con esso o poco tempo prima, o quando finisce contemporaneamente a quest' affezione. Relativamente alle altre ottalmie che compariscono più tardi, le loro recidive sembrano essere piuttosto referibili al traviamento di regime, ai raffreddori ec. e appartenere alle ottalmie scrofolose o scrofolo-reumatiche, oppure sono complicate di queste discrasie.

Durante il primo periodo è necessario riguardar l'occhio dall'influenza di questi eccitanti ordinarj; si diminuisce per conseguenza la luce dell'appartamento e si scansa l'aria viziata, troppo calda ec. procurando contemporaneamente di prevenire la formazione delle ulceri che si sviluppano ordinariamente nel secondo periodo, per mezzo dei vescicatorj applicati dietro gli orecchi, o della scorza di dafne mezereon alle braccia.

Nel secondo periodo l'ambiente dev'essere asciutto e caldo, ricuoprendo gli occhi di compresse ugualmente calde ed asciutte; e se le flictene sono aperte si toccano con una leggiera dissoluzione di pietra divina contenente una forte dose di laudano liquido del *Sydenham*.

℞	Pietra divina.	gr. ij.
	Acqua di rose	ʒ iij ß.
	Laudano liquido del *Sydenham*.	ʒ ß a ʒ j.
	Mucillagine di gomma arabica:	ʒ ij,
	Mescolate.	

poichè la malattia essendo guarita, la metà inferiore del suo bordo era tutto dentellato. Del resto, l' umor acqueo non fu menomamente intorbidato durante la malattia.

Quest'osservazione è altrettanto più degna di osservazione, in quanto che gli autori hanno poco parlato delle ulceri dell' iride. Il Sig. *Giurdan* dice (*Dizionario delle scienze mediche*, Vol. XXVI, p. 82. Parigi 1818.): « Io pas- « so sotto silenzio le ulceri dell'iride, perché il diagnostico « ne è sommamente oscuro, giacchè resultano costantemente « da violenta infiammazione; l'ipopio le accompagna per lo « più, ed è d'altronde impossibile di rimediarvi. » In generale sembra a molti medici non potere concepire le ulceri dell' iride senza l' esistenza dell' ipopio.

I bagni generali caldi sono pure indicati ; ma bisogna guardarsi di non prescriverli nei casi di scarlattina , se v' è tendenza all' anasarca. Quando finalmente la malattia persiste ancora e che l' esantema ha cessato da molto tempo, si esibiscono per uso interno gli *antimoniali* , particolarmente lo *zolfo dorato d' antimonio* , e nel tempo istesso la *canfora* , lo *zolfo purificato* ; all' esterno si usano le applicazioni aromatiche asciutte colla canfora , la soluzione di pietra divina coll' acetato di piombo ed il laudano liquido del *Sydenham* , oppure la seguente preparazione :

℞ Percloruro di mercurio. . . . gr. j.
Mucillagine di gomma arabica. . ʒ ij.
Acqua distillata di rose. . . . ʒ jv. a ʒ vj.
Mescolate.

Si può talvolta usare ancora la pomata di *Janin*, ma dev' essere leggiera , e non essere applicata che sulle palpebre e con molta precauzione. Se non si sono sviluppate delle ulceri alla superficie dell' occhio, e che esista da molto tempo tuttora un esaltamento di sensibilità , con lagrimazione e rossore della congiuntiva si devono ugualmente usare i mezzi astringenti , ma particolarmente della soluzione di sublimato di cui già tenemmo proposito, combinato coll'estratto di giusquiamo o col laudano.

Ottalmia Sifilitica.

Ophthalmia syphilitica.

Cotest' affezione è spesse volte il prodotto della sifilide confermata , altrevolte soltanto un fenomeno anomalo della blenorragia. Nel primo caso , essa si manifesta o sotto la forma d'*iridite sifilitica*, o sotto quella d' *ottalmoblenorrea-sifilitico-scorbutica* ; nel secondo esiste costantemente la *blenorrea* delle palpebre e del bulbo , ed è chiamata *ottalmia gonorroica.*

Infiammazione gonorroica delle palpebre e dell' occhio.

Blepharophthalmia et ophthalmia gonorrhoica. Iritis medorrhoica (1)

Dessa è una vera azione morbosa surrogante la blennorrea venerea, *ophthalmia gonorrhoica vera*, oppure è dovuta ad un' infezione dell' occhio per la materia blenorrogica; in questo caso lo scolo dell'uretra continua (2),

La vera ottalmia blenorrogica attacca particolarmente dei soggetti giovani e robusti, ed è rarissima. Molti pratici esperimentati non l' hanno mai veduta, fra gli altri *Ware*, *Swediaur*, ec.

Ecco quale ne è l' andamento:

Qualche ora, qualche giorno, ed anco molto tempo dopo che la blenorragia è stata ad un tratto soppressa dal freddo, da delle iniezioni astringenti, dagli eccessi di bevande spiritose, dall'uso dei rimedj balsamici (nel periodo infiammatorio), o in qualunque altro modo, si vede elevarsi sul bordo di ambe le palpebre un tumore rosso-vermiglio, duro, dolorosissimo, che guadagna rapidamente tutta l'estensione delle palpebre, nè tarda guari ad estendersi ugualmente sulla congiuntiva che riveste la sclerotica, e forma, come nella *chemosi* semplice, un cercine intorno alla cornea, di color rosso-mattone, più o meno deciso, ma che non è ciononpertanto sì duro, nè di un rosso tanto

(1) É la denominazione che le dà *Wendt* (*die Lustseuche in allen ihiren-Richtungen, und in allen ihren Gestalten*, ec. Breslau, 1816, p. 79, ossia: La sifilide in tutti i sensi e sotto tutte le sue forme); noi vedremo in seguito se è con ragione ch' egli così la chiami.

(2) Vi sono nulladimeno degli esempj ove la forza dell' infiammazione determinata nell' occhio per infezione, predomina talmente sullo scolo dell'uretra, che questo si sopprime allorchè l' ottalmia è stabilita. (Vedi le note della traduzione tedesca dell'opera di *Beniamino Bell* sulla blenorragia di cattiva natura, vol. 1, p. 43.)

intenso quanto nella *chemosi* della quale parlammo. Contemporaneamente la fotofobia è spinta al massimo grado, i dolori aumentano in un modo straordinario nell'occhio, nelle parti vicine, ed in tutta la testa al punto da produrre la febbre, durante la quale il malato è nello stato vicino al furore. La congiuntiva delle palpebre e del bulbo oculare incominciano tosto a separare una grande quantità di muco, in principio biancastro, in seguito giallo, o di un giallo-verdastro, rassomigliante assai pel suo aspetto alla materia della blenorragia; nel tempo istesso il tumore della palpebra superiore aumenta in un modo spaventoso, diventa livido, ricuopre tutto il globo oculare, e rimane pendente come una massa carnosa. Si forma finalmente del pus nell' occhio (*ipopio*); le lamine della cornea si rilasciano, si sollevano, e si scostano le une dalle altre; questa membrana termina per rompersi, e, se non vi si apprestano dei pronti soccorsi ne viene la distruzione completa del globo dell' occhio. La suppurazione incomincia assai di spesso dalla periferia della cornea prima che si scorga alcuna traccia di pus nella camera anteriore; la cornea diventa prontamente opaca nella sua totalità, si spessisce, si riduce di consistenza poltacea, si rompe in diversi punti, e determina non solo lo *stafiloma* a *grappolo*, ec. ma assai spesso ha luogo l'annientamento assoluto del bulbo, dopo che il cristallino ed il corpo vitreo sono sortiti fuori.

Ordinariamente la secrezione mucosa incomincia di già ventiquattro o quarantotto ore dopo la tumefazione delle membrane esterne dell'occhio; egli è ancora per la somma prontezza di questo passaggio alla secrezione mucosa di cotesta malattia che si distingue dalla chemosi semplice.

Quand' anco non si vedono subito delle esulcerazioni alla superficie del globo dell' occhio, il muco sembra nonostante scaturire da tutti i punti della congiuntiva in sì grande quantità da bagnare spesso le guance.

La durata di codest'ottalmia è comunemente di quattro giorni; vi sono per altro delle circostanze ove l'infiammazione comparisce talvolta delle settimane,

ed anco alcuni mesi dopo la soppressione della blenorragia; in altri casi non è questa per anco scomparsa completamente; la malattia è allora sempre più benigna, e di maggior durata (1).

Il prognostico è assai favorevole se il medico è chiamato in principio e se la secrezione puriforme non è per anco di molto rilievo, particolarmente quando gli riesce di richiamare sollecitamente lo scolo primitivo. Il tumore decresce allora poco a poco, l'infiammazione diminuisce, si riduce al *tarassi*, e le palpebre soltanto restano infiammate più o meno tempo. Ma se le parti esterne ed interne dell'occhio sono la sede di abbondante suppurazione, quest'organo è tosto distrutto.

Vi è pure ad osservare, relativamente al prognostico, che ordinariamente la malattia non attacca che un solo occhio (2), ma accade spesso però che ambo gli occhi sono in pericolo; uno di loro può presentare allora i segni del più alto grado di malattia, mentre l'altro non ne offre per anco che i primi fenomeni.

Se il medico vede il malato al principio dell'ottalmia, e che la malattia abbia incominciato poco dopo la soppressione della blenorragia, deve tosto prescrivere la cura antiflogistica generale e locale (3) procurando prima di tutto, dietro il consiglio di *Beer* (4) di richiamare lo scolo (5).

(1) *Reil, Memorabilia clinica*, vol. I, fasc. I. p. 67, *Richter*, l. c. p. 63, ed altri autori la chiamano allora *Ottalmia gonorroica cronica*.

(2) Ph. Fr. *Walther*, *Abhandiungen aus dem Gebiete der practischen medicin, etc*, 1810 1 Bd. S 457.

(3) Ciò che vi è da farsi di meglio, dietro l'avviso di *Spangenberg* (Horn's Archiv., 1812, S. 272), di *Wendt* e d'altri, si è il procurare d'impedire la secrezione morbosa della congiuntiva (che si presenta tumefatta, e forma una specie di cerchio) incidendo una porzione di questa membrana colle cesoie, e lasciando abbondantemente sgorgare sangue.

(4) L. c., 1 Bd., S, 546.

(5) Vi sono dei medici e dei pratici distinti che non hanno soltanto giudicato neeessario di favorire la guarigione di

Se ancora esistono dolori nell'uretra, si prescrivono dei semi-cupi, dei cataplasmi di midolla di pane, di latte e zaffrano, o di foglie di giusquiamo, applicati al perineo, rinnovandoli ogni due ore; s'immerge il pane nell' acqua tiepida; si fanno delle frequenti iniezioni di olio tiepido nell' uretra; si applicano

quest' ottalmia pel ristabilimento della blenorragia, perchè ne hanno veduti degli esempi [come *Bell*, l. c., 1 Bd., 5 28.] nei quali l' infiammazione si è dissipata benissimo senza tale precauzione; ciononpertanto accade per lo più particolarmente negli stadj violenti di cotest'affezione, che l'organo della vista è distrutto se la blenorragia non è ristabilita. Nel modo istesso che il migliore e più pronto mezzo di guarire la paraplegia prodotta da rogna ripercossa, l'epatite, la metrite, l'enterite ec, dalla soppressione dei catameni, consiste nel richiamare tosto la funzione sospesa, ugualmente l'ottalmia blenorroica si guarisce prontamente richiamando la blenorragia. (*)

(*) Qualunque sia l' opinione di alcuni chirurghi relativa alla vera causa produttrice della così detta *ottalmia gonorroica*, io penso che trattisi in questo caso piuttosto di un trasporto di azione, che di materia morbosa, quando questa non vi sia per altro portata colle dita od altro mezzo atto ad innocularvi tale prodotto morboso. *Hunter* pure non prestava fede al passaggio diretto della materia, ma opinava che si traslocassero le *azioni*, le *sensazioni*, e le *infiammazioni*. Il mille volte citato luminare fra i chirurghi italiani, il non ha molto defonto nostro Cav. *Scarpa*, all'artic. ottalmia pag. 95, e più particolarmente parlando della gonorroica fa osservare 1°. che quest' incidente osservasi assai di rado, avuto riguardo ai casi di blenorrea improvvisamente soppressa; 2°. che non si è mai veduta succedere la lue confermata alla così detta metastasi blenorroica agli occhi; 3°. che l' ottalmia blenorroica prodotta per innesto non minaccia mai con tant' impeto la distruzione dell' organo della vista; onde da questi fatti egli non è inclinato a credere, che l' ottalmia blenorroica dependa da una trasposizione di materia, ma che piuttosto sia l'effetto di uno stretto consenso fra l' uretra e gli occhi, e tanto più se ne persuade in quanto che la membrana interna dell'uretra (e qui conferma l' opinione di *Bichat*, e di *Sprengel*) quella delle palpebre, e delle fauci, sono produzioni della cute. È poi ottima la riflessione rapporto alla rara comparsa di questa malattia, allorchè dice, che non tutti gl'individui sono dotati della medesima sensibilità consensuale.

pure delle ventose semplici sul perineo, e s'introducono nel canale delle candelette asciutte, o spalmate di pomata con precipitato rosso; o, se l'uretra è assolutamente indolente s'introducono delle sonde ricoperte di materia blenorroica. In generale non bisogna trascurare alcun mezzo, poichè ogni minuto di ritardo può apportare la cecità del malato.

Le secrezioni che si formano in parti lontane dalla propagazione dell' irritazione consensuale, o per analogia di parti non sono, come facilmente si potrebbe credere, della medesima indole e natura di quella ove era prima il male (di ciò ne risponde l' analisi chimica), mentre allora, se si potessero separare i medesimi umori in diverse parti, sarebbe stato inutile, che la natura avesse messa tanta differenza nella fabbrica dei diversi organi. La bile, in esempio, dice il Sig. *Sprengel*, non può separarsi dalla cute: *desunt enim cuti organa ea omnia, deest totus venae portarum apparatus, quorum ope humor ille inquilinus gignitur*; ed altrettanto dicasi di altre secrezioni ec

La diminuzione, e cessazione dello scolo blenorroico alla comparsa dell'ottalmia in discorso, non è adunque una riprova di retropulsione e deposizione di quell' umore all'occhio; ed allorchè avviene questo fenomeno ciò può succedere in grazia, come già dissesi, di un trasporto di azione, e quindi di umori sopra di un punto irritato, come costa dall' osservazione, *ubi stimulus, ibi humorum concursus*; è perciò molto probabile che l'ottalmia richiamando verso l' occhio quel sangue che concorreva alla membrana dell' uretra irritata molto meno dell' occhio, cessi per questo la morbosa secrezione e lo scolo di detto umore: ovvero, può accadere, che quelle stesse cause, che hanno operato la soppressione dello scolo dell' uretra, possano contemporaneamente e primitivamente destare l' infiammazione agli occhi, per cui questa non altrimenti deve riputarsi per una affezione consecutiva all' arresto dello scolo dell'uretra, ma bensì deve considerarsi come ottalmia primaria ed indipendente dall'alterazione, che per le stesse cause ha sofferto la membrana mucosa dell' uretra.

Resulta è vero da qualche osservazione che alcune ottalmie ostinate sono guarite col ristabilimento della gonorrea; essendo però queste in piccol numero non provano niente; e ancorchè fossero più significanti vi è tutta la ragione di credere, che l' ottalmia sarebbe guarita anco indipendentemente dalla ricomparsa dello scolo, e che sarebbe parimente cessata senza il medesimo. *N. del Tr.*

Si esibiscono internamente delle misture antiflogistiche col solfato di magnesia o con quello di soda: si amministra il calomelano ad alte dosi, secondo le circostanze, alla dose di due grani ogni due ore. In principio bisogna evitare scrupolosamente ogni sorta di collirj eccitanti. Allorchè la secrezione mucosa incomincia a manifestarsi, bisogna detergere frequentemente gli occhi, con precauzione, usando il seguente miscuglio:

℞ Decotto di malv. diligentemente filtrato e preparato con ℥ ß di foglie di questa pianta . . ℥ vj.
Estratto d' oppio. . . . . ʒß.
Mescolate per usarsi tiepido.

In seguito si adopra la preparazione seguente:

℞ Scordio. . . . . ʒij.
Si faccia decotto e si filtri accuratamente alla riduzione. . . ʒ vj.
Estratto d' oppio acquoso. . . gr. vj oppur.
Laudano liquido del Sydenham . ʒ ß.
Mucillag. di gom. arabica. . . ʒij.
Mescolate per usarsi tiepido.

A quest' epoca l' applicazione del calore locale asciutto è pure utile, ed è tollerato benissimo dall'occhio.

Generalmente, al momento che la flogosi è diminuita si appongono dei senapismi ai lombi, e si prescrivono dei piediluvi senapati. In seguito si applica alla nuca un forte cerotto stibiato; non si lascia soltanto fino a suppurazione completa delle pustole, ma si medicano pur'anco per qualche tempo con pomate irritanti. Non è che verso la fine, quando rimangono cioè delle tracce di cronica infiammazione, che si devono mettere in pratica i colliri eccitanti, quelli, in esempio, che sono formati di dissoluzioni di sublimato, ec.

Il rimanente della cura è assolutamente lo stesso di quello indicato nella blefaroblennorrea, e nella oftalmoblennorrea semplice.

L'ottalmia blennorrogica proveniente del contatto della materia della blennorrogia sulle palpebre ha un corso molto benigno; rassomiglia in qualche modo alla blefarottalmia catarrale, ma senza presentare le esacerbazioni e le remissioni che sono proprie a questa malattia, essa non degenera quasi mai in ottalmo blennorrea, e cede nello spazio di otto o ventuno giorno, particolarmente se si ha precauzione di far precedere internamente un purgativo composto di calomelano e di sciarappa, e se si usa la massima proprietà.

Iridite Sifilitica.

Questa malattia attacca o degl'individui che sono affetti da sifilide confermata, o dei soggetti nei quali i segni della sifilide non sono più visibili da molto tempo; essa si estende meno alle parti profonde dell'occhio, che alle esterne.

Sintomi. Le sclerotica è colorita di rosso-pallido che forma attorno alla cornea un cerchio assai largo, più visibile verso quest'ultima, assai meno avvicinandosi alla circonferenza del globo oculare; la cornea perde della sua lucentezza, sembra metallica, si osserva l'intorbidamento dell'umore acqueo, l'immobilità dell'iride; la pupilla è ristretta, e contemporaneamente diventa angolosa, si ritira verso l'angolo interno dell'occhio e la radice del naso, si vede la tumefazione dell'iride, il rovesciamento dietro di questa membrana, con ineguale prominenza verso la cornea; esiste la fotofobia e l'epifora: tali sono i primi sintomi della malattia. Compariscono finalmente anco dei dolori ostecopi, che incominciano a farsi sentire verso la radice del naso e si estendono seguendo la direzione dall'arcata sotto-orbitale, fino alla commettitura esterna delle palpebre. Essi si manifestano, dopo il tramontare del sole, la sera alle cinque, alle sei od alle sette ore, ed acquistano la maggiore intensità verso la mezzanotte; obbligano i malati ad urlare e gemere; e cessano finalmente verso le quattro o cinque ore del mattino.

Dopo tali patimenti si trova la pupilla più stretta, spinta in alto e indentro, il colore dell' iride alterato, e dietro la sua apertura si osservano dei filamenti di linfa coagulabile che limitano vieppiù la facoltà visiva.

Se la malattia è abbandonata a se stessa in questo momento, si manifestano verso il bordo ciliare e pupillare dell'iride delle piccole produzioni bernoccolute ed ineguali, di color rossastro o grigio-giallastro conosciute sotto i nomi di *creste di gallo*, di *condilomi* (1) che riempiono spesso tutta la camera anteriore dell' occhio, e ponno pure giungere al punto di spingere la cornea in avanti.

Contemporaneamente si sviluppano talvolta delle ulceri lardacee nel tessuto della cornea e della sclerotica, mentre che nelle prossimità si formano dei tumori *gommosi* e *tofacei* che si esulcerano sollecitamente.

Allorchè delle affezioni sifilitiche generali sono complicate da ottalmie catarrali, reumatiche o traumatiche, queste ottalmie degenerano facilmente in iridite sifilitica: codesta specie d' iridite sembra pure essere la più frequente; ciononpertanto tali complicazioni non dovranno cangiare in nulla il metodo curativo.

Prognostico. Allorquando la malattia è di fresca data, e che il medico può amministrare il mercurio in dose sufficiente, che il trasudamento di linfa coagulabile nella pupilla non è molto significante, il prognostico è favorevole. Ma se la facoltà di vedere è abolita dalla presenza di una reticella linfatica, densa, tesa nel centro della camera posteriore dell' occhio e della pupilla, non v' ha più luogo a sperare il ristabilimento completo della vista. Accade lo stesso allorchè esistono di già dei condilomi, delle ulcere della cornea e delle esostosi orbitali; e quando vi si aggiunge la decomposizione dell' umor vitreo (*sinchisi*), che può esser prodotta dall' abuso del mercurio, il malato in tal caso non percepisce la me-

(1) Tav. IV. Fig. 6.

noma sensazione della luce. Allorquando la sifilide è nel tempo istesso accompagnata da esantemi o da pustole aventi il carattere sifilitico alla fronte e sul bordo delle palpebre, ne può facilmente conseguire la distruzione delle ciglia e delle sopracciglia, che non si riproducono più (*Alopecia Madarosis*). Nulladimeno accade talora, nei casi di sifilide generale, che coteste produzioni pelose cadono esse pure senza altra locale affezione.

Cura. È qui necessario, prima di tutto, di fare sollecitamente cessare i dolori osteocopi, poichè dopo ciascun parossismo, la pupilla si ristringe e diventa più opaca per l'accumulamento di linfa plastica. Per adempire a quest'indicazione, bisogna fare delle frizioni la sera (1) sulla regione sopraccigliare coll'unguento bi-

(1) Per esempio:

℞ Unguento merc. bigio . . . . . ℥ ij.
Tintura oppiata zaffranata . l . . . goc. xv a xx
Mescolate.

In luogo della tintura d' oppio si può pure sostituire l'acqua oppiata; soltanto bisogna allora che le frizioni sieno fatte per lunghissimo tempo.

La seguente pomata è ugualmente utile:

℞: Oppio puro . . . . . gr: viij.
Estratto di giusquiamo . . . . . ʒ j.
Unguento bigio. . . . . ℥ ij.
Mescolate esattissimamente.

Generalmente, il mercurio usato esternamente ugualmente che esibito all'interno, sia a dosi refratte come lassativo, è un'eccellente rimedio in molte altre iriditi specifiche, e nel secondo periodo dell'iridite semplice. Accade qualche volta dopo l'uso generoso del mercurio in ogni genere di malattie, che l'occhio, per quanto poco sia stato esposto ad una corrente d'aria, resta affetto da iridite. In questi casi pure il mercurio combinato coll'oppio è utilissimo, e sembra in qualche modo venire all'appoggio degli omiopatisti: *Similis simili curatur.* Delle osservazioni degne di rimarco sono state communicate a questo proposito, particolarmente da *Travers. (Surgical Essays by Asteley Cooper and Benjamin Travers, Part. 1. London,* 1818.

gio unito all'oppio, in quantità uguale al volume di un pisello e di cuoprire l' occhio con una compressa di tela riscaldata ; se malgrado gli esposti mezzi , i dolori osteocopi non sembrano voler cedere, si devono far repetere la frizione durante la notte. Si combatte contemporaneamente l'affezione generale col sublimato, o col calomelano unito all'oppio, allorchè vi è a temere per i polmoni del malato, procurando di evitare ugualmente la diarrea e la salivazione, che bisognerebbe trattarla secondo i precetti dell'arte, se si manifestassero.

Se quest' infiammazione è il resultato di sifilide molto inveterata, le seguenti pillole rendono sovente dei significanti vantaggi.

℞ Perclorur . di mercurio . . . . gr. jv.
Oppio puro. . . . . gr. iij.
Tritate con qualche gocciola di acqua, aggiungete in seguito.
Estratto di liquirizia purificato . ʒ ij.
Polvere di licopodio q: b: per formarne 100 pillole.
Delle quali si fanno prendere tre la mattina a digiuno , ed altrettante la sera.

Si può giungere gradatamente a triplicare la dose mattina e sera , e si fa prendere contemporaneamente della tisana mucillaginosa.

È indispensabile che il malato si tenga caldissimo, e scelga un regime dietetico addolcente, e di poca sostanza, ammeno che la sua costituzione debilitata non reclamasse una dieta più nutriente.

Allorchè l'infiammazione è dissipata, si può usare il calore asciutto, ed un collirio composto di una leggiera dissoluzione di sublimato, di oppio, e di un liquido mucillaginoso. Verso la fine, corrisponde assai bene l'uso della pomata con piccola quantità di precipitato rosso, che si applica sull'occhio; questo mezzo favorisce potentemente l'assorbimento dei trasudamenti che hanno avuto luogo nella pupilla. Allorchè l'occhio è molto irritabile , è utile il fare uso in luo-

go della pomata con precipitato rosso, la preparazione seguente:

℞ Protossido di mercurio . . . . gr: v a viij
Assungia . . . . . 3 j.
Mescolate esattissimamente

Le ulcere icorose devono esser lavate colla dissoluzione tiepida di pietra divina, avendo riguardo, ogni volta, di asciugare bene l'occhio. Secondo *Beer* non si deve far uso della pomata con precipitato rosso se non se dopo la guarigione delle ulcere.

Non è straordinario di incontrare l' iridite sifilitica complicata d'artritide: i sintomi consistono allora in un miscuglio di segni appartenenti a due affezioni, ma vi è ad osservare che se l' artritide predomina sull' affezione dell' occhio, il cerchio bianco-turchiniccio che è proprio dell' iridite artritica, è allora sì fortemente pronunziato come nell'iridite artritica semplice (1). I revulsivi applicati alla pelle, che sono in generale inutili ed anco nocivi nell' iridite sifilitica, ponno essere tentati nei casi di complicazione artritica, quando l' infiammazione è di già stata mitigata.

Ottalmoblennorrea sifilitico-scorbutica.

Ophthalmoblennorrhoea syphilitico-scorbutica.

Questa malattia si sviluppa, secondo *Beer*, nei soggetti affetti da sifilide trascurata, e talmente sposati per gli eccessi e la crapola, da presentare tutti i caratteri di cachessia scorbutica. Una causa che non agisce che con un'energia moderata, un' ottalmia catarrale, in esempio, può provocare, in questi individui la malattia che ci occupa.

Sintomi. Senza che abbia esistito semplicemente una blennorragia precedente o la soppressione di questa malattia, si vede elevarsi rapidamente dai bordi delle palpebre un tumore infiammatorio di enorme

(1) Vedi Tav. iv. fig. 7.

volume, di color rosso-turchiniccio, poco sensibile accompagnato da prurito,e da bruciore incomodo alle palpebre, ma senza fotofobia. Contemporaneamente la congiuntiva del globo oculare diventa intieramente violetta, e si inalza sotto forma di vesciche più o meno grandi, tutt'intorno della cornea, in modo che le palpebre immobili non ponno più ricuoprirla; la palpebra inferiore forma sovente un etropio violetto, fungoso, che tramanda sangue facilmente; a questi accidenti si aggiunge la blennorrea abbondante della palpebra superiore, ed il polso debole, spesso intermittente.

In oltre i malati offrono sempre tracce vigenti di sifilide e di scorbuto.

Quest'ultima affezione particolarmente si riconosce dal pallore delle labbra, dalla lividezza delle gengive che tramandano sangue al più piccolo contatto, dalla respirazione fetida, ai denti neri e corrosi. Del rimanente la colliquazione s' impadronisce dell'occhio pochissimo tempo dopo che l'ottalmoblennorrea s'è manifestata; ciò accade spesso dopo dodici o ventiquattro ore.

Il prognostico è sommamente infausto, poichè la malattia termina sovente colla morte.

Cura. Bisogna qui adottare il metodo indicato pel secondo periodo dell'ottalmoblennorrea semplice; ma la sifilide esistente non dev'essere combattuta col mercurio, giacchè la più piccola dose di questo medicamento determinerebbe una terribile salivazione, o la diarrea colliquativa.

Ottalmia Psorica.

Psorophthalmia.

Vi sono poche ottalmie la di cui natura sia stata determinata con sì poca precisione, ed in un'epoca più recente, di quella della quale noi andiamo ad occuparci. Ciò dipende, senza dubbio, dalle limitate cognizioni che si avevano delle malattie croniche della pelle; ma i lavori dei medici dei nostri giorni ten-

dono con ogni premura a vieppiù riempire questa lacuna.

Si dava in altri tempi il nome di *psorottalmia* a tutte le ottalmie nelle quali le palpebre erano la sede di prurito, e presentavano delle croste o delle ulcerazioni; si confondevano colle blefaroblennorree semplici e complicate; se ne trattava al capitolo delle ottalmie esantematiche, e si distinguevano secondo ch'esse erano consecutive delle *erpeti* della *crosta lattea*, e *serpiginosa*, della *tigna* del *capo*, del *favo*, della *scabbia ec.*

Si sà oggi, dopo che i differenti caratteri delle malattie croniche della pelle sono state meglio classati dalle premure di *Rob. Willan* e di *Tom. Bateman*, (*), che queste sono le affezioni comprese nel secon-

(*) Non v' ha dubbio che la odierna medicina non vada debitrice di molti lumi ai Sigg. *Willan* e *Batheman*; credo per altro non debbino obliarsi i lavori, sullo stesso argomento di altri insigni medici anteriori e posteriori ai suaccennati.

Le osservazioni incomplete dei medici greci circa alle malattie della cute rinvengonsi qua e là disperse nelle opere loro. Imperocchè solo ad epoca poco lungi dalla nostra si incominciò a disporre sistematicamente le raccolte dei fatti, e non prima che gli elementi di questo ramo di patologia si rinvennero più numerosi e meno imperfetti. E fra gli autori che dal ristauramento delle lettere, trattarono exprofesso dei mali cutanei, alcuni, come è di S. *Hanfenr fer*, non stabilirono se non che ravvicinamenti in tra certe affezioni di evidente analogia. Altri patologi conobbero poi la necessità di dare non sò qual ordine ai fatti raccolti: ma nelle classificazioni loro seguirono differentissime viste. *Mercuriale* ripartì in due ordini le malattie in discorso, secondo la parte che occupavano. *Alibert* nella sua magnifica opera si giovò pur esso di tal divisione sotto alcuni rapporti. *Turner* fece altrettanto. *Lorry*, *Plenk*, *Sauvage*, *Cullen*, *Pinel*, *Wichmann* si occuparono pur essi del medesimo argomento. Mentre *Willan* perfezionava in Inghilterra la classificazione di *Plenk*, il nostro *Chiarugi* a Firenze riproducevala spoglia a così dire del suo buono. E che ciò sia basta l'accennare che, date definizioni sufficientemente esatte delle *pustole*, delle *papule* e delle *flittene*, quest'autore classificò l'impetigine e l'erpete tra le papule, e la lebbra fra le pustole. Vedi il suo trattato teorico-pratico, edi-

do e quint' ordine stabilito da questi autori, cioè gli esantemi squamosi e pustolosi, i quali mostrano una particolare propensione a portarsi sulle palpebre.

Noi dovremmo qui fare soltanto menzione della psorottalmia che non può essere determinata se non se dal virus psorico, e che per conseguenza, merita veramente questa denominazione; ma noi diremo ancora qualche cosa delle altre pretese psorottalmie che riconoscono per causa altre specie di esantemi.

La rogna non attaccando la pelle del viso, come ognuna sa, la psorottalmia propriamente detta si manifesta o in seguito di una qualche istantanea soppressione di quell' esantema, oppure in conseguenza d'infezione delle palpebre per virus psorico.

Quest'ottalmia veramente psorica riveste sempre secondo *Beer* (1) la forma della blefarottalmia.

Sintomi di questa infiammazione. Il malato risente un prurito violento nei bordi delle palpebre che si gonfiano ed acquistano un colore rosso-cupo; s'inal-

zione 2, Firenze, 1807. Altri pratici moderni rappresentarono le malattie della pelle sotto differenti aspetti, tali che *Retz*, *Derien*, *Giuseppe Frank*, e recentemente *Rayer*. In ultima analisi delle classificazioni tutte dei mali cutanei però la più esatta, la più metodica è a vero dire, quella di *Willan* e di *Rayer*, il quale ultimo batté la norma del primo, colla differenza che mentre *Willan* si limitò a non far caso che delle esterne apparenze dei mali in proposito, *Rayer* adottò per base la conformazione, la struttura ed i fenomeni loro. Ragguardandoli in attinenza all' *anatomia* ed alla *fisiologia*, era più facile tenerne in conto la natura, soventi lasciata indeterminata da *Willan*, e così schivare alcuni falsi ravvicinamenti che reca la classificazione sua.

Alcuni valenti autori avvisarono che i mali della pelle colpirebbero di più rappresentati in figure colorate. Le più belle raccolte di questo genere sono indubbiamente quella di *Willan* e *Bathemann*, l'altra di *Alibert* e quella di *Rayer*, che fino ad ora gode sulle altre più esattezza, giacchè le forme primitive delle infiammazioni cutanee e le alterazioni che vi conseguitano vi sono messe innanzi con tutta cura, ritratte o dal naturale, o dai migliori rami già pubblicati. (N. del T.)

(1) L. c., I. B., S. 365.

zono su tutti i punti di questo tumore delle piccole pustole che si aprono e si trasformano (facendo risentire un dolore cocente) in ulceri saniose, le quali dopo essersi coperte di croste, penetrano vieppiù profondamente. Si formano sempre nuove pustole, che in poco tempo ricuoprono la superficie del tumore, ciò che dà alle palpebre un aspetto che è stato paragonato a quello di un fico tagliato, fenomeno ch'è stato designato sotto i nomi di stato rugoso delle palpebre, *dasyma*, *sycosis*, *palpebra ficosa*. Allorchè le ulceri icorose penetrano profondamente il bordo delle palpebre, i bulbi delle ciglia finiscono per essere distrutti (*Madarosis*, *Alopecia*) (1), e può al fine resultarne anco il trichiasi, o l' etropio incurabile. Accade talvolta che i bambini affetti da queste malattie aprono difficilmente le palpebre, che la mattina sogliono essere incollate insieme; cagionano perdita di sangue dai bordi palpebrali, e vi determinano una parziale aderenza fra di loro.

Prognostico. Se la psorottalmia è comparsa in seguito d' infezione delle palpebre per virus psorico, se l'infiammazione è recente, e se il malato si tiene proprio, il prognostico è allora favorevole. Ma se delle circostanze opposte si presentano, se di già si è formato il *trachoma*, o che la congiuntiva del bulbo oculare sia affetta, il prognostico è cattivissimo. Alla psorottalmia soppressa dalle pomate saturnine, succede sovente l'intorbidamento dell'umor vitreo (*glaucoma*), che priva per sempre il malato della luce.

Cura. Se la psorottalmia è la conseguenza di infezione locale, la cura topica è sufficiente. Il malato deve osservare una grande proprietà, deve lavare le parti affette con infusione calda di *scordio*, di *millefoglio*

(1) Queste due denominazioni si applicano generalmente ad ogni caduta delle produzioni pelose, e particolarmente a quella dei capelli. Allorchè le sopracciglia cadono per conseguenza di psorottalmie estese, di bruciatura, di piaghe del vajolo, o di malattie interne gravi, e non si rigenerano più, si può, per ovviare alla deformità che ne resulta sovente per la faccia, fare uso di sopracciglia artificiali, he si fanno adattare da abile parrucchiere.

o di *elenio*, che in principio dev'essere semplice; successivamente, allorchè i dolori e la tensione hanno cessato, si combina colla stessa una quantità di solfuro di potassa proporzionata alla sensibilità dell'occhio. Il malato devesi asciugare ogni volta con ogni cura. Acciocchè questi mezzi sieno efficaci, bisogna naturalmente che le croste esistenti sieno subito rammollite, e levate quanto è possibile, servendosi d'oli dolci etc: o delle infusioni da noi indicate, od ancora di quella di cammomilla. Allorchè le ulceri si disseccano, e che la pelle sottoposta conserva ancora il suo rossore, la sua umidità, e la sua sensibilità, si deve applicare ogni sera sulle palpebre una quantità della seguente pomata, del volume di una lenticchia:

℞ Burro fresco non salato. . . . . ℥. ß.
Vitriolo di Cipro . . . . . gr: x.
Canfora . . . . . gr: jv:
Tuzia preparata. . . . . gr: vj:
Mescolate esattamente per farne pomata.

Se non v'è miglioramento, si sostituisce alla suddetta pomata la seguente:

℞ Deutossido di mercurio . . . . gr: vj.
Burro non salato . . . . . ℥ iij.
Cera gialla . . . . . ℥ j.
Mescolate esattamente.

Se la malattia resiste ancora, bisogna finalmente far ricorso alla pomata di *Janin*, della quale non conviene per altro farne uso che ogni due giorni.

Se la psorottalmia è all' opposto consecutiva alla ripercussione della rogna, bisogna, indipendentemente dalla cura locale, sottomettere ancora il malato ad un trattamento generale. Si prescrivono per conseguenza gli antimoniali, lo zolfo o la canfora; si fanno prendere dei bagni solfurei, e, prima di tutto, si fanno delle frizioni colla pomata stibiata nel luogo ove esisteva l'esantema; o se l'antica sede della soppressa malattia è lontana dall'occhio, si applica la pomata

dietro gli orecchi. Mostrandosi la psorottalmia refrattaria ad ogni medicatura, bisogna richiamare l'affezione della pelle che è stata soppressa (1). È necessario guardarsi da usare dei topici saturnini, o la malattia dipenda da ripercussione della rogna, o essa provenga da infezione delle palpebre per virus psorico.

Le pretese *psorottalmie* che accompagnano un esantema cronico della pelle oltre la rogna, o che si sono manifestate più o meno tempo dopo la soppressione di queste affezioni, ponno essere facilmente riconosciute, se si esamina attentamente l' esantema, e se è medicato convenientemente.

Quanto al prognostico di queste malattie in generale è assai favorevole nella massima parte de' casi, se sono ben conosciute, se non sono inveterate, e non sono state trascurate. Vi sono nonostante degli esantemi che attaccando l' occhio ponno distruggerlo prontissimamente. (2)

I revulsivi alla pelle, i frequenti lassativi internamente, non disgiunti dalla più gran proprietà, sono in questo caso i mezzi curativi generali, che raramente sono contro indicati; ma bisogna contemporaneamente, e quanto è possibile, medicare la malattia della pelle a seconda della sua forma particolare (3).

Le affezioni scabbiose, porriginose ed impetigi-

(1) *Callisen* (Sistema della chirurgia moderna, parte prima) e molti altri dicono: «Si guarisce difficilmente l' ottalmia che riconosce per causa la ripercussione della rogna e che resiste ad ogni mezzo, se non si giunge a ristabilire l'esantema.

(2) Io ho prodigato delle cure, non ha molto tempo, ad un bambino di anni due ch' era affetto di *crosta serpiginosa*, così chiamata da *Wichmann*. L'esantema non esisteva che da nove giorni, e si era esteso il secondo giorno sulle palpebre, particolarmente su quella del lato destro. Aprendo con precauzione le di lui palpebre che erano incollate, trovai uno stafiloma della cornea perfettamente formato. L'indimani la congiuntiva oculare era poco rossa; in questo mentre l'esantema si era di più ravvicinato all' occhio; ma i progressi ulteriori ne furono arrestati.

(3) Ved. Tom: *Bateman* Esposizione pratica delle malattie della pelle secondo il sistema di *Willan*.

nose della pelle hanno una certa predilezione per le palpebre.

La cura locale varia secondo il grado d'intensità dell'affezione e della sensibilità del malato; spesse volte l'applicazione de'topici indicati contro la psorottalmia è sufficiente, dopo che le croste che ricuoprono le palpebre sono rammollite con olio di mandorle, con acqua o latte caldi. Se esistono sulle palpebre delle escoriazioni e delle ulceri ostinate particolarmente nei soggetti di costituzione poco irritabile, bisogna ricorrere a dei mezzi più energici, per esempio alla pomata *citrina*, alla *pietra infernale*, il di cui uso richiede molta cautela. È ciononostante raro che cotesti mezzi possino essere impiegati nei bambini.

Io debbo pur parlare della *crosta lattea*, la quale allorchè è intensa, non risparmia neppure le palpebre. Questa malattia se attacca l' occhio prende la forma di *blennorrea* semplice, fa ordinariamente un corso lento e benigno. Non è che nei casi più gravi, nei bambini deboli, di costituzione rilasciata, scrofolosa, quando la malattia è trascurata o mal curata, ch'essa non risparmia il globo oculare stesso la di cui congiuntiva diventa rossa; allora formansi talvolta delle ulceri alla cornea che possono perforarla, od almeno lasciarvi delle macchie.

È quasi sempre utile d' incominciare la cura da un purgativo consistente in un miscuglio di calomelano e di rabarbaro o sciarappa, e quando anco esiste diarrea, si può esibire ad un bambino al di sotto di un anno un grano di calomelano ed otto grani di rabarbaro; in alcuni casi se la diarrea è di buona natura non dev'essere soppressa. Dopo l'amministrazione del purgativo si hanno de' gran vantaggi dall'uso dell'infusione teiforme della viola selvatica, come bevanda ordinaria, con o senza l'aggiunta del latte, ma sempre zuccherata; e la malattia non tarda a diminuire ed a guarire. All'esterno si fanno delle fomentazioni tiepide con infusione filtrata della viola selvatica e di scordio, osservando la massima politezza. Se la cornea è la sede di ulceri che minaccino di diventare pericolose, si fanno delle frizioni alla nuca colla

pomata stibiata, e si istilla fra le palpebre tre o quattro volte ogni giorno una piccola quantità del collirio seguente, che dev'essere tiepido.

℞ Malva . . . . . ℥ ß
Si facc: decott . . . . . ℥ jv.
Si coli e si aggiunga
Laudano liquido del Sydenham. . ℥ ß.
Pietra divina. . . . . gr. ij.
Mescolate.

Vi sono ancora altre eruzioni che senza appartenere alla faccia in particolare vi si fanno nulladimeno rimarcare subito nella pluralità dei casi, e sono suscettibili di propagarsi alle palpebre, od al globo dell' occhio stesso.

Sarebbe inutile per la pratica ch' io descrivessi ciascuno di questi esantemi in particolare, così mi limiterò a parlare in generale di questa specie di affezione infiammatoria specifica, senza perdere di vista lo scopo pratico di quest'opera. Essendo a portata di osservare giornalmente un numero considerabile di malattie, io m' ingegnerò di gettare qualche raggio di luce sulla loro istoria, che è ancora molto oscura, e di far conoscere la cura la più vantaggiosa, che mi ha costantemente corrisposto, tranne i casi ove i malati non m' erano presentati se non che dopo che i loro occhi avevano di già sofferte delle lesioni organiche considerabili.

Eccettuando le persone attaccate da esantemi prodotti da sifilide, i malati ch'io curo per coteste malattie particolari sono quasi tutti fanciulli non ancora giunti al quindicesimo anno, e nella massima parte de'quali si può dimostrare la disposizione serofolosa. Tali affezioni si mostrano più ostinate nei bambini che sono nati ed allevati nel seno dell' immondezza, ed in abitazioni umide, male aereate, od in quelli i di cui parenti vivono nella miseria e sono dominati da affezioni discrasiache. Esse minacciano più direttamente la vista allorchè sono state precedute da totale o parziale soppressione delle esposte eruzioni, e quando

l' infiammazione si è sviluppata nell' occhio evidentemente in seguito di queste soppressioni.

In molti casi gli esantemi sembrano prodotti non solo dalle scrofole, ma pur anco da molte discrasie, che si distinguono in questa affezione, tali che la rachitide, etc. Sembrerebbe ancora che nella massima parte de' casi l' eruzione della pelle rappresenti in qualche modo la crise dell' affezione generale, da cui ne viene per conseguenza che la cura dev' essere diretta con molta prudenza. Io considero ordinariamente queste eruzioni come esprimenti gli sforzi che fa la natura per allontanare da organi importanti l'affezione interna, molto più che il trasporto sull'organo della vista è per lo più favorito da un concorso di circostanze spiacevoli. Le infiammazioni che ne resultano non cominciano ordinariamente dal globo dell'occhio, eccettuati i casi di metastasi, o quando trattasi di vere ottalmie scrofolose. In queste circostanze la malattia, senza dubbio, può avere il suo incominciamento dall' occhio stesso, propagarsi alle altre parti della faccia, e produrre nella prossimità del bulbo oculare de'gravi accidenti, sufficienti a determinare talvolta degli esantemi, che a loro piacere ritornano dalla faccia sull' occhio.

Generalmente, si vedono manifestare, subito sul viso soltanto o sopra diverse parti del corpo, delle pustole isolate, che cagionano del prurito più o meno sensibile; si aprono dopo uno spazio di tempo variabile, e formano delle croste, che si estendono gradatamente, e si confondono spesso fra loro. Poco a poco guadagnano le palpebre, che tosto si tumefanno, si arrossano, e sono incollate insieme da muccosità più o meno densa, che sembra dover garantire la superficie degli occhi dai più gravi accidenti. Ciononpertanto non dev'essere questo un motivo perchè il medico si astenga da esaminare l'occhio colla più grande attenzione. Se l' esantema si comunica alla congiuntiva oculare, ciò che sembra essere talvolta devoluto alle strofinazioni continue che fanno i malati; alcuni punti dell' occhio diventano dolorosi, quest'organo è lagrimante, non tollera il contatto della luce, e mo-

stra di essere più o meno rosso. Se, a questo periodo la malattia è abbandonata a se stessa, se è trascurata o mantenuta da un genere di vita poco adattato, dall'immondezza e dall'abitazione in luoghi umidi, ponno svilupparsi delle ulceri alla superficie della cornea atte a perforarla in un tempo più o meno lungo e possono distruggere la vista. Le palpebre possono pure esulcerarsi, accade ancora che il pus sanioso corrode la cartilagine tarso, che allora spesso s' indurisce, da cui ne resultano degli etropi o degli entropi; nè' casi più gravi vi ha la febbre.

La cura che si richiede a questa specie d'ottalmia, quantunque un poco lenta, è nonostante invariabile nei suoi effetti, se le ulceri della cornea o delle palpebre sono ancora nel loro nascere, e che i bambini non sieno troppo deboli o affetti da atrofia completa.

Prima d'ogni cosa, bisogna diligentemente detergere gli occhi, per mezzo di un' infusione teiforme tiepida di cammomilla, aprirli, esaminarli scrupolosamente, ed istillare quattro o sei volte ogni giorno fra le palpebre il seguente collirio, la di cui temperatura dev' essere tiepida.

℞ Percloruro di mercurio. . . . gr. ß.
Acqua di Rose. . . . . ʒ vj.
Mucillag. di gomma arabica . . ʒiij.
Laudano liquido del Sydenham . ʒij.
Mescolate.

Contemporaneamente si amministra un purgativo composto di due a quattro grani di calomelano e di dieci a venti grani di rabarbaro o di sciarappa. Dopo il purgativo si può continuare per qualche giorno l'uso del calomelano unito alla cicuta ed alla radica di sciarappa, o allo zolfo dorato di antimonio. In seguito si può passare all' uso dell' etiope antimoniale, dello zolfo, del tartrato di potassa, della dulca-amara, della viola salvatica, della radica di romice (*lapatum acutum*), ec. Le misture leggiermente lassative sembrano agire meglio di quelle che provocano tre o quattro dejezioni poltacee per giorno.

Seguendo questo metodo, e tenendo i malati in luogo asciutto e pulito, raccomandando loro di astenersi dagli alimenti grassi ed acri, e dalle bevande acide, si vede non solo dissiparsi completamente l' infiammazione degli occhi, ma ancora l' eruzione cutanea.

Non bisogna mai cedere alla inclinazione di usare dei topici astringenti oppure saturnini contro le affezioni esantematiche; l'occhio non deve essere deterso se non che con infusione teiforme tiepida di cammomilla, o con altro consimile. Se il collirio contenente del sublimato non è tollerato bene, si può usare, particolarmente se vi sono delle ulceri alla cornea, una leggiera dissoluzione di pietra divina col laudano liquido del *Sydenham*, sempre a temperatura tiepida.

Le ottalmie che si osservano nei bambini, in seguito di parziale o totale soppressione di un qualche esantema della cute capillata, della faccia, o di altre parti del corpo procedono ordinariamente in tutt' altro modo, nulladimeno i gradi più miti di queste infiammazioni, quali vado a descrivere, fortunatamente sono rari. Gli accidenti sono in generale altrettanto più violenti e più pericolosi quanto l'esantema ha esistito un tempo più lungo, ed ha incominciato a guarire più bruscamente su qualcuno de'suoi punti od in tutta la sua estensione. Un' istantanea fotofobia, la lagrimazione, particolarmente di uno fra i due occhi, de'dolori acuti, pungenti in quest'organo, ed un rossore che si osserva principalmente sulla sclerotica, che presenta un colore alle volte di rosa pallida, altrove di un colore tendente al turchiniccio, tali sono i primi sintomi di quest'affezione funesta. Subito dopo, i malati risentono dei dolori nella regione sotto-orbitale, che sono piuttosto gravativi che laceranti, e compariscono ordinariamente verso la sera. La cefalalgia diventa generale, e si manifestano dei sintomi d'iridite; la pupilla è pigra, e termina per essere immobile, ristretta ed angolosa; essa si offusca, non come se avesse luogo un trasudamento di tessuto fibroso, ma come se fosse ostrutta da una massa purulenta omogenea. Il colore di questa membrana è alterato, il suo

tessuto sembra in qualche modo deperire; essa prende un aspetto uniforme e come lavato. La trasparenza dell' umor acqueo essa pure sembra intorbidata, ma è raro di vedere del pus nella camera anteriore. Accade particolarmente nei fanciulli di sette a quindici anni, e quando le palpebre non sono molto gonfie, che si osservano tutti questi fenomeni. La cefalalgia, che in principio non si faceva sentire che nella regione sopra-orbitale dell' occhio affetto, poco a poco diventa più generale. Comparisce la febbre, l' insomnio la sera, il delirio; la sete è ardente, vi ha dell'inappetenza, il malato è spesso agitato al massimo segno.

I gradi i più forti di quest'infiammazione hanno un corso rapidissimo; se non riesce di rimediarvi sollecitamente, la vista è irrevocabilmente perduta;poichè non si può neppure sperare di ristabilirla facendo una pupilla artificiale, quand'è troppo tardi, perchè i guasti prodotti da queste ottalmie non sono quasi mai circoscritti all' iride.

Il prognostico non presenta alcuna lusinga più favorevole se non se quando il medico è chiamato molto per tempo, allorchè egli sospetta di buon'ora la causa della malattia, e se può agire tosto con tutta l' energia necessaria. Il medico esperimentato, l'osservatore esercitato, riconoscono l'intensità dell'affezione, nel suo nascere, ad un aspetto tutto particolare dell'occhio, che non si è soliti ad incontrare nei fanciulli, ma soltanto in individui dominati da qualche discrasia, in età già avanzata.

La cura differisce assolutamente da quella delle ottalmie provenienti da esantemi cutanei, che si sono diffusi fino all' occhio. Allorquando dei dolori gravativi si fanno risentire al di sopra dei sopraccigli, bisogna, secondo l' età del piccolo malato, applicare da tre a dieci sanguisughe alle tempie; esibire il calomelano a dosi capaci di produrre rapidamente una fortissima diarrea, che si può contenere col mezzo dei leggieri lassativi; se l' esantema ha avuto la sua sede alla cute capillata, si levano i capelli e vi si fanno quattro o sei fregagioni ogni giorno colla pomata stibiata, contenente una forte proporzione di tartrato an-

timoniato di potassa, ad oggetto di ottenere nello spazio di ventiquattr' ore un' eruzione su una superficie della larghezza del palmo della mano; ma bisogna guardarsi di provocare l' eruzione artificiale nelle prossimità dell' occhio. Per calmare più sollecitamente i dolori che il malato risente al di sopra dei sopraccigli, e per prevenire le lesioni organiche dell'occhio, è utile di fare sulla regione sopraccigliare delle frizioni con un miscuglio di *unguento bigio* e *oppio*. Se delle ulceri si sviluppano nella superficie della cornea o se si forma un'ipopio, si devono mettere in uso i topici convenienti, prendendo le precauzioni che abbiamo di già indicate; ma non bisogna dimenticare che nei gradi i più violenti di quest'ottalmia, e particolarmente nel principio, i topici, come i collirii molto eccitanti, sono nocivi.

I bagni generali ad una temperatura tiepida non servono che per la cura consecutiva; imperocchè fino a tanto che l'infiammazione è intensa, sembrano, secondo i resultati delle mie osservazioni, essere più nocivi di quello che utili.

Del rimanente, indipendentemente dall'uso della pomata stibiata, non bisogna menomamente trascurare gli altri derivativi.

Ottalmia scrofolosa.

Ophthalmia scrophulosa.

Quest' ottalmia è la più frequente di tutte. Il professor *Beer* contava che in generale a Vienna, su cento ottalmie, novanta sono scrofolose (1).

(1) Nel nord della Germania il rapporto delle ottalmie scrofolose alle altre ottalmie sembra quasi essere altrettanto considerabile. In Italia, all'opposto, e particolarmente nelle contrade meridionali che sono lontane dal mare, io non ho osservato che raramente delle scrofole e delle ottalmie avente questo carattere, nelle classi pur anco dei più indigenti, che si nutriscono quasi esclusivamente di *polenta*, che è un alimento molto indigesto.

Cotesta specie di flemmasia si generalmente diffusa, e che è soprattutto più particolare dell' infanzia, è alle volte primitiva, ed altre volte secondaria.

È a giusto titolo ch' essa merita la più grande attenzione pel lato del medico; poichè quantunque determini raramente la cecità, se si tratta in tempo e convenientemente, non è nonostante raro ch' essa lasci dietro di se delle macchie e delle cicatrici sulla cornea. Queste macchie, queste cicatrici turbano la vista, e durano spesso per tutta la vita, sia che i parenti del malato le considerino come insignificanti e le abbandonino alla natura, sia ch' essi si scoraggischino per la prolungazione della cura, o che non abbino sufficiente perseveranza per condurla alla fine dopo anco averla incominciata.

A malgrado che in generale la malattia scrofolosa sia sempre la medesima, e non vari che sotto il rapporto del grado e della forma, nulladimeno noi dobbiamo indicare una differenza che riposa sulla costituzione particolare di ciaschedun malato, e che modifica il corso di quest' affezione tanto rapporto al prognostico che alla cura.

Questi malati ponno esser divisi generalmente in due classi principali: 1°. quelli che sono poco irritabili, stupidi, i quali si distinguono da un'aspetto pallido e tumido, dalla larghezza della mascella inferiore, dalla grossezza del labbro superiore e delle ali del naso, dalla figura piccola e raccolta, dalle carni flosce; 2°. quelli il di cui corpo è gracile, il collo lungo, il petto stretto e stiacciato, i capelli biondi, gli occhi turchini, le guance tinte di un bel rosso circoscritto, e che sono molto sensibili e irritabilissimi. I primi sono spesso affetti contemporaneamente da esantemi scrofolosi della pelle, da scoli bianchi, da ingorghi glandulari, da infiammazioni articolari e da carie; i loro denti sono spesso sporchi, e di colore tendente al giallo. I secondi, all' opposto, sono più soggetti alle affezioni catarrali, alle epistassi, alle costipazioni; i loro denti sono in generale bianchissimi, ed il loro polso si accelera sotto la menoma causa.

Quantunque la cura ed il regime generale devo-

no essere gli stessi, per l' una e l'altra classe di questi malati, pure una dieta moderata, la pulitezza, l' uso dell' aria asciutta e calda, e l' esercizio adattato del corpo conviene loro ugualmente, e si devono astenere da ogni specie di alimenti indigesti, tali che dal pane poco cotto, dalle pasticcerie di burro, ed altre simili vivande, dai legumi secchi, dalle carni grasse, dagli acidi, e dagli alimenti troppo salati ec.; nonostante è utile che i primi dormino meno tempo, che prendino più esercizio, e seguino un regime più analetico di quelli della seconda classe, ai quali si può accordare, ma soltanto verso la fine della malattia per consolidare la guarigione, della birra molto carica di luppoli, mentre che l' uso di questa bevanda, del caffè, ed anco di poco vino è utile ai primi, tanto prima che dopo la cura. In generale bisogna procurare che i malati che appartengono alla prima classe, usino un regime alimentare più nutriente e più tonico di quelli della seconda; il latte sarà per questi durante la cura, ciò che la birra dev'essere per quelli. È sui medesimi principj che bisogna basare la scielta dei medicamenti da usarsi, che noi indicheremo in seguito. Nulladimeno non bisogna credere che questi due caratteri sieno sempre chiaramente distinti; poichè si trovano spesso riuniti nel medesimo individuo, che deve allora essere trattato secondo che i segni che appartengono alla prima od alla seconda classe sono predominanti. È raro che il medico sia chiamato in tempo per combattere l'infiammazione nel periodo *attivo*, giacchè questa passa con estrema rapidità.

L' ottalmia scrofolosa offre delle differenze sotto il rapporto della sede che occupa: allorchè le palpebre soltanto sono ammalate, quest'affezione si chiama *blefarottalmia-glandulare-scrofolosa*; quand'è la parte anteriore del bulbo dell' occhio che è infiammata, denominasi *ottalmia-scrofolosa-esterna*; se esiste nel sacco lagrimale la speciale infiammazione, *blennorrea del sacco lagrimale scrofolosa*, o *dacryocystalgia cacochymica*, o ancora *dacryoblennorrea*. Ordinariamente la seconda forma accompagna la prima, od almeno si presenta frequentemente in seguito di essa;

così si può pure descriverla insieme, ciò che ci proponghiamo di fare.

Sintomi. I bordi delle palpebre diventano un poco rossi e si tumefanno mentre ch'esse sono la sede di una sensazione cuocente; vi ha contemporaneamente lagrimazione e fotofobia, fenomeni che sono nonostante più marcati nei soggetti molto vivaci ed irritabili, di quello che in quelli di fibra rilasciata. La secrezione delle glandole di *Meibomio* è aumentata nel principio, in modo che le palpebre s' incollano facilmente fra di loro.

Le lagrime che colano fuori dell'occhio sono talmente pungenti, che escoriano le parti sulle quali stanno a contatto, e producono spesso delle tumefazioni endematose nelle prossimità degli occhi.

Poco a poco la congiuntiva oculare partecipa dell' infiammazione, offre un rossore diffuso. Si osservano dei fascetti di vasi sanguigni che si dirigono verso la cornea, e qualcuno dei quali oltrepassando il bordo di questa membrana, si prolunga fino al suo centro. La sclerotica diventa rossa, e nei soggetti di molle costituzione si manifestano all'esterno dei fascetti vascolari, degli ascessi, che non tardano guari a degenerare in ulceri (1) presentano spesso delle vegetazioni carnose, perforano la cornea e determinano in tal modo degli stafilomi, ec., quando l'iride viene ad impegnarsi nell' apertura. Negl' individui vivaci ed irritabili, all'opppsto, si formano delle flictene che si aprono, e cagionano sovente una vera ernia della cornea o *keratocele.* Esiste in essi non solo la fotofobia molto più pronunziata, e degli spasmi dolorosi delle palpebre più frequenti e più continui, ma le loro ottalmie scrofolose degenerano molto più spesso in *iridite*, ed in seguito in uno stafiloma generale della cornea.

Questa flemmasia, in essi, rassomiglia di più all' ottalmia reumatica, ciò che non sembra essere soltanto indicata da un dolore particolare, dalla fotofobia sommamente pronunziata, e dall' epifora, ma ancora

(1) Tav. IV, fig. 8.

dal rossore della congiuntiva e della sclerotica, il quale dopo qualche giorno soltanto, quando i dolori hanno cessato, presenta sul globo dell'occhio la disposizione fascicolata dei vasi sanguigni, che è particolare all'ottalmia scrofolosa.

Del rimanente l' ottalmia scrofolosa ha spesso nel principio l' apparenza d'infiammazione catarrale delle palpebre. I malati vanno soggetti a degli starnuti, poichè la membrana pituitaria è simpaticamente irritata, le narici separano del muco tenue ed acre, e presentano tutti i segni della corizza. Ma quantunque l' ottalmia scrofolosa abbia in questo molta analogia coll' ottalmia catarrale, si distingue nonostante essenzialmente per le remissioni, che al contrario l' ottalmia catarrale prova allora delle esacerbazioni.

Oltre i sintomi da noi enumerati, si osservano ancora i segni dell' affezione scrofolosa generale allorchè questa è più sviluppata; oppure non sono che poco sensibili se il malato non ha se non che una leggiera disposizione a questa malattia.

È molto raro che l'ottalmia scrofolosa degeneri in *blefaroblennorrea*, od in *ottalmoblennorrea*, ma ancor essa lascia più spesso dietro di se delle callosità sui bordi delle palpebre (*tylosis*), e talvolta la perdita delle ciglia (*milphosis tptilosis*), che per lo più non è che passeggiera, poichè i loro bulbi non sono stati distrutti. Il *tylosis* comparisce in seguito di molti orzajuoli situati gli uni accanto agli altri, la di cui terminazione è stata incompleta; i bordi delle palpebre sotto il tatto offrono allora dei *tubercoli* o delle *nodosità*. Può pure succedere all' infiammazione cronica di tutte le piccole glandole situate verso i bordi delle palpebre o del pericondrio del tarso; in questo caso le callosità sono lisce ed unite. Quando cotesti *tylosi* sono affatto negletti, che esistono da molti anni, variano alternativamente di volume, e in età più avanzata si complicano con discrasie di diverse specie. Non è anzi raro di vedere questi ressidui di scrofole degenerare in cancro delle palpebre.

Prognostico. Per lo più il corso dell' ottalmia scrofolosa è molto lento, e le recidive sono facilissi-

me, particolarmente in autunno e nè tempi umidi, fintanto che la disposizione alle scrofole vige nei malati. Nulladimeno se si combattono convenientemente nel suo nascere, le ottalmie scrofolose si dissipano spesso in pochi giorni senza recidivare. Questa circostanza è piuttosto referibile ai soggetti irritabili, di quello che a quelli che nol sono; supponendo però che nulla si opponga all'esecuzione delle precauzioni dietetiche necessarie. Il prognostico è favorevole allorchè l'infiammazione è limitata alle palpebre, quando la diatesi scrofolosa non è molto manifesta. Ma se l'affezione ha di già recidivato molte volte, se i bordi delle palpebre sono induriti,o se esiste la blefaroblennorrea, il prognostico è molto meno vantaggioso; allorquando nei soggetti eminentemente scrofolosi, la congiuntiva che riveste la sclerotica e la cornea si trova infiammata ed ulcerata; è più infausto ancora, con maggior ragione, allorchè queste ulceri si manifestano in individui irritabili la di cui malattia fa dei progressi assai più rapidi che in quelli poco attivi, e quando l'iride s'impegna nelle ernie formate dalla cornea, contrae con essa delle aderenze, e forma in tal modo un keratocele complicato, o quando l'iride infiammata si aderisce con tutta la cornea, e costituisce lo stafiloma generale di questa membrana (1). Ma non

(1) Mi sia qui permesso di dire qualche cosa sulla difficoltà di fare il prognostico delle ottalmie in generale, e della scrofolosa particolarmente. Siccome la reputazione del medico-oculista depende per lo più da prognosticare bene, è indispensabile ch' egli esamini prima di tutto lo stato degli occhi del malato. Ora quest'esame non è molto facile allorchè vi ha la fotofobia assai marcata; ma è estremamente difficile nei piccoli bambini scrofolosi, i di cui occhi infiammati non tollerano affatto la luce, molto più che nella persuasione, nè le minacce nulla ponno sull'ostinatezza, allorchè chiudono convulsivamente le palpebre. In simili combinazioni bisogna condursi secondo le regole seguenti. Per poco che l'affezione sembri grave, e che l'attento esame degli occhi nella prima visita non sia possibile, si amministra il purgativo che noi indicheremo in seguito, raccomandando di mollificare le croste che possono esistere sulle palpebre, con latte tiepido. Fino allora bisogna sospendere il

è molto facile che coteste distruzioni abbino luogo se l' affezione in discorso non è affatto trascurata, ammeno che i malati vivendo nella massima povertà non sieno condannati ad esistere in mezzo all' umidità, all'immondezza, e ad esperimentare tutti i disastri della miseria: in questi casi che si presentano assai di rado, la discrasia scrofolosa manifesta non solo i suoi effetti in ogni parte del corpo, ma essa acquista nell'occhio il carattere ostinatissimo, che ha qualche cosa di *maligno*.

Le ulceri della congiuntiva nei punti ove questa membrana tapezza la sclerotica sono più grandi, più larghe, più superficiali, ed assai più difficili a scuoprirsi di quelle della cornea; ma è sommamente raro ch' esse forino la sclerotica, sono perciò meno pericolose delle altre. Quando in luogo delle ulceri vedonsi sviluppare sulla cornea dei terigi o delle opacità, l'ottalmia è meno pericolosa, ma la sua durata è eccessivamente lunga, e lascia dietro di se delle oscurità della cornea, che, per essere guarite, esigono la più gran cura e somma fermezza.

Se pendente il corso dell' ottalmia scrofolosa si sviluppa sù un' altra parte del corpo un' affezione di qualche rilievo, che dependa ugualmente da scrofole, l'ottalmia si dissipa; è pure per la stessa ragione che il prognostico dell' ottalmia è favorevole allorchè si presentano ad un tratto degli esantemi sulla cute capillata, delle diarree, delle infiammazioni alle glandole cervicali o inguinali, delle affezioni delle ossa, ec.

prognostico. L' indomani è facile l' esaminare l' occhio al crepuscolo della sera, poichè a quest' epoca della giornata vi ha la remissione della fotofobia e dell' infiammazione; il bambino è meno inquieto ed apre gli occhi più liberamente. Il medico attento scuopre allora facilmente il grado della infiammazione ed i suoi prodotti, talchè colui che trascura cotest' esame ignora quali sono i disordini prodotti dalla malattia per la quale egli è chiamato a rimediare; il primo può richiamare l' attenzione sul pericolo che può esistere; il secondo all' opposto, ha spesso il dispiacere di vedersi deluso nel suo prognostico (comunemente favorevole) da un successo contrario, tale che dal prolasso dell'iride da un voluminoso stafiloma ec. circostanze che sono a carico della sua reputazione.

La cura può essere generale o locale; ma quantunque sia necessario di combattere l' affezione scrofolosa in generale, il medico-oculista deve ancora, nell'ottalmia che riveste questo carattere, ugualmente che nelle altre infiammazioni dell'organo della vista, prendere in contemplazione delle circostanze che il medico, che non si occupa ordinariamente se non che delle altre malattie interne suole trascurare impunemente nella massima parte de'casi. Il primo deve considerare che a malgrado che l' infiammazione dell' occhio sia in gran parte l' espressione di un sintoma della discrasia che domina su tutta l' economia, la prolungata ostinazione di questo sintoma minaccia l'organo della vista dei più gran pericoli. Lo scopo principale dev'essere, per conseguenza, di liberare l'occhio da quest' affezione, od almeno di diminuirla e di arrestarne i progressi, senza disturbarsi punto se diminuisce contemporaneamente l'affezione generale dell'economia. Non è che dopo la cessazione del pericolo, che sovrasta all'occhio, che si può adempire alle indicazioni che richiede la discrasia.

Dall'esposto si conosce facilmente quanto è utile il cominciare la cura dell' ottalmia scrofolosa, quasi sempre, da un *lassativo mercuriale* adattato alla particolare costituzione del soggetto, e perchè nelle infiammazioni pericolose, o sommamente inveterate, un *cerotto stibiato* applicato alla nuca è una delle prime indicazioni da adempirsi, poichè l' uno e l' altro di questi mezzi agiscono come potenti antagonisti, e producono in poco tempo un' effetto salutare.

Io incomincio per conseguenza, in quasi tutti i casi, dall' amministrazione, una volta la mattina a digiuno di una forte dose di calomelano, da due a cinque grani nei soggetti irritabili, da tre a sette negl'individui di costituzione poco impressionabile dagli stimolanti, aggiungendovi nei primi casi una certa dose di rabarbaro e di magnesia; nel secondo della sciarappa ed un poco di cannella; e nei soggetti il di cui corpo è tumefatto, teso, ma non doloroso, esibisco il calomelano colla resina di sciarappa ed il sapone medicinale, sotto forma di pillole.

Non è che dopo di avere in tal modo amministrato un purgante al malato, che si può far ricorso agli altri medicamenti: ma non bisogna dimenticare che è necessario prescrivere gli *anti-scrofolosi* combinati col vino, ed altri tonici per gl' individui di poca sensibilità, pigri , stupidi , mentre i soggetti sensibili , e delicati si trovano meglio dei medicamenti tonici leggermente diffusivi, e dell' astinenza dalle bevande alcaoliche.

I principali mezzi da usarsi sono le misture leggermente solutive , gli estratti dolci, la soluzione di acetato di potassa, il tartrato di potassa, l' infusione di sena composta, le leggiere preparazioni antimoniali secondo *Scarpa* (l. c. p. 227) , l' etiope antimoniale, amministrato subito alla dose di mezzo grano, e successivamente fino a venti grani per giorno, di cui bisogna continuarne l'uso per circa cinquanta giorni, e più ancora ; il tartaro stibiato a piccole dosi , il muriato di barite , il guaiaco , molte preparazioni di zolfo, la dulca-amara, in particolar modo se esistono contemporaneamente delle eruzioni alla pelle.

Io ridirò un' altra volta ancora che gli esposti medicamenti devono essere proporzionati alle respettive costituzioni de' malati.

Del resto, l'ottalmia scrofolosa è raramente molto violenta per reclamare l'uso degli antiflogistici al principio della cura, od almeno io devo dire che nei casi, ove questi mezzi furono creduti necessarii, a motivo dell' intensità dell' infiammazione , se ho fatto applicare delle sanguisughe, non ne ho mai veduto alcun miglioramento.

Quando finalmente l' infiammazione dell' occhio s'è dissipata, e che l'affezione generale è stata diminuita per mezzo dei medicamenti da noi indicati , o allorchè la malattia ha preso la forma della blefaroblennorrea o dell'ottalmoblennorrea inveterata, si passa all'uso interno della china unita alla valeriana, all'angelica, alla serpentaria virginiana , al calomo aromatico, ed alla dulca-amara. Questi mezzi sono utili allorchè vi ha disposizione all'atrofia, e si ponno usare come nella formula seguente.

℞ Infusione di calamo aromatico, o di Valariana preparata con ℥iij: di queste radiche. . . . . ℥ ij
Estratto di gramigna a consistenza di siroppo. . . . . ℥j
Detto di China. . . . . ℥j
Soluzione di acetato di potassa. } ana. ℥ ß.
Tintura acquosa di rabarbaro , }
Etere nitrico. . . . . ℥j
Mescolate

Da prendersi ogni due ore una o due cucchiaiate da caffè.

Bisogna insistere sulla cura da noi prescritta, ad oggetto di fare scomparire perfettamente la disposizione alle recidive.

Rimane talvolta un'ostinata fotofobia, allorchè gli altri sintomi dell' infiammazione sono dissipati già da gran tempo. L'estratto di cicuta (*conium maculatum*) è stato moltissimo raccomandato contro quest'affezione consecutiva dal professor *Dzondi* (1); cotesto medico lo esibisce tre volte ogni giorno alla dose di tre grani, che aumenta ogni giorno di un grano, fino a che in sette o nove giorni, od in quindici o venti non ha ottenuto l'intento. Io sono riuscito con questo medicamento molto più spesso che coll'estratto di bella donna, amministrato alla dose di un sesto o dodicesimo di grano, unito al calomelano ed al tartaro di potassa, e dato ogni tre ore.

Il punto essenziale nella cura delle ottalmie scrofolose consiste nel prescrivere un regime dietetico conveniente. Quando questa condizione non è o non può essere adempita, vi è sempre a temere delle recidive, nelle quali la malattia si mostra sommamente ostinata. Si deve inibire l'uso delle carni salate e fumigate, gli alimenti acidi, grassi, o moltissimo salati, i farinacei indigesti, i legumi secchi, il pane non lievitato, le patate, le pasticcierie grasse, e in gene-

(1) Ved. il giornale intitolato: Esculapio. vol I. quint. 1

rale ogni alimento di gusto squisito e facile a passare alla fermentazione acida, giacchè hanno un'azione sommamente perniciosa per gli scrofolosi. Si raccomandano degli alimenti dolci, poco nutrienti, presi in piccola quantità, e ripetuti più spesso. I malati devono essere in una posizione tale che l' aria che respirano sia asciutta e calda ; devono particolarmente evitare le abitazioni fredde e umide, poiche è in questi luoghi che si osservano le ottalmie scrofolose le più renitenti a cedere ad ogni mezzo.

Quantunque la proprietà sia di prima necessità in questa cura, si deve nulladimeno, durante l' ottalmia scrofolosa, astenersi dai bagni caldi generali, qualunque siasi la natura del liquido che li compone, come l'acqua pura o contenenti la decazione dell'orzo già servito per la birra, di cammomilla, o la soluzione di solfato di potassa, ec. poichè nella massima parte de'casi gli ho veduti aggravare la malattia.

È questi il motivo per cui mi astengo dal fare prendere de' bagni durante l' ottalmia, ma faccio spesso stroppicciare la pelle con flannella asciutta e calda.

La cura locale e la cura generale devono essere regolate secondo lo stadio dell' infiammazione ; imperocchè a malgrado che il periodo *attivo*, propriamente detto, sia raramente elevato ad un sommo grado d'intensità, e passi ordinariamente con tale rapidità da non essere osservato dal medico, pur nonostante l'ottalmia scrofolosa, se è recente, e che lo stadio infiammatorio sia scorso, esige dei mezzi più dolci di quelli che devono usarsi in seguito.

Bisogna adunque fintanto che persistono i dolori, la fotofobia, e l'aridità dell' occhio, fare colla decozione di cicuta, o di capi di papaveri e di una piccola quantità di giusquiamo, delle fomenta o delle applicazioni calde che si rinnovano se sopraggiunge l' occlusione spastica delle palpebre, (*blepharospasmus*); in questi casi si ponno pure raccomandare delle frizioni in prossimità degli occhi con pomata composta di sostanze narcotiche, o di unguento grigio, o

se le pomate non sono tollerate dalla pelle, si usa il seguente miscuglio preconizzato da Græfe (1).

℞ Polvere di estratto di belladonna seccata all'aria . . . . . ʒ ß.
Detta di Giusquiamo . . . .
Detta di oppio pur. . . . . } ana ʒj:
Mescolate.

Si scioglie questo miscuglio con scialiva per farne delle frizioni attorno agli occhi.

Si passa in seguito gradatamente ai collirii leggiermente astringenti incominciando, per consiglio di *Scarpa* (2) dalla decozione di giusquiamo coll'aggiunta di qualche gocciola di acqua vegeto-minerale, e di una piccola proporzione di tintura tebaica preparata secondo la farmacopea di Londra; oppure, nei casi ove si può temere dell' azione delle preparazioni di piombo, si usano le decozioni filtrate di foglie di malva colla pietra divina, nella proporzione di un grano ogni quattr'once, ed un poco di laudano.

Del rimanente, la cura locale della blefarottalmia scrofolosa è assolutamente la stessa di quella del periodo passivo della blefarottalmia glandolosa semplice.

Se si presenta la blefaroblennorrea, oppur anco l'ottalmoblennorrea, la cura locale dev'essere diretta a seconda di quanto abbiamo detto, parlando dell'*ottalmia de' neonati*.

Se i bordi delle palpebre sono la sede di escoriazioni, se hanno molta tendenza a diventare scirrosi bisogna evitare l'applicazione delle preparazioni saturnine. Verso la fine si fa uso contemporaneamente della pomata con precipitato rosso, per prevenire la formazione del *tylosis*, se mostra volersi sviluppare.

Ma se la pomata di precipitato resta senza effetto, e che i bordi delle palpebre sieno molto callosi,

(1) Repertorium *augenaerztlicher* Heilformuli, 1827, S. 52.
(2) L. c., vol. 1, pag. 228.

si deve, secondo il consiglio di *Vardrop* (1), scarificare la loro faccia interna, lasciare scolare liberamente il sangue, e non applicare che in questo momento la pomata per mezzo di un pennello; non tarda allora a produrre il desiderato effetto.

Allorchè la congiuntiva oculare è nel tempo istesso infiammata, e che vi si manifestano degli ascessi nei soggetti poco irritabili, e di costituzione rilasciata, conviene facilitare la loro apertura colla seguente preparazione.

℞ Percloruro di mercurio.	gr: ß:
Acqua di rose	℥ jv:
Laudano liquido del *Sydenham* .	℥ ß.
Mucillagg. di gomm. arabica . .	℥ iij·

Si applica questo miscuglio tiepido quattro o cinque volte ogni giorno.

Allorchè gli ascessi sono aperti, si favorisce la loro guarigione mantenendo sull' occhio del calore asciutto, e facendovi delle lavande colla dissoluzione di pietra divina, contenente del laudano. Se si sviluppano delle vegetazioni attorno alle ulceri, o si forma lo stafiloma dell'iride, bisogna introdurre due volte ogni giorno del laudano del *Sydenham* fra le palpebre.

Quando si è sviluppata un' *onice*, bisogna non solo applicare del laudano sull'occhio, ma si deve nel tempo istesso esibire internamente delle forti dosi di calomelano, colla veduta di favorire l'assorbimento.

Nei soggetti molto vivaci ed irritabilissimi, bisogna astenersi da ogni medicamento eccitante e alterante. Se vi ha fotofobia, si fa portare una visiera verde, e si raccomandano le frizioni di pomata stibiata alla nuca o dietro le orecchie. Formandosi delle flictene, si usa un collirio mucillaginoso, tiepido, con laudano, senza sublimato ec. Allorquando le flictene si aprono, corrisponde assai bene la dissoluzione

(1) Ved. *Bibliothek fur* Ophthalmoi. 1. B. 1 St. S. 58.

di pietra divina contenente una forte porzione di laudano liquido del *Sydenham*. Se minaccia l' ernia della cornea, si aggiunge all'ultimo collirio un poco di acetato di piombo, e se l'ernia è formata, si tocca almeno una volta ogni giorno col laudano liquido del *Sydenham*.

Se sopraggiunge il panno accompagnato da intensa infiammazione, si applica una sanguisuga nell' angolo interno dell'occhio, e sulla nuca un cerotto contenente una forte proporzione di tartaro emetico, di cui si deve mantenerne l'effetto. Ma sviluppandosi un vero stafiloma, bisogna trattarlo secondo il metodo di *Beer*, che noi abbiamo indicato parlando dell' iridite semplice.

L'esantema che si manifesta talvolta con prurito intorno alle palpebre, e che, in alcune circostanze diventa umido, cede comunemente alla soluzione di fegato di zolfo nella decazione di scordio, Quando le ottalmie scrofolose recidivano , o che vi esiste un' ostinata fotofobia, è utile di mantenere alla nuca delle ulceri artificiali provocate dal cerotto stibiato, o stabilire dei rottori alle braccia.

L'orzajolo scrofoloso è assai frequente, e si distingue dagli altri per la propensione che ha a passare allo stato d'indurimento, a quello di calazio o di grandine.

Può essere medicato come quest'ultimo; soltanto bisogna mettere tutto in uso a quest'epoca ad oggetto di provocare la suppurazione; e si ottiene più facilmente tal resultato coll'applicazione della cicuta e della saponaria , coll' aggiunta della canfora. Se in conseguenza di cura male intesa, e nei soggetti sensibili, l'orzajolo degenera in vero carbonchio , si oppone a quest'affezione la medesima cura che alla gangrena.

Blennorrea scrofolosa del sacco lagrimale.

Blennorrhaea sacci lacrymalis scrophulosa, Dacryocystalgia cacochymica , dacryoblennorrhea.

Negl'individui poco sensibili non si osservano dè

sintomi molto imponenti; negl' irritabili e vivaci, all'opposto, l'infiammazione del sacco lagrimale, allorchè si esamina superficialmente, si presenta sotto la forma ingannatrice dell'anchilope erisipelatoso.Ma se si esamina con più attenzione, si riscontra nella regione del sacco lagrimale, un tumore reniforme, duro, da cui si fa sortire colla pressione della muccosità più o meno consistente che si fa strada pei punti lagrimali, e mai pel canale, e la fossa nasale del lato affetto è assolutamente arida. Cotesta blennorrea diventa facilmente abituale, o dopo essere scomparsa recidiva facilmente quando il tempo è caldo ed asciutto; essa diminuisce per aumentare di nuovo allorchè la temperatura ritorna ad esser fredda ed umida.

Il prognostico varia secondo la durata e il grado della malattia.

La guarigione è estremamente rara se questa blennorrea ha recidivato più volte, o se è divenuta abituale. Ciò nonpertanto si dissipa sovente spontaneamente all'avvicinarsi della pubertà, e dopo la prima gestazione. Allorquando questa malattia degenera in fistola del sacco lagrimale, non solo il canal nasale, ma per lo più anco il sacco lagrimale stesso si oblitera. Frequentemente rimane senza che siasi formata fistola del sacco lagrimale l' obliterazione del canale nasale, ed in seguito una continua lagrimazione. Se non vi ha la precauzione di spremere spesso la muccosità accumulata nel sacco lagrimale, comparisce talvolta l'ernia di questo serbatojo.

Quando è rimasta nel suo interno della densa muccosità che chiude i condotti lagrimali ed il canale nasale, ne resulta sovente l' idropisia del sacco lagrimale.

Cura. Bisogna guardarsi di usare la sonda d'*Anel* per introdurre i medicamenti, e bisogna astenersi di sondare i punti lagrimali. È necessario occuparsi a diminuire la gonfiezza scirrosa del sacco lagrimale, facendo delle frizioni coll' unguento napoletano sulla pelle corrispondente, ed introducendo una piccola quantità di pomata di precipitato, alle volte più forte, altrevolte più debole, nell'angolo interno dell' occhio,

ov' essa è assorbita dai punti lagrimali che godono tuttora della loro attività, e trasportata nel sacco lagrimale ammalato. La cura è assolutamente la stessa dell'infiammazione semplice del sacco lagrimale.

Ottalmia scorbutica.

Ophthalmia scorbutica.

Si osserva sulla sclerotica del rossore violetto, che tosto si estende alla congiuntiva, e la rende varicosa (1). Esiste in oltre la fotofobia affatto particolare, e molta sensibilità provocata dalla vista di oggetti lucidi. La cornea s'intorbida, veste l'aspetto cadaverico; l'umor'acqueo perde ugualmente la sua trasparenza; l'iride è convessa e spinta in avanti contro la cornea, presenta dei vasi sanguigni varicosi, convergenti verso il suo centro, rendendolo immobile, al punto che non presenta se non che una debolissima espansione e contrazione. I movimenti dell'occhio diventano nel tempo stesso più lenti, ed ha luogo una diffusione di sangue nella congiuntiva varicosa; si osserva pure una certa quantità di questo fluido nella camera anteriore. È allora che scompariscono perfettamente i deboli rimasugli della facoltà visiva che erano ancora superstiti; la sclerotica si solleva intorno alla cornea, ed offre dei risalti di color turchino cupo, che si è chiamato *stafiloma della sclerotica*. Comparisce talvolta l'epistassi e lo scolo di lagrime somiglianti al siero, e si osservano nel tempo stesso tutti gli altri sintomi dello scorbuto riuniti.

Prognostico. L' ottalmia interessante la totalità del globo oculare in soggetto scorbutico, è incurabile, ma se non vi ha se non che una leggiera affezione scorbutica, il prognostico è meno infausto. Questa malattia è molto rara, ed attacca ambo gli occhi nella totalità se il soggetto è assolutamente scorbutico.

La guarigione di quest'infiammazione non può ottenersi se non che con quella dello scorbuto; imperoc-

(1) Ved. Tav. IV, fig. 9.

chè l'occhio non tollera alcuna specie di topico, eccettuato il calore asciutto. Ma dietro il consiglio di *Beer* bisogna astenersi dall'usare dei medicamenti detti antiscorbutici per la cura dell'affezione generale; bisogna soltanto occuparsi di rialzare le forze e allontanare a poco a poco la malattia scorbutica colla cura generale tonica e corroborante.

APPENDICE

MANIERA

DI PREPARARE E DI APPLICARE CONVENIENTEMENTE I MEDICAMENTI TOPICI NELLE MALATTIE DEGLI OCCHI.

Non v' ha alcun organo le di cui malattie sieno state combattute con sì gran numero di medicamenti esterni che quelle degli occhi. Quantunque si sia stati evidentemente troppo prodighi di cotesti mezzi, particolarmente ne' secoli preceduti, è non ostante impossibile il negare che le affezioni di questi organi richiedino una cura topica sommamente ricercata. La necessità sì imperiosa de' medicamenti esterni per la cura delle malattie degli occhi è relativa a molte cause. In generale si deve far ricorso a cotesti mezzi, poichè le affezioni degli organi in discorso, quantunque deboli ch'esse sieno per sè stesse, ponno facilmente molestare ed anco annientare la loro funzione, se la persona dell'arte è inesperta per non signoreggiarla per tempo. Queste malattie, se attaccassero altri organi allo stesso grado, non produrrebbero sovente alcun disordine molto significante. I trasudamenti linfatici fra le pleure polmonale e costale cagionano delle aderenze fra queste due membrane, che possono tutto al più apportare qualche difficoltà nell'espirazione. Ma se un simile trasudamento si forma nella pupilla, chiude cotesta apertura e produce inevitabilmente la cecità, quando anco fosse proporzionatamente dieci volte più debole di quello che nel petto. Non siamo noi obbligati, dietro queste considerazioni, di usare tutti i nostri mezzi per arrestare lo sviluppo della malattia nell' occhio, o piuttosto per guarirlo al più presto possibile? Il medico oculista ha dunque a soddisfare a delle indicazioni assai più moltiplicate e più urgenti del medico ordinario; io sarei quasi tentato di sostenere che è spesso costretto ad esercitare la medicina de' sintomi quantunque egli conosce molto bene la causa e la natura della malattia di cui l'occhio è affetto. È spesso

obbligato occuparsi in un modo esclusivo a combattere gli effetti dell' affezione generale dell' occhio, senza occuparsi della sua causa; poichè se costantemente si volesse incominciare dal combattere la malattia colla cura generale, accadrebbe spesso che la funzione dell' occhio sarebbe distrutta molto tempo prima che i mezzi generali adoprati soli avessero potuto modificare l' affezione locale dell' organo. Cotesti motivi, e molti altri ancora, rendono ragione della somma quantità dei topici che sono stati raccomandati per la cura delle malattie degli occhi, e giustificano la necessità di molti di essi.

Interessa adunque che i giovani medici conoschino ancora la maniera la più conveniente di preparare e di usare i differenti medicamenti esterni che sono utili per debellare le malattie degli occhi, affine di evitare che dei mezzi, d'altronde bene scelti, manchino nel loro effetto per essere male applicati; e particolarmente affinchè quelli che incominciano a dedicarsi alla pratica possino profittare dell'esperienza dei loro predecessori, e non sieno obbligati di acquistare queste cognizioni a carico della loro reputazione, ed a pregiudizio de'malati.

Caustici.

I caustici devono essere adoprati colla massima precauzione; è meglio in conseguenza, per regola generale, che non sieno in principio che deboli, e ritornarvi a più riprese, di quello che usarli troppo forti ed in una sol volta, molto più che hanno tutti per effetto consecutivo di produrre uno stato infiammatorio.

Allorchè vuolsi applicare dei caustici sulla faccia interna di una palpebra, se si rovescia in fuori quanto è possibile, se è la palpebra inferiore, il malato deve dirigere, meglio ch' è possibile il globo dell' occhio di basso in alto, e di alto in basso; all' opposto, se si vuole agire sulla palpebra superiore.

Quando l' applicazione del caustico è fatta, non bisogna lasciare troppo presto la palpebra, ma solo dopo di avere spalmata la superficie cauterizzata con olio di mandorle dolci.

I migliori caustici sono : *il nitrato di argento fuso , la potassa caustica , il deutossido di mercurio, l'acido arsenioso, l'allume calcinato, il cloruro di antimonio*, mezzi la di cui azione sull'organismo è variabilissima.

Il nitrato d' argento sembra non produrre che la distruzione superficiale ; si usa con maggior sicurezza nello stato solido , e tagliato a forma di lapis. Quando si applica sul globo dell'occhio, o sulla faccia interna delle palpebre, bisogna avere la precauzione di non rimettere immediatamente a contatto il punto cauterizzato colle parti vicine, imperciocchè le lagrime venendo a sciogliere il caustico, lo diffonderebbero su tutta la superficie dell' organo , o non si otterrebbe altrimenti l' azione limitata che si desiderava.

L' uso della *potassa caustica* per la cura delle malattie degli occhi , esige ancora molta più precauzione della pietra infernale. Cotesto caustico esercita su i tessuti un'azione prontamente disorganizzatrice, e non risparmia alcuna delle parti importanti, tali che i vasi sanguigni, i nervi, ec. che sono ciò non ostante risparmiati per la massima parte dagli altri agenti analoghi. Conseguentemente non si deve mai adoprare la potassa sul bulbo dell' occhio; bisogna limitarsi a servirsene ne' casi ove trattasi di distruggere delle produzioni anormali nelle prossimità dell'occhio, od alla faccia esterna della palpebra , come dei *calazi* , dei *porri*, dei *tumori cistici*, ec. Si usa pure la potassa caustica, asciutta, e tagliata a punta, e se ne toccano le parti ammalate. Se vuolsi cauterizzare dei tumori cistici delle palpebre, si può ancora introdurre nella apertura che vi si è fatta , un piccolo frammento di questo caustico, ad oggetto di distruggere la ciste; ma è molto meglio non ne impiegare che un piccolissimo pezzo, ed applicarlo sovente, acciocchè la distruzione non oltrepassi i limiti necessarj. Allorchè si vede che l' effetto prodotto è troppo violento, o che si estende soverchiamente, si bagna la potassa caustica con piccola quantità di aceto di vino (acido-acetico diluto), il quale neutralizzando l' alcali, arresta tosto la sua azione.

Mai questo caustico dev' essere molto avvicinato alla cartilagine tarso, da interessarne la sostanza, poichè il resultato inevitabile sarebbe l'indurimento di questo corpo.

Il *deutossido di mercurio* è più raramente usato come caustico nelle malattie degli occhi, ma è adoprato sotto forma di pomata per ottenerne due effetti: 1° se la pomata è abbastanza forte, agisce leggermente come caustica; se dessa è alquanto più debole, agevola l' assorbimento nel punto ov' è stata a contatto.

L' *acido arsenioso* è stato raccomandato particolarmente contro le ulcere cancerose; produce allora, independentemente dalla sua azione caustica, un' altro effetto analogo a quello del precipitato rosso.

L' applicazione dell' acido arsenioso, o delle polveri arsenicali, deve essere fatta colla più scrupolosa attenzione, particolarmente nelle parti ricche di nervi; non si saprebbe esprimere a sufficenza quali siano i dolori atroci che questo medicamento produce per molti giorni; se nulla vi si oppone, il miglior mezzo è di usarlo sotto forma di leggiera pomata, come, in esempio, nella preparazione che segue:

℞ Acid: arsenioso . . . . . gr: v a x:
Assongia . . . . . ʒ ß:
Mescolate.

È spesso utile aggiungere dell' oppio a questa pomata. L' arsenico non dev' essere applicato nel bulbo dell' occhio, poichè i suoi effetti non sono per anco ben noti. Cotesto medicamento presenta pure per conseguenza all' osservatore attivo ed ingegnoso un vasto campo di esperienze, e può far sperare degli utili resultati. Si usa l' allume calcinato sotto forma di polvere; se si vuole diminuire gli effetti, si mescola allo zucchero sommamente fine. Merita spesso la preferenza su gli altri caustici, per distruggere le escrescenze fungose di gran volume, indolenti e dolorose; si può applicare sul globo dell' occhio ugualmente bene che nelle sue prossimità. Dev' essere ridotto in polvere

impalpabile, per evitare che non produca sull' occhio un' irritazione meccanica in luogo della cauterizzazione.

Il *cloruro di antimonio*, come gli acidi minerali puri, indipendentemente dalla loro azione caustica, producono un' irritazione sommamente violenta, quand' anco si usano allungati; per conseguenza si può servirsene ne' casi ove si desidera produrre una considerabile irritazione, come, in esempio, quando la cornea è la sede di macchie più o meno opache. Nello stato concentrato hanno un' azione più analoga a quella della potenza caustica, e devono sempre essere usati con molta cautela.

I caustici liquidi meno attivi possono benissimo essere applicati per mezzo di un pennello fine, che potrà servire più volte, se ogni volta s' immerge nell'acqua calda, dopo l'applicazione del caustico. I caustici liquidi concentrati devono essere messi sulle parti per mezzo di un piccolo steccolino ben levigato; l'*acido solforico*, che non dev'essere usato mai direttamente sul globo dell' occhio, si applica per mezzo di una sonda di piombo.

Non è punto necessario di scegliere, per questo effetto, dei pennelli d' amianto, poichè irritano la parte a motivo della loro rigidità, e si rompono facilissimamente.

Bisogna procurare che i pennelli e le sonde delle quali si fa uso, non sieno sopraccariche di questi caustici liquidi; nel ritirarli dal vaso che li contiene, serve asciugarli un poco sul bordo, acciocchè la quantità che si vuol mettere sulla parte affetta non sia troppo forte.

Bagni da occhi

Questi bagni, che si costuma di far prendere per mezzo di piccole tinozze di vetro, di porcellana ec. non sono utili, io suppongo, se non se nei casi ove si tratta di levare dall' occhio della polvere che vi fosse penetrata in gran quantità; e si può pure rimpiazzarle allora con altri mezzi.

Suffumigi

Si fanno per lo più con sostanze volatili, come colle essenze, cogli spiriti volatili e gli eteri, e non si prescrivono che in piccola quantità. Il modo di servirsene consiste nel versare da tre a dieci gocciole del liquido che dev' essere adoprato a quest' oggetto nel palmo delle mani, che si fregano l' una contro l'altra; si appoggiano i cubiti sopra una tavola, e tenendoli sospesi si avvicinano le mani in modo tale che il vapore che vi si solleva sia tosto in contatto cogli occhi, che si tengono aperti. Proponendosi di fare con queste sostanze delle fregagioni sulla pelle nelle prossimità degli occhi, bisogna guardarsi di non toccare la congiuntiva, per non cagionare l' infiammazione dell'occhio. I soggetti biondi ed irritabili, che hanno l'epidermide finissima, non tollerano sempre coteste frizioni sulle palpebre, poichè vi comparisce talvolta del rossore erisipelatoso, che le distrugge sotto l'uso di questi mezzi.

Si usa qualche volta il vapore umido per produrre il rilasciamento delle parti, quanto anco per calmare il dolore; a tale effetto si dirige sull' occhio e sulle parti vicine il vapore che s' innalza dal vaso, cuoprendo la testa del malato con un panno. Cotesti vapori non devono essere mai troppo caldi; si dovrebbe sempre farne di meno in inverno in camere fredde, procurando soprattutto di non esporre il viso sempre caldo e umido a correnti d' aria fredda, imperciocchè si corre rischio di determinare delle blefarottolmie erisipelatose; bisogna, al contrario, dopo ogni suffumigio, asciugare le palpebre e tutte le parti che lo richiedono con pannolino fine e caldo.

Doccia

Si costuma per lo più l'acqua fredda per queste specie di doccie, che sono altrettanto più efficaci quanto la temperatura dell' acqua è più fredda; più essa cade da alto, maggiore n' è l' eccitamento che produce. Si può dirigere la caduta dell'acqua sulla regione

sopra-orbitale, e pur anco sulle palpebre chiuse. L'effetto delle doccie è sommamente stimolante. Se il loro uso è indicato, la macchina comunicata da *Sallaba* al fu profes. *Beer* che l'ha descritta e disignata (1), può essere messa in pratica con vantaggio, giacchè spinge il liquido con getto continuo, e senza interruzione, e perchè è disposta in modo da potervi introdurre del ghiaccio per raffreddare l'acqua per la doccia che si crede necessaria.

Occhiali

Questo capitolo è stato fino ad ora di troppo trascurato nei trattati di chirurgìa e d' ottolmologìa; ciò che deve tanto più sorprendere in quanto che non v' ha persona che non convenga che la conoscenza esatta di questi strumenti è indispensabile pel medico-oculista.

Limitato come io sono per l' estensione di quest'opera m' ingegnerò di essere conciso quanto mi sarà possibile su questo soggetto, molto più che ne ho parlato in altra mia produzione, alla quale rimando le persone che amassero più estesi dettagli (2)

Si usano ordinariamente gli occhiali per rimediare a due specie di malattie degli occhi, alla *miopia* ed alla *presbitia*. Le lenti per i miopi sono *concave*, quelle pei presbiti sono *convesse*.

Vi sono ancora due altri casi, nei quali gli occhiali ponno essere utilissimi: **1.** allorchè la vista diminuisce, perchè la forza della retina è in qualche modo leggiermente indebolita, e non suscettibile di essere ristabilita coi soccorsi dell' arte. Quest'indebolimento della facoltà visiva è talvolta il resultato delle lunghe malattie che hanno spossato le forze di tutta l' economia, ma ciò accade particolarmente nell' età avanzata, ed è accompagnata per lo più da presbitia

(1) Ved: *Bser's Pflge gesunder und geschwœchter Augen et.*

(2) *Diœtetik fur gesunde und schwache Augen*, et. Berlin, 1821, p. 182 e seg.

più o meno considerabile; 2° L' uso degli occhiali può essere vantaggioso ne' casi ove la debolezza della vista dipende dalla diminuzione di trasparenza dei mezzi refrattivi del globo dell' occhio. Il malato non distingue più allora gli oggetti lontani come ciò accade in ogni debolezza della vista; ma siccome la perdita di trasparenza degli umori refrattivi è generalmente accompagnata, nella vecchiezza, da un grado maggiore e minore di presbitia, gli attempati vedono ordinariamente un poco meglio da lontano che da vicino. Quantunque nella presbitia si desidera sempre che gli oggetti sieno molto illuminati, nulladimeno gl' individui che si trovano in uno dei due casi indicati, risentono più particolarmente una specie di desiderio per la luce, perchè conoscono benissimo che i loro occhi non ponno adempire convenientemente la loro funzione se non quando i corpi che vogliono considerare sono molto illuminati.

Per queste due specie di malattie si richiedono delle lenti piane, di cento e cento quaranta pollici di fuoco, che ingrandischino appena, poichè in questo caso basta che gli oggetti comparischino più chiari e più distinti, e che i raggi luminosi arrivino più concentrati sulla retina. Nullameno ciò non è una regola generale, poichè bisogna soprattutto che la scelta degli occhiali sia regolata pure relativamente al grado di presbitia che esiste contemporaneamente.

Noi procureremo ora di far conoscere in qual modo gli occhiali possono rimediare alla presbitia ed alla miopìa.

Se s' imagina una linea che cada ad angolo retto sulla lente e passi pel suo centro, si ha l'idea di ciò che chiamasi *l' asse* della lente; il raggio luminoso che traversa nella direzione di quest' asse che non è mai refratto, passa in linea retta. Tutti i raggi che cadono sopra delle lenti convesse parallelamente al suo asse, sono refratti in modo tale che si riuniscono dietro di esso in un punto che si chiama il *fuoco*; la distanza fra la lente ed il fuoco chiamasi *distanza focale*.

I raggi che cadono paralellamente al suo asse, sopra lenti concave, sono pure refratti, ma in direzione opposta alla precedente; poichè non si riuniscono giammai dietro la lente; la loro direzione è al contrario vie più divergente, e sono conseguentemente diffusi. Ma se coll' idea si prolungano dei raggi di qua dalla lente, nella medesima direzione che seguono divergando al di là, si riuniscono naturalmente pure in un punto di qua, che si chiama anco fuoco; e lo spazio compreso fra questi e la lente, distanza focale (negativa). Meno la lente è concava o convessa, più la distanza focale è grande; più all' opposto è concava o convessa, più essa è piccola.

Dietro l' esposto, ne viene che le lenti convesse hanno una forza che supplisce alla proprietà refrangente degli umori e della membrana dell' occhio che si trova diminuita in colui che è affetto da presbitia. Effettivamente i raggi luminosi che emanano dagli oggetti cadono attraverso la lente convessa sulla cornea, nello stato di contrazione tale, che la forza refrangente di questa membrana e degli altri mezzi dell' occhio, basta allora per riunire sulla retina l'immagine esatta degli oggetti.

Le lenti convesse convengono tanto più ai presbiti, giacchè rappresentano gli oggetti nel tempo stesso più chiari e più distinti.

Non è punto difficile il prevedere perchè le lenti concave sono utili ai miopi; poichè siccome la forza refrangente dei mezzi trasparenti dell'occhio è, in essi troppo considerabile, l' immagine è di già formata prima che i raggi sieno arrivati alla retina, e siccome l' effetto delle lenti concave è di far divergere i raggi che cadono sulla cornea, la soverchia proprietà refrangente di questa e delle altre parti trasparenti dell'occhio si trova controbilanciata, da cui ne resulta che il punto di convergenza dei raggi luminosi non s'incontrano più avanti della retina, ma anzi direttamente in questa membrana.

Io passerò sotto silenzio i difetti insuperabili di tutti gli occhiali, rimandando il lettore all' opera da me già citata; farò soltanto osservare, che le lenti che

li costituiscono devono essere della miglior qualità, assolutamente non colorate, senza macchie, tagliate esattissimamente, e perfettamente pulite. Da ciò che abbiamo detto si doveva di già aver concluso che le lenti dovevano variare secondo il grado di miopìa o di presbitìa, ed essere adattate alla individuale disposizione degli occhi. È per questa ragione che si trovano delle lenti che offrono delle distanze focali le più differenti. Le lenti per i presbiti hanno comunemente da' quindici a settanta ed anco ottanta pollici di distanza focale; quelle de' miopi quattro a otto ed anco a trenta pollici e al di sopra.

A malgrado che tutte le lenti devono essere o concave, o convesse, vi ha nonostante qualche varietà sotto il rapporto della forma, della loro superficie, che ora farò conoscere.

Vi sono per i miopi delle lenti sferiche *bi-concave*, *piano-concave*, *concavo-convesse*, o delle lenti *cilindriche* delle medesime forme. Esistono, all' opposto, per i presbiti delle lenti sferiche, *bi-convesse*, *piano-convesse*, o *convesso-concave*. Le lenti *concavo-convesse* o *convesso-concave* sono state particolarmente raccomandate dal Sig. *Walloston*, fisico inglese, e sono conosciute sotto il nome di lenti *periscopiche*; nonostante erano da molto tempo note in ottica, e non devono conseguentemente essere considerate come un nuovo acquisto. Le lenti a superfice *cilindrica* sono state inventate ultimamente da *Galland di Cherveux*, e non sono conosciute in Germania se non che da poco tempo. Sembrano, per molti riguardi, meritare la preferenza sulle lenti sferiche ordinarie.

Le lenti non diversificano soltanto per la forma della loro superficie, variano pur anco sotto il rapporto della loro circonferenza.

Le lenti ovali che soddisfano all' occhio ci pervennero d' Inghilterra; non devono essere usate, poichè la loro piccolezza è non solo la cagione per cui presentano un campo troppo circoscritto, ma fanno penetrare all'occhio troppa luce su i lati, talchè lo scopo della refrazione de' raggi luminosi non fassi esattamente.

Le lenti ritonde, di molta estensione, sostenute da un contorno molto stretto, sono assolutamente le migliori.

Si è data la forma ottangolare alle lenti cilindriche, senza dubbio esclusivamente per distinguerle da quelle che hanno costumato fino ad ora, e per attirare il pubblico alla leggiadria della novità.

Vediamo ora quali sono i segni per i quali si riconosce la necessità dell' uso delle lenti.

Allorchè la miopìa dipende dalla eccessiva convessità congenita del globo dell' occhio, o che in generale quest'infermità è talmente inoltrata, che per vedere gli oggetti voluminosi, situati a qualche passo di distanza, è necessario di chiudere le palpebre quasi compeletamente; quando il miope riconosce appena una persona a due passi; quando per leggere è costretto di avvicinare il libro al viso in modo da non potersi servire che di un solo occhio; quando al crepuscolo legge senza difficoltà i caratteri i più minuti, ch'egli sceglie per predilezione, ed ha l' abitudine di scrivere con carattere molto fine, si deve raccomandare l' uso di nuove lenti concave.

I sintomi che, nei presbiti, reclamano l'uso abituale delle lenti convesse, sono forse anco più determinati, ed in tutti i casi i più pressanti di quelli della miopìa.

Bisogna adunque, senza indugio, raccomandare gli occhiali a lenti convesse nelle seguenti circostanze:

Allorchè i presbiti, per vedere dei piccoli oggetti, sono obbligati di tenerli ad una distanza considerabile dall' occhio; quando leggendo e travagliando, credono non aver mai abbastanza luce, bisogno che è particolarmente caratteristico e costante allorchè i presbiti vogliono osservare degli oggetti ravvicinati, quand' anco vi vedono meglio che in tutte le circostanze precedenti; in oltre, quando il malato non desidera leggere se non opere impresse con caratteri grossissimi, e che leggendo alquanto a lungo le lettere sembranli confondersi le une colle altre, fenomeno che ha luogo particolarmente quando considera degli oggetti piccoli e risplendenti; quando riguardan-

do attentamente e per molto tempo un oggetto situato a lui vicino, questi diventa confuso e incomincia a cuoprirsi di nebbia; allorquando sopraggiunge contemporaneamente una sensazione di tensione, dei mali di testa, la lagrimazione, e che gli occhi stanchi, non vedono più gli oggetti; finalmente quando la vista immediatamente dopo il sonno, è molto debole, e non acquista la sua forza ordinaria se non se dopo qualche ora.

Sì nell' uno che nell' altro caso bisogna consigliare al malato degli occhiali assolutamente adattati al suo stato.

Si giudica in generale che una lente è buona, quando si può leggere e scrivere altrettanto bene come se la vista fosse nel suo stato naturale; quando l'uso prolungato degli occhiali non stanca mai gli occhi; quando quegli che li porta non risente alcuna sensazione di pressione al di sopra dei sopraccigli, alcun dolore pungente, punta lagrimazione, alcuna fatica, delle vertigini, ed in generale quando non prova niuna sensazione spiacevole negli occhi o nelle parti circonvicine; allorchè l'uso degli occhiali apporta agli occhi un certo ben essere e del riposo: per ottenere questo resultato, gli occhiali non devono ingrossare gli oggetti nè rappresentarli più piccoli; finalmente si riconosce che la lente è adattata quando per distinguere i piccoli oggetti basta ravvicinarli all' occhio alla distanza alla quale si vede bene allorchè la vista è perfetta; cioè quando, alla distanza di dodici a sedici pollici, si può vedere distintamente e leggere facilmente dei caratteri di mezzana grossezza.

Se le lenti sono cattive o, ciò che torna lo stesso, non sono adattate al soggetto, se sono troppo acute, cioè troppo concave pei miopi, e soverchiamente convesse per i presbiti, che conseguentemente impiccoliscono o ingrandiscono considerabilmente, la miopìa e la presbitìa aumentano, a malgrado che le lenti troppo forti gli alleggerischino non poco, danneggiano la vista ogni giorno più. I malati sono tosto forzati, gli uni e gli altri, a far ricorso a delle lenti gradatamente più acute, fino a che finalmente non ne trova

no dellle adattate per rendere sopportabile il più alto grado della loro infermità; circostanza che equivale quasi alla cecità, tanto pel miope che per il presbite.

Se non si danno delle lenti troppo forti al miope, e ch' egli ne usi con moderazione, può spesso scegliere in seguito delle più deboli, giacchè la sua vista è migliorata.

Se il presbite fa uso di occhiali che non ingrandiscono, nè che siano soverchiamente deboli, può portargli per lunghissimo tempo prima di essere costretto a prenderne dei più forti.

Si può adunque dire che esistono delle lenti capaci a conservare la vista, ed è in questo senso che bisogna interpetrare l' idea degli occhiali di *conserva*.

Per avere delle buone lenti è necessario riportarsi ad un abile ottico, prendere più occhiali per esperimentarli con comodo nella propria abitazione, e servirsene per parecchie ore, e scegliere quelli che più convengono. Ma prima di fare una scelta il medico deve esaminare se ambo gli occhi sono affetti dal medesimo vizio, e se vi esiste al medesimo grado; poichè vi sono delle persone i di cui occhi hanno un fuoco assolutamente differente, presso i quali ciascheduno occhio è presbite o miope ad un grado variato; in alcuni un occhio è semplicemente presbite, mentre che l' altro, all' opposto, è presbite e indebolito; oppure uno degli occhi è miope e l' altro presbite.

Gli occhiali ordinarrii non pomo naturalmente mai convenire in questi casi, imperocchè essi hanno delle lenti tagliate nel modo istesso per ambo gli occhi, e che, malgrado la miglior scelta, vi sarà sempre per lo meno una lente che sarà o troppo debole, o troppo forte, od assolutamente non adattata per alcuno degli occhi.

Qualche volta la distanza focale dei due occhi non è la medesima dell' epoca della nascita. Altre volte l' eguaglianza della visione è distrutta dall' infiammazione che non ha attaccato che un solo occhio. L' equilibro della forza visuale e della distanza fo-

cale è spesso rotto in seguito del continuo uso del cannocchiale, della lente, dell'occhialino semplice ec. coi quali mezzi non si esercita che un solo occhio. Spesse volte l' esercizio di uno degli occhi è interrotto o negletto per qualche tempo da una qualunque circostanza, da cui resulta anco un' ineguaglianza nella facoltà visiva. La stessa cosa ha luogo allorchè occupandosi di un qualche oggetto, uno degli occhi è costantemente all' ombra e l' altro esposto a maggior luce.

In tutte queste circostanze necessita avere una lente particolare a ciaschedun occhio, e si fanno mettere contemporaneamente nella montatura.

L' uso delle lenti non è talvolta necessario se non quando vi è bisogno di lume artificiale. Vi ha talora bisogno di occhiali particolari pel giorno e di altri per la sera; ma le lenti non devono variare che sotto il rapporto del grado. Ciò accade spesso nei presbiti e nei miopi, di cui la forza della retina essendo rilasciata o ottusa abbisogna di essere stimolata da una luce più intensa, per adempire convenientemente le sue funzioni. È indispensabile, in questi casi, sciegliere per le occupazioni della sera degli occhiali particolari che faccino vedere gli oggetti sotto una luce più viva, e gl' ingrandischino un poco più di quelli del giorno. Conviene perciò che gli occhiali per la sera sieno sempre alquanto più forti di quelli che si usano il giorno. È inutile aggiungere che non si devono mai confondere queste due specie di occhiali.

Non bisogna non ostante dimenticare che anco le lenti le più perfette quando hanno servito molto tempo, finiscono per non fare risentire quello stesso vantaggio che al principio; cotesto cangiamento indica che la vista ha migliorato o deteriorato, particolarmente per ciò che concerne i rapporti della distanza focale.

Si conosce che una lente non conviene più, quando, ugualmente che le cattive lenti in generale, cagionano dei mali di testa, una sensazione di pressione al di sopra dei sopraccigli, e negli occhi; allorquan-

do cotesti organi sono rossi, contemporaneamente diventano la sede di calore considerabile; quando il malato è costretto d'interrompere per momenti la sua occupazione per dar riposo agli occhi, e finalmente, quando abbandonando i suoi occhiali, vede torbido per qualche tempo. Nel principio non si vede bene colle lenti se non per qualche minuto; la vista in seguito si confonde; ed allorchè si legge, si è facilmente colti dal desiderio di dormire. Finalmente gli oggetti veduti attraverso coteste lenti alla distanza per la quale sono destinati, si presentano un poco più grandi o più piccoli di quello che quando si osservano ad occhio nudo.

Se, in questo stato di cose, il miope può leggere senza occhiali ad una distanza più considerabile che altre volte, e che il presbite vi vede meglio più da vicino di quello che prima, si può esser certi che la miopìa,e la presbitìa hanno diminuito realmente, e che è conseguentemente necessario di usare di lenti più deboli.

Ma se, sbagliando sulla vera natura dei sintomi indicati, si considerano come l'espressione del bisogno di lenti più forti, si può apportare molto danno cercando di adempire a questa falsa indicazione; poichè in luogo di migliorare s'indebolirà per gli sforzi che il malato sarà costretto di fare per vedervi, e la miopìa o la presbitìa farà ogni giorno più dei progressi.

Nulladimeno allorquando col tempo la presbitìa si accresce perchè il bulbo oculare diventa insensibilmente più arido, si appiana a poco a poco vie più, allora la manifestazione de'segni da noi enunciati, indicano che è opportuno far uso delle lenti più convesse.

Vi sono pure altri occhiali necessarii in una specie di presbitìa che è prodotta dall' arte. Sono questi gli *occhiali da cateratta*, così chiamati perchè favoriscono la percezione distinta degli oggetti ravvicinati negli occhi che sono stati operati con successo dalla cateratta. Cotesti occhiali devono essere d' assai più acuti di quelli de' quali si servono i pre-

sbiti ordinari, poichè la loro distanza focale è comunemente compresa fra sei pollici ed un pollice e mezzo, ciò che li mette nel grado di rimpiazzare la forza refrattiva del cristallino che n' è stato allontanato.

L' uso di simili occhiali è indispensabile per le persone che sono state operate dalla cateratta; non vi sono se non che quelli che essendo miopi prima della malattia possono, ricuperando la vista, distinguere talvolta da vicino i piccoli oggetti senza il soccorso d' istrumenti d' ottica. Tutti gli altri hanno bisogno di occhiali convessi, e qualcuno di quelli che non hanno ricuperata la vista completamente sono costretti per lo più ad avere due paja di occhiali, uno de' quali deve ajutarli a vedere da lontano, e l' altro servire loro per esaminare gli oggetti da vicino.

Allorquando i malati sono stati operati da ambo gli occhi, spesso necessita loro una lente particore per ciaschedun' occhio; ma non devono mai portare occhiali prima che le sensazioni sviluppate nell'occhio in seguito dell' operazione non siano da molto tempo affatto dissipate; come, in esempio due mesi ed anco più dopo l' estrazione della cateratta.

Se il malato può scegliere da sè stesso le sue lenti, bisogna raccomandargli di non prenderle troppo forti. Se, all' opposto, abita lungi dal medico e dall' ottico, e che il primo sia incaricato della scelta degli occhiali adattati, l'individuo pel quale sono destinati deve prendere un foglio di carta sul quale siano impressi de' grossi caratteri, come un'affisso od il titolo di un libro, metterlo a differenti distanze dai suoi occhi, e procurare se può distinguere facilmente ad occhio nudo l'una o l'altra delle lettere stampate. Se ve n'è una che egli veda distintissimamente, bisogna far misurare da altra persona la distanza che passa allora fra i suoi occhi e la lettera, e la dimensione di questa, per mandare le due misure al suo medico, che dietro questi dettagli fa in seguito immediatamente costruire degli occhiali da abile ottico. Se il malato si serve troppo presto degli occhiali non può sperare di usarne lungo tempo, poichè bisogna che li

prenda di più in più acuti fino a che trova quelli che li possino convenire.

Oltre gli occhiali comuni per i miopi e per i presbiti, ve ne sono ancora degli altri de' quali vi parlerò in poche parole.

Gli occhialetti ad *una sola lente* sono particolarmente destinati alle persone miopi, le lenti sono conseguentemente concave. I presbiti non dovrebbero giammai servirsi di occhialetti a lenti convesse; siccome non si tengono mai ad una distanza fissa e determinata davanti gli occhi, essi ingrandiscono o impiccoliscono gli oggetti secondo il movimento ed i cangiamenti di posizione della mano che li tiene. Si devono assolutamente rigettare gli *occhialetti semplici* (monocoli), poichè non occupano che un solo occhio; imperocchè dal loro uso resulta che ambo gli occhi, che precedentemente godevano di egual forza, non va molto in lungo che risentono la diminuzione di quest' equilibro, e l' occhio che non è esercitato s' indebolisce viemaggiormente.

L' uso abituale delle *lenti* è ugualmente nocivo per la vista de' presbiti che de' miopi; questi istrumenti, indipendentemente dal difetto che noi abbiamo osservato negli occhialetti semplici, hanno pur quello di guastare l'occhio per la loro soverchia forza, e di esigere in seguito l' uso delle lenti convesse molto più forti di quello avrebbero dovuto essere, meno questa circostanza.

Gli *occhialetti doppi* (binocoli), quando le lenti sono bene assortite, sono comodissimi per le persone nelle quali la miopìa non esiste che in debole grado, e che non vogliono soccorrere la loro vista se non che ne' casi estremi; effettivamente è più facile di avvicinarli e di allontanarli dagli occhi, di quello che non si ottiene cogli occhiali comuni. Eccetto questi casi, gli occhiali che si ponno fissamente tenere avanti gli occhi sono sempre preferibili agli occhialetti.

Le *lenti* perfettamente *piane* nuocono più di quello sieno utili.

Le *lenti verdi* sono per lo più usate da persone affette da fotofobia, e da eccessiva sensibilità de

gli occhi; il loro uso è nonostante assai più dannoso che utile, poichè offuscano gli oggetti, e non lasciano penetrare nell'occhio che de' raggi poco distinti e poco numerosi, perchè contengono molta parte colorante, e sono conseguentemente più oscuri. Garantiscono l' occhio, per verità, moderando la luce, ma cotesto sollievo non è che apparente, e si trova annullato dagli sforzi più grandi che i malati sono costretti di fare per vedere distintamente gli oggetti di piccola dimensione. Da ciò resulta non solo che gli occhi restano indeboliti, ma perdono ancora l' abitudine a tollerare la luce naturale, ciò che contribuisce a mantenere la fotofobia, e la loro soverchia sensibilità, nel modo istesso che l'impressione insolita della luce sugli occhi degl' individui che lavorano abitual mente ne' luoghi oscuri può produrre delle malattie di questi organi. Le persone che per molto tempo hanno portato gli occhiali verdi li trovano alla fine assolutamente comodi, a malgrado che non possano più sopportare la luce naturale, della quale ne hanno perduta l' abitudine. Se col tempo il globo dell' occhio si appiana di più in più, e che la presbitia aumenti, necessitano allora delle lenti verdi più convesse.

Saranno queste più grosse, per conseguenza meno trasparenti, ed esigeranno degli sforzi maggiori per vedere distintamente gli oggetti, ciò che non può che contribuire di più alla debolezza degli occhi.

L' opinione di alcuni medici che pensano che le lenti verdi fortifichino gli occhi sani, od almeno che li conservino in buono stato, è dunque assolutamente erronea.

Le persone che se ne sono servite per lungo tempo, devono poco a poco lasciare quest'abitudine sciegliendo delle lenti gradatamente meno colorate, fino a che non siano in istato di vedervi facilmente colla luce naturale.

Gli *occhiali da visiera* che si portano per garantirsi contro il vento e la polvere, particolarmente ne' viaggi, adempiono, è vero, allo scopo che uno si propone, ma ponno essere infinitamente più nocivi

che utili, poichè cuoprendo in tal modo gli occhi e le parti vicine, si aumenta la traspirazione, della quale non si può sempre impedire la soppressione nei momenti che si levano gli occhiali, da cui resultano allora per gli occhi delle affezioni reumatiche, catarrali, ed anco artritiche, se i soggetti sono predisposti a queste malattie, affezioni che possono diventare pericolosissime per la vista.

Polveri ottalmiche.

Le polveri che erano molto usate dai nostri predecessori contro le macchie della cornea, perchè avevano avuto riprove convincenti della loro efficacia, sono oggi giorno intieramente, con molta probabilità e a torto, cadute in disuso, poichè la teoria e la pratica ne fanno benissimo conoscere l' utilità. Che esse sieno solubili o insolubili nel fluido lagrimale; ch'esse agiscano chimicamente o nò, togliendo più o meno completamente lo strato di mucosità che suol essere più abbondante alla superfice della cornea sì nei fanciulli, che negli adulti; la sostanza opaca che è quasi sempre sotto cotesto strato, e che costituisce la macchia, viene eccitata al massimo grado da queste sostanze; esse facilitano potentemente l' assorbimento del trasudamento dell'umore acqueo attraverso la cornea, e devono conseguentemente essere efficacissime per dissipare le opacità di questa membrana.

La loro azione è nociva allorchè gli occhi sono sensibili, rossi o disposti a delle infiammazioni specifiche, quando si usano troppo spesso, in soverchia quantità, o quando sono sommamente grosse, perchè l'irritazione che producono allora può elevarsi fino al grado d' infiammazione.

Esse devono essere per conseguenza ridotte in polvere impalpabile, e passate per setaccio colla più gran cura; non si devono mai applicare sull' occhio con pennello umido, ma si devono soffiare in piccola quantità sulla cornea, per mezzo di un cannello di penna di corvo.

Le polveri usate ne' casi ove esse convenivano, mi sono state più utili della massima parte de' topici i più accreditati, ed io credo che fra i mezzi de' quali servivansi gli antichi sieno nel numero di quelli che meritano di essere tolti dall'oblio. Il mezzo il più blando fra le diverse polveri è lo *zucchero delle canarie*.

Pomate ottalmiche.

L'assongia ed il burro fresco non salato sono le sostanze grasse che entrano più comunemente nella composizione delle pomate ottalmiche; la prima merita ciononostante la preferenza, perchè si può sempre ottenerla fresca, mentre che i processi per dissalare il burro sono incerti. Si usa talvolta anco della cera unita agli olj dolci od al burro di caccao che è meno suscettibile d' irancidire.

Le pomate sono adoprate ne' casi ove si desidera procurare un' effetto continuo sul globo dell'occhio, quando i medicamenti liquidi non sono facilmente tollerati, o quando si devono adoprare delle sostanze che non sono facili ad applicarsi sotto altra forma.

La preparazione delle pomate ottalmiche esige la più grande attenzione, e disgraziatamente alcuno è meno convinto di questa verità dei farmaci; imperocchè la loro composizione è spesso abbandanata all' arbitrio degli *apprendisti*, che non esitano sovente a servirsi della spatola per mescolare il *deutossido* di *mercurio*, il *protossido* di *zinco* ec. coll'assongia od il burro nel vasetto medesimo che deve contenere questo medicamento; spesso si trascura ancora di agitare il miscuglio fino al suo raffreddamento, allorchè trattasi d'incorporare delle sostanze polverulenti nel grasso liquido, da ciò resulta che l'elemento importante della pomata, la sostanza in polvere, si precipita pel suo proprio peso.

Ognuno conosce l'importanza che le pomate ottalmiche sieno bene preparate; non rammenterò adunque se non che le seguenti precauzioni: 1.° Tutte

le sostanze polverolenti destinate a far parte della composizione di una pomata ottalmica devono essere ridotte in polvere impalpabile in mortajo di vetro, prima di essere mescolate al grasso ; la polvere essendo in questo stato, vi si aggiunge poco a poco il veicolo che deve contenerla, rimescolando continuamente. Non v'è bisogno che il grasso sia riscaldato, ammeno che non sia troppo consistente. In questi casi pure la sua liquefazione completa è raramente necessaria ; ma è utile che le polveri sieno bene disciolte con qualche gocciola di olio di mandorle dolci o di noce, prima di mescolarvi il grasso fuso. Bisogna allora continuare ad agitare la composizione fino a che la massa sia assolutamente raffreddata. Tali pomate non devono mai essere consegnate ai malati che in vasi perfettamente puliti ed asciutti ; quelli di porcellana sono i più adattati.

2.° Le sostanze solubili nell' acqua , destinate a far parte delle pomate, devono essere disciolte esattissimamente con alcune gocciole di questo liquido , prima di farne il miscuglio.

È facile assicurarsi se durante la preparazione di una pomata il miscuglio è stato fatto colla necessaria esattezza; basta prenderne una piccola porzione o fregarla fra le dita ; esaminando col soccorso di una buona lente, si scuopre facilmente se l' unione de' componenti è imperfetta.

Il miglior modo di applicare le pomate consiste nel prenderne una piccola quantità con un delicato pennello, e abbassare la palpebra inferiore col dito indice sinistro talchè venga ad essere rovesciata per metà ; si deposita allora il medicamento sulla sua faccia interna. Si può pur fare la stessa operazione senza pennello, servendosi soltanto del piccolo dito per spalmare delicatamente sulla faccia interna della palpebra semi-rovesciata, la pomata della quale era stata precedentemente ricoperto; tal modo di agire giova particolarmente pei bambini. Una volta applicata la pomata, i malati devono chiudere gli occhi , e non rimane altro a fare se non che fregare dolcemente col dito la palpebra superiore contro il globo

dell' occhio, ad oggetto che il medicamento vi si estenda uniformemente.

Ma le pomate non sono sempre destinate ad essere messe in contatto colla congiuntiva oculare; vi sono de'casi, ove esse non devono, al contrario, mai essere introdotte sotto le palpebre, come, in esempio nelle infiammazioni croniche delle glandole palpebrali, ec; si applicano allora all' esterno, particolarmente nella malattia da noi citata, nel modo seguente: Si mette sull' estremità del dito piccolo una quantità di pomata,del volume del capo di un comune spillo,o di una lenticchia; si deposita delicatamente, (le palpebre essendo chiuse,) sui punti d'inserzione dei cigli, passandovi leggermente le dita, ed a più riprese. Si può fare lo stesso con un pennello fine, ciò che deve essere preferito se le dita della persona incaricata dell' applicazione del medicamento, sono materiali e ruvide.

Le pomate hanno in generale un effetto più durabile dei collirj; la loro applicazione deve per questa ragione essere meno frequente di questi ultimi.

Una pomata preparata convenientemente guarisce la malattia; può, all' opposto, aumentarla se la preparazione è mal fatta.

Allorchè le pomate sono state applicate sullo stesso bulbo oculare, bisogna garantire quest' organo per qualche tempo contro ogni impressione della luce, e di altri agenti; è questa la ragione mediante la quale conviene applicarla la sera, al momento di coricarsi.

Quando si usano le pomate, ogni giorno bisogna fare sull' occhio delle lavande leggerissime con acqua tiepida, per impedire che il medicamento non si ammassi sulle ciglia, e non serva di mezzo per tratteuere la polvere contenuta nell' aria.

Visiere.

Quando l' occhio deve essere sottratto dall' impressione della luce troppo viva, le visiere sono un buon mezzo per ottenere tal resultato; servono an-

cora ad allontanare da quest' organo la polvere che costantemente è sospesa nella stessa atmosfera la più pura. Le più adattate sono, a mio credere, quelle che si fanno di carta assai forte, guernite di taffettà verde; ordinariamente un quarto d' auna di Parigi di cotesto drappo serve per quest' oggetto. Si può loro dare una forma quadrata o semi-lunare, e devono essere munite di nastri ai loro due angoli superiori, ad oggetto di poterle fissare solidamente alla testa.

Le visiere ordinarie, fatte di cartapecora, di tela cerata, ec. con filo di ferro sono incomode e si adattano male: non si ponno d'altronde trovare ovunque.

Collirj.

I farmacisti compongono giornalmente dei collirj, e, bisogna dirlo, è raro ch'essi li sappiano adattare ai respettivi casi (*). Vi sono pure de' medici che preserivono ogni giorno cotesti medicamenti, e pochi ve ne sono che gli impieghino convenientemente; io sono adunque di parere che non sarà discaro se insisterò alcun poco su tal proposito.

Acciocchè un collirio sia ben preparato, i sali destinati a far parte della sua composizione non devono essere pesati e disciolti nel momento stesso che devono apprestarsi; devono, al contrario, esistere nelle officine, nello stato di soluzione nella pura acqua distillata. Se il farmacista conosce la proporzione del sale per rapporto alla sua dissoluzione, può comporre senza esitanza un collirio nel quale deve entrare, per esempio, un sesto od un quarto di grano di sublimato, ec, ed avere la certezza di mettervi la dose prescritta.

Il miglior modo di preparare i collirj che con-

(*) Noi crediamo inutile di dilungarci soverchiamente per far sentire che i rimproveri diretti dall' autore ai farmacisti tedeschi, non sono applicabili in termini sì lati ai nostri, che sogliono per lo più essere abbastanza cautelati, e non facili a deviare dalla loro sfera. (*N. del T.*)

tengono de' sali, delle mucillaggini, delle soluzioni d' oppio ed altre tinture, consiste nel mescolare col sale la metà dell' acqua che deve servire di veicolo, e l' altra metà colla mucillaggine e le tinture, e riunire in seguito i due miscugli, e filtrare il tutto. Ma se in coteste preparazioni vi entrano dei sali che si decompongono scambievolmente od in parte, bisogna procurare che il miscuglio sia fatto in modo che la decomposizione sia sì leggera e lenta quanto é possibile. In esempio il seguente collirio, la di cui composizione è tale che le sostanze delle quali è formato devono reagire l' una sull' altra, si conserverà per molti giorni senza decomposizione notabile, se si prepara nella maniera che s' indicherà. Supponendo che si tratti di fare un collirio con:

℞: Solf: di Zinco . . . . . gra: ij.
Acq: di rose . . . . . ℥jv.
Acetat: di piombato . . . . . ℈ß.
Mucillag: di gom: arabica . . . ℈ß.

Ecco il miglior modo di procedere:

Prendete quaranta gocciole di una dissoluzione di zolfato di zinco, di cui il numero delle gocciole indicate contenga due grani di questo sale; mescolatele colla metà di acqua di rose prescritta, aggiungete la mezza dramma di acetato di piombo all' altra metà di acqua di rose, colla quale si è precedentemente mescolata la mucillaggine di gomma arabica; riunitele e filtrate. Cotesta preparazione offre per vero dire, un colore leggermente opalino, presso a poco simile a quello del siero puro, e si conserva molti giorni senza subire una decomposizione considerabile. Se, all' opposto, si versa subito l'acetato di piombo, e successivamente la mucillaggine e lo zolfato di zinco, che è stato pesato e sciolto con una poca di acqua nel mortajo, e che si allunga soltanto allora il tutto coll' acqua di rose, l' acetato di piombo e la mucillaggine si precipitano tosto, e ne resulta un composto che presenta l' aspetto del latte. Ma, siccome noi l'abbiamo di già detto, le com-

posizioni che sono meno direttamente in opposizione alle leggi chimiche devono essere preparate col più grande scrupolo, e usando le indicate precauzioni. Voglio provare a farmi intendere ugualmente con un' esempio:

Se si ha a comporre un collirio con pietra divina gr-ij; acqua di rose ℥jv; laudano liquido del *Sydenham* ℥j; e mucillagine di gomme arabica ℥iij; il farmacista poco esperto lo prepara così: Pesa la pietra divina in forma solida, la tritura in un mortajo di marmo, vi versa sopra una piccola quantità della suddetta dose di acqua di rose; dopo avere ottenuta la dissoluzione, abbandona questo miscuglio per pesare una dramma di laudano liquido e tre dramme di mucillagine: Versa in seguito la disoluzione concentrata della pietra divina sulle due sostanze che sono di già state depositate nel vaso, ed allunga il tutto aggiungendo il rimanente dell'acqua di rose, che forse anco egli si è servito per lavare il mortajo.

Indipendentemente da simile procedimento, il quarto dei due grani di pietra divina, se sono stati ben pesati, può facilmente rimanere nel mortajo sia nello stato di dissoluzione od in quello di polvere, è certo che versando la soluzione di pietra divina concentrata sul laudano e la mucillagine, l'oppio deve tosto essere precipitato sotto forma di polvere, e la mucillagine in fiocchi filamentosi; e quantunque il tutto si mescoli in seguito col rimanente dell' acqua di rose, questa preparazione non conserva la sua limpidezza se non che per qualche ora, poichè subitamente dopo l'oppio e la mucillagine in forma di fiocchi si precipitano al fondo del vaso. Se, dopo avere agitato il miscuglio, si applica sull' occhio affetto da ottalmia, si accresce l' imfiammazione; se, all' opposto, si leva il deposito, il collirio rimane privo di sostanze attive che entrano nella sua composizione.

In generale si costuma di aggiungere un poco di mucillagine a tutti i collirj, affine di diminuire le loro proprietà irritanti, e per imitare l' andamento della natura, che mescola alle stesse lagrime una sostanza

muccosa ad oggetto di meglio difendere l'occhio dall' azione de' sali ch'esse contengono. Io sono convinto dell' utilità di queste mucillagini; soltanto io opino che dovrebbero essere prese dal regno animale, usando, in esempio, l' idiocolla di perfetta qualità.

Non si dovrebbe mai far preparare una gran quantità di collirio alla volta, giacchè la massima parte di cotesti medicamenti si decompongono in breve tempo, e perdono la loro efficacia; talchè non vi può essere che un farmacista ignorante che possa tenere preparata una quantità di collirio contenente del sublimato e della mucillagine, come quello che è raccomandato da *Conradi*; imperocchè in brevissimo tempo non vi rimane un atomo di deuto cloruro di mercurio, passando allo stato di protocloruro.

Qui si limita ciò che noi avevamo a dire sul modo di preparare dei collirj; quanto alla maniera di applicarli, depende dall' oggetto che uno si propone.

1°. Si usano certi collirj unicamente colla veduta di istillarli sulla superficie dell'occhio, come si fa, per esempio, ne'casi di ulceri della cornea e della faccia interna delle palpebre, ec. In simili circostanze, il miglior modo consiste nel mettere il malato orizzontalmente su di un sofà o sopra delle seggiole, e dopo avere messa una piccola quantità di collirio in una boccia piccolissima da poterla facilmente riscaldare tenendola fra le mani, se il collirio dev'essere adoprato tiepiedo, se ne lascia cadere quattro o cinque goccie le nell'angolo interno dell' occhio, nel tempo che le palpebre sono leggermente chiuse, dopo di che il malato battendo gli occhi più volte di seguito, il medicamento si espande tosto in tutto il bulbo oculare.

Se si tratta di bambini, il medico od i parenti ponno semiaprire delicatamente le palpebre; con tal mezzo il collirio potrà penetrare fino alla superficie dell' occhio anco negl' individui i più indocili. Dopo avere raccolta con tela fine ed usata la porzione di liquido rimasto all'angolo interno, si fa alzare il malato.

1. Si usano ancora i collirj soltanto per fomen-

tazione sugli occhi, particolarmente ne' casi ove l'affezione è limitata alle palpebre, ed in ispecie ai loro bordi, come accade nelle infiammazioni catarrali di queste parti. La miglior maniera di servirsi, allora de'collirj, consiste nel versarne una certa quantità in un vaso, da inzupparne un pannofine e mediocremente usato, lavandone poi delicatamente le palpebre chiuse, raccomandando al malato di battere gli occhi durante quest'operazione; con questo mezzo il liquido penetra ancora in parte fra i bordi palpebrali e la loro faccia interna.

Comunemente si lascia asciugare il collirio sull' occhio, evitando scrupolosamente ogni contatto di aria fredda, e soprattutto le correnti d' aria, fino a tanto che l'umidità non è dissipata. Il superfluo del collirio versato nel vaso dev' essere gettato. Allorchè devesi impiegare cotesta preparazione tiepida, si può, prima di servirsene, scaldare il vaso nell'acqua calda o sopra una padella.

3. Finalmente i collirj sono anco usati, applicandoli caldi o freddi, per mezzo di compresse di tela di lino ripiegate a quattro o sei doppi, che s'imbevono di questo liquore. È utile che il malato non fasci la testa, nè si esponga a raffreddare. Siccome è anco per l' azione del freddo che si propone di agire, non si devono perciò lasciare le compresse sull' occhio allorchè sono riscaldate; bisogna continuamente rinfrescarle umettandole di nuovo, e continuare in tal modo per mezz' ora almeno senza interruzione. Il laudano liquido del *Sydenham*, ed altri liquidi concentrati, non devono essere applicati che goccia a goccia, e per mezzo di un pennello.

Allorquando le palpebre sono incollate insieme per mezzo di croste solide, bisogna rammollirle con applicazioni tiepide, composte di acqua e di midolla di pane bianco, e detergerle poi dolcemente con acqua tiepida, prima di applicare il collirio che si vuole usare.

Nell' adoprare mezzi esterni, e conseguentemente anco i collirj, è necessario osservare la più grande circospezione, e la massima proprietà.

Evacuzione artificiale dell' umor' acqueo attraverso la cornea.

Parlando delle malattie della cornea, si è di già tenuto proposito di questa piccola operazione, che sembra essere utilissima in alcuni casi d'infiammazioni interne del globo dell' occhio. Servirà aggiungere quì che cotesta membrana deve sempre essere aperta nella sua parte la più declive, per mezzo di una piccola incisione fatta col coltello da cateratta. La detta apertura è particolarmente indicata allorquando trattasi di dare egresso non solo ad una certa quantità dell' umor' acqueo, ma pnr anco a del pus, la di cui evacuazione non sarebbe che imperfettissima, limitandosi a fare la punzione coll' ago da cateratta. Quest' operazione può essere ripetuta più volte secondo le circostanze.

Sanguisughe.

Non devonsi quasi mai applicare le sanguisughe sulle palpebre, perchè la loro caduta è facilmente susseguita da effusione di sangue nel tessuto cellulare floscio di coteste parti, da cui resulta facilmente una tumefazione spesso spiacevole.

I punti da preferirsi per la loro applicazione nella cura delle affezioni infiammatorie degli occhi sono: la regione temporale, quella prossima all' angolo esterno dell' occhio, e l' angolo interno, sulla vena detta angolare. Si mettono su questo vaso, per mezzo di una carta avvoltolata in forma di cilindro; si può pure prendere una sanguisuga colle dita, e tenerla in contatto colla parte fino a che non ha incominciata la suzione. Se si tratta di applicare delle sanguisughe alla regione temporale si usa il medesimo metodo, o si rinchiudono entro un piccolo bicchiere da liquore, che si tiene rovesciato sulla pelle fintanto che questi piccoli animali non vi si sono attaccati; allorchè sono staccati, si agevola la sortita del sangue lavando le ferite con spongia imbevuta di acqua calda.

Si deve usare ogni possibile precauzione acciocchè il sangue non penetri fra le palpebre, perchè dopo il suo coagulo, e molto più ancora dopo che è disseccato, agisce sull'occhio come un corpo estraneo, nè vi può essere levato facilmente senza che ne resulti una viva irritazione. La superficie sulla quale si vuole attaccare delle sanguisughe, dev' esser sempre precedentemente pulita con ogni scrupolo; è utile ancora ch'essa sia umettata con un poco di latte, o con acqua zuccherata, ciò che le fa attaccare più sollecitamente (*).

Cataplasmi.

Proponendosi di secondare l'azione di alcuni medicamenti con un calore umido continuo, si ricorre ai cataplasmi caldi. Questi possono agire per conseguenza come risolventi, calmanti, detersivi, astringenti, emoglienti, maturativi, come tonici, antiputridi ec., secondo come si usano per tale o tale altra malattia, e secondo i medicamenti che si fanno entrare nella loro composizione. Si preparano per lo più colla midolla di pane, collo zaffrano, colla farina di grano, con quella di linseme, di fiori e foglie di malva, di radica di bismalva, di china, di canfora, di mirra, di cicuta, ec., sostanze che devono in tal caso essere ridotte in polvere.

Si costuma di stendere la massa che si compone nel mezzo di una compressa di tela fine, pulita, usa-

(*) Il mezzo il più spedito e contemporaneamente più sicuro, consiste nel lavare bene la parte con acqua calda, nell'ascingarla, ed anco fregarla alquanto fin tanto ch'essa incominci a diventar rossa. Si toglie l'umidità alle sanguisughe, quanto è possibile, rotolandole leggermente in un panno caldo. Si riuniscono in seguito in massa, in altro pannolino ben' asciutto, e si applicano sulla parte, ove si mantengono riunite mettendovi sopra un bicchierino o la mano per ritenerle e impedire che non si allontanino. Il latte o l'acqua zuccherata sono assolutamente inutili quando qualche volta mancasse la riuscita di questo modo di operare. (*N. del T.*)

ta , ma non lacera , della quale si rovesciano i bordi uniformemente, Il cataplasmo non deve mai essere lasciato sull' occhio fino al suo perfetto rafireddamento, imperocchè dev' essere surrogato da un altro prima che la sua temperatura sia soverchiamente diminuita.

I cataplasmi devono essere formati di sostanza poltacea, non liquida, di un dolce calore, e conseguentemente la loro temperatura non deve mai essere troppo elevata ; finalmente bisogna che l' occhio non risenta alcuna pressione nè alcun' incomodo.

Bisogna perciò osservare ch' essi sieno applicati mollemente e leggermente; nè che sieno troppo piccoli, poichè devono oltrepassare l'orbita da tutti i lati, di un dito trasverso di larghezza per lo meno, e darle l' appoggio sulle parti che circondano l' occhio.

Ne' casi soltanto ove i cataplasmi non sono adoprati per delle malattie del bulbo dell' occhio , ma per una parte vicina, come, in esempio, per la glandola lagrimale, pel sacco lagrimale , per una palpebra ec: è inutile di farli più estesi di quello porta la superficie ammalata ad oggetto di non impedire i moti dell' occhio.

Elettricita'.

È noto che quest' agente naturale, eccita la vitalità del sistema vascolare , ed in seguito aumenta l' azione degli organi della vita vegetativa e della vita animale alla quale presiedono i vasi. Gli effetti che produce l'elettricità sembrano essere più dinamici, ma pare abbino minor durata di quelli del galvanismo.

Si fa ricorso a cotesto potente modificatore, particolarmente nelle ottalmie croniche , e specialmente per quelle che sono reumatiche e scrofolose, nel panno, per la cateratta incipiente, per l' ambliopia amaurotica, e per l' amaurosi. Ma non si deve mai perdere di vista che non esista nel tempo istesso pletora, o delle congestioni sanguigne, poichè diverebbe allora più nociva che utile. Si usa l' elettricità anco per il glaucoma (quantunque non l'abbia mai vedu-

to riuscire), per la midriasi, per le paralisi o per il battito convulsivo delle palpebre; per le idrottalmie e le macchie della cornea; finalmente serve per molte affezioni croniche delle vie lagrimali.

Il miglior modo di amministrare cotesto mezzo sembra essere il bagno elettrico. Si adopra, a tale effetto, un filo di metallo grosso, di cui una sua estremità termina a uncinetto, mentre l'altra è adattata ad un manico di vetro destinata ad isolarlo. L'uncinetto dev' essere armato di un piccolo pezzo di legno, piriforme, che serve a dirigire la corrente elettrica sull' occhio aperto. Il conduttore essendo in contatto colla macchina, questa si mette in moto, facendola agire con forza.

Si può pure, se vi è bisogno, far passare una corrente elettrica attraverso le parti vicine dell'occhio per dirigervi delle scintille; bisogna soltanto agire gradatamente, passando con regolarità da un debol grado ad uno più forte.

Si può, in principio, prolungare l' operazione da tre a cinque o dieci minuti, e protarla poco a poco fino ai quindici e venti, ma tutto al più due volte per giorno.

Galvanismo.

Gli effetti del galvanismo sono analoghi a quelli dell' elettricità, ma devono essere più durevoli e modificare di più la composizione delle parti, proprietà che l' ha fatto preferire da qualche medico.

È il polo negativo che s'impiega in generale nelle malattie degli occhi; sembra avere un' azione analoga a quella della luce aumentandone la sensibilità e le funzioni dell' economia animale; nelle affezioni della sensibilità dell' occhio, produce generalmente degli effetti più marcati del polo positivo.

Si conoscono diverse maniere di applicare il galvanismo: quella ch' è stata descritta da *Burdac* e *Beck* mi sembra la più conveniente, ed ora la traccerémo.

Allorchè vuolsi produrre un' effetto energico, si

mette il polo negativo in comunicazione colla cornea o colle palpebre; ma è estremamente raro di dovere agire su questi punti. Si procura, per lo più, di eccitare i nervi dell' occhio per mezzo di una delle tre branche del quinto pajo. Si applica l' estremità del conduttore al di sopra del sopraccilio, nella regione del foro sopra-orbitale, alla faccia interna del naso, o dell' osso mascillare superiore, nella regione de' denti molari, od alle tempia. L' altro polo dev' essere allontanato e fermo nella mano che dev'essere immersa in un vaso ripieno d' acqua. La durata dell' effetto che deve produrre è variabile. La costruzione della pila si regola sull' eccitabilità particolare del malato; s' impiegano ordinariamente da quindici a quaranta paja di plache.

Per applicare facilmente il polo negativo sopra una parte, si usa una placca di metallo un poco concava, che, per prevenire l' ossidazione, dev'essere dorata nella sua faccia interna, o ricoperta di uno strato di resinalacca sul suo bordo ed alla sua faccia esterna, ad oggetto d' impedire il suo contatto immediato colla pelle. Si mette sulla sua faccia interna un pezzo di spugna sottile, mediocremente impregnata di acqua salata, della dissoluzione di tornasole, o di bile bovina; quindi si mette in contatto colla parte che si vuol galvanizzare; e si mantiene in sito tutto l'apparecchio per mezzo di un legaccio passato per l'anello della placca; si sospende in seguito la catena del polo negativo nella piccola ansa, che si trova alla sua faccia esterna. Allorchè vuolsi agire sull' occhio direttamente, si usa una piccola tinozza di rame, dorata nella sua faccia interna, ricoperta di lacca all'esterno, dal mezzo della quale si eleva un fusto metallico isolato da un tubo di vetro, nel quale esso è nascosto per la massima parte, presentando un piccolo anello alla sua estremità inferiore per adattarvi la catena. La tinozza essendo ripiena di acqua tiepida, il malato vi immerge l' occhio aperto, e stabilisce la comunicazione.

Le fomente richiedono la più grande attenzione, particolarmente allorchè trattasi di applicarle in modo che il calore sia uniformemente diffuso. Tutto ciò che si può dire relativamente al loro uso nelle malattie degli occhi è di già stato reso di pubblico diritto dal *Sig. Grafe*; e siccome non ho a dire nulla di meglio, ripeterò le osservazioni di quest'abile chirurgo.

Le fomente ponno nuocere per la pressione che esercitano sull' occhio le compresse umide, quando queste sieno soverchiamente materiali e formate di tela troppo ordinaria, o quando sono male applicate. Devono essere abbastanza grandi per appoggiare, come i cataplasmi, sul contorno dell'orbita e devono restare applicate esclusivamente per la loro umidità, senza apportare alcuna pressione sul globo dell'occhio. Mai devono essere tenute in sito per mezzo di fascia; devono all' opposto essere semplicemente e puramente sovrapposte all' occhio, la posizione orizzontale del malato diventa allora indispensabile.

Le fomente possono essere nocive comunicando all' occhio una temperatura ad esso non conveniente, cioè cagionando del raffreddamento quando dovrebbero mantenere il calore, e viceversa. Bisogna adunque che la temperatura della camera del malato sia fresca allorchè fassi uso di fomentazioni fredde, e calda quando si fanno a temperatura un poco elevata.

Il miglior modo di fare le fomente tiepide consiste nel mettere accanto al malato, sopra una seggiola, un sacchetto di sufficente capacità, ripieno di sabbia calda; si cuopre con una salvietta, e si fa, nella parte superiore, un infossamento adattato a ricevere comodamente una sottocoppa. Si riempie questa del liquido modicamente caldo, e vi s'immergono più compresse. Ogni volta che la sabbia perde il suo calore, ciò che secondo le circostanze ha luogo ogni ora o due, vi si sostituisce altro sacchetto. Il fuoco di una lampada o del carbone ha l'inconveniente di riscaldare di troppo il vaso, e d' impedire nel tempo stesso l'o-

scurità che può essere necessaria di mantenere per lo stato del malato.

Quando si sospendono le fomenta umide non bisogna dimenticare di asciugare delicatamente ed esattamente le palpebre, acciocchè l'umidità che potrebbe restarvi, evaporandosi, non cagioni il raffreddamento di queste parti. Ne' casi ne' quali i malati sono disposti a certe idiosincrasie, che non permettono loro di tollerare le fomente umide, bisogna guardarsi dall'usarle. Finalmente se non si può sperare che le precauzioni da noi indicate sieno osservate, val meglio non se ne giovare.

Bagni gazosi.

A malgrado che cotesto modo di medicare non sia messo in uso che da poco tempo, è nullameno sperabile che apporterà degl'importanti e vantaggiosi resultati.

I gas fino ad ora sono stati usati localmente contro le affezioni degli occhi, tali che il *gas-acido-carbonico* ed il *gas idrogeno*.

Il modo di amministrarli consiste nel dirigerli sull'occhio in stato puro, o mescolati. Nell'ultimo caso si uniscono a certi fluidi, sotto forma di acque minerali, oppur anco si adopra l'acqua di fonte semplice dopo averla soprasaturata del gas che si vuol usare; quest' ultima preparazione può essere fatta facilissimamente da ogni farmacista. Allorchè fassi uso di gas puri, per dirigirli sugli occhi si serve di un condotto fatto con un pezzo di vescica, la di cui estremità libera è esattissimamente applicata attorno all' orbita, mentre che l' altra è adattata ad un apparecchio che consiste in una boccia comunicante con tubo di sicurezza con una storta nella quale ha luogo il miscuglio che deve produrre lo svolgimento del gas.

Il Sig. *Graefe* ha descritto un apparato di questo genere nel *Repertorio delle formule utili per la cura delle malattie degli occhi*. È facile renderlo anco più comodo e meno suscettibile d'alterazione, sostituendo al condotto membranoso, destinato a porta-

re il gas sull' occhio , un tubo di vetro ricurvo su se stesso a foggia del corno da caccia. Non mi prolungherò d'avvantaggio su quest'apparato, perchè basta leggere l'opera da me indicata, per essere nel caso di apportarvi le modificazioni necessarie.

Il processo meno dispendioso per preparare l'acido carbonico (che è come ognun sa, formato di 27, 73 di carbone e di 27, 27 d' ossigene, ed è suscettibile di essere assorbito da una quantità di acqua uguale al suo volume allorchè si agitano assieme), consiste nel mettere in una storta della creta o carbonato di calce pestato grossolanamente, e versandovi dell' acido solforico allungato con acqua due volte il suo peso. (*)

Fino adora si è usato con vantaggio contro le ottalmie scorbutiche e contro la gangrena delle palpebre, il gas acido carbonico solo, o in dissoluzione nell'acqua, come si trova nelle acque acidule gazose, oppure anco facendo sull' occhio delle applicazioni di carote ridotte in polpa e allo stato di fermentazione, circostanze nelle quali si può continuarne l' uso frequente e senza interruzione.

Si ottiene il gas idrogene colla decomposizione di diversi metalli tali che il ferro, lo zinco ec., per mezzo degli acidi solforico o idroclorico, allungati con acqua cinque o sei volte il loro peso. (**)

I bagni locali di gas idrogene sono stati fino ad ora particolarmente usati per l' ambliopìa e l' amau-

(*) È preferibile adoprare l'acido idroclorico, perchè l'idroclorato di calce, che resulta dalla decomposizione della creta è solubilissima, e può essere facilmente levato dall'apparato dopo l'operazione. L'acido solforico non offre la medesima comodità, il solfato di calce che rimane dopo la decomposizione del carbonato di calce essendo insolubile, o poco almeno.

(**) Lo zinco deve anteporsi al ferro quando si desidera ottenere il gas idrogene nello stato di molta purità, poichè usando quest' ultimo metallo, si sviluppa sempre una certa proporzione d'acido carbonico, che è dovuto alla presenza di una piccola quantità di carbone, che si trova quasi costantemente unito a questo metallo. (*N. del T.*)

rosi ; si applicano due fino a quattro volte per giorno, ed anco più spesso, per un quarto d' ora, una mezz' ora , od un' ora ogni volta , secondo le circostanze.

Eccitanti della pelle.

Si adoprano in generale delle sostanze che agiscono irritando la pelle, come controstimolanti o derivativi , poichè si considera l' effetto che producono come rimpiazzante in qualche modo la malattia che si vuol guarire. I principali irritanti della pelle sono: i vescicatori , gli empiastri e le pomate di tartaro stibiato, la potassa caustica disciolta, i fonticiuoli, i setoni, la scorza di dafne mezereon, i moxa, i senapismi, la raschiatura di rafano rusticano, ec.

Cotesti mezzi possono essere usati contro tutte le malattie degli occhi, nelle quali si osserva, (indipendentemente dall' esaltamento dell' attività vascolare , e dell'aumento di secrezione nell'organo affetto e nelle parti vicine), una diminuzione di energia vitale con una continua tendenza alle reazioni morbose. Essi agiscono assolutamente come derivativi ed eccitanti contemporaneamente sui sistemi nervoso e vascolare (sensibile ed irritabile) dell' occhio ; ed è per questa ragione che nuocono quando comunemente si usano nel primo stadio delle ottalmie , allorchè esse ritengono ancora il carattere d' infiammazione acuta , o in generale nel tempo in cui le affezioni reclamano ancora la cura antiflogistica propriamente detta.

Ce ne gioviamo con molto vantaggio per combattere le ottalmie artritiche,reumatiche, scrofolose,ed esantematiche sempre rinascenti, per vincere il panno, il glaucoma e l'amaurosi di natura paralitica, e le affezioni spasmodiche delle palpebre, la midriasi ec.

Vescicanti. Ve ne sono, come ognun conosce, di molte specie. Per lo più per le affezioni degli occhi si usa il *Cerotto ordinario di cantaridi a permanenza*, e una modificazione di questo è il *cerotto di cantaridi di Drouet* , che si lascia ugualmente a permanenza. Quest' ultimo agisce con molta più sollecitudine, poichè ordinariamente dopo un' ora o due

ha di già prodotto il suo effetto. Si compone di un' infusione di cantaridi e di scorza di dafne mezereon nell' etere acetico, di cui si riveste, a più riprese un taffetà teso. È utile che il farmacista vi aggiunga una piccola proporzione di trementina di Venezia o di colofonia, poichè senza tale precauzione aderisce male alla pelle. Cotesta preparazione forma certamente il vescicante la di cui azione è la meno irritante; i suoi effetti si avvicinano molto a quelli del rafano rusticano. Esso può, ugualmente che il cerotto di cantaridi a permanenza, essere lasciato delle intiere giornate, e la sua applicazione essere ripetuta più volte nel medesimo luogo.

Si costuma di applicare cotesti cerotti sulle braccia, alla nuca, dietro gli orecchi, alle tempia, ed al di sopra de' sopraccigli; si dà loro un' estensione variabile, secondo la superficie sulla quale si mette, cioè da due a tre pollici di diametro ed anco più. Queste due specie di vescicanti producono un contro-stimolo leggiero, e sono utilissimi nelle affezioni poco intense, o quando devono essere applicati assolutamente nelle prossimità degli occhi, come, in esempio, al di sopra de' sopraccigli, ad oggetto di eccitare il nervo sopraccigliare.

Il cerotto di cantaridi ordinario produce un effetto più continuato e più violento, ma anco meno uniforme, quando dopo di avere levata l' epidermide si medica giornalmente con una pomata eccitante. È necessario che la medicatura sia rinnovata sempre ogni mattina, acciocchè il dolore che ne resulta, e che dura spesso delle intiere ore, non interrompa il sonno (*).

(*) Non in scarso numero sono per certo le sostanze, o per dire meglio gli epispastici, de' quali sotto differenti forme si è da poco tempo arricchita la materia medica, per cura particolarmente de' medici oltramontani. Oltre i già conosciuti avvi la preparazione che si conosce coll' improprio nome di *vescicatorio inglese*; adoprasi pure di frequente anco in Italia il *taffetà vescicatorio* inventato da *Baget*; quello *vegeto-epispastico* di *M. Mouches figlio* (journal de Chimie Méd:) di cui il *Recueil Médical* di Lione ne

Cerotto di tartaro stibiato. È necessario farlo preparare ogni volta e nel momento stesso che se ne abbisogna. È utile di osservare che il tartaro stibiato in polvere impalpabile sia tritato il meglio possibile con un poco di trementina di Venezia, in mortajo precedentemente riscaldato, prima di aggiungervi il cerotto adesivo, che dev' essere ugualmente mescolato con molta diligenza. Il tartaro stibiato può essere, per rapporto al cerotto adesivo, nella proporzione di 1 a 2, o di 1 a 3, a seconda che si vuole ottenere un effetto più o meno pronto, e in ragione pur anco della suscettibilità dell' individuo. Le bolle si manifestano nello spazio di due a cinque giorni, ed è utile di lasciare applicato il cerotto fino a che non sono in piena suppurazione. Allorchè i cerotti devono avere piccola dimensione, si ponno stendere sopra del taffetà o sopra della tela; ma se all'opposto devono avere molta estensione, in tal caso è meglio prendere una pelle fine, la di cui superficie resta più facilmente tesa. Prima di applicare il cerotto è sempre necessario di fregare la pelle con un pezzo di flanella; del rimanente non bisogna mai metterlo direttamente nella prossimità dell'occhio. I luoghi i più convenienti sono le braccia, la nuca, la regione auricolare posteriore, e ne' punti che sono liberi di capelli.

L' azione di cotesta preparazione sembra differire da quella della massima parte degli altri derivativi cu-

dà la ricetta; la pomata così detta *vegeto epispastica* di *Losanna*, che con molta ragione credesi che il principio attivo della medesima sia la cantaridina anzichè i semplici vegetabili, come vorrebbe farcelo credere il Sig. *Boucher* chirurgo a Losanna, della quale ne è l' inventore. Per non dilungarmi inutilmente ommetterò di parlare di alcune altre sostanze, quale sarebbe la *bieta* che non da molto tempo mena gran chiasso in diversi paesi pur anco della nostra penisola, come pure di altre non poche ec. Vedi a tale uopo la *Chirurgia minore* del Sig. *Termanini*, lezione seconda, capitolo *vescicatorio*; ugualmente che la *Farmacopea universale* del Cav. *Jourdan*, impressa in Roma nel 1829. nella quale parlando con molta estensione dei differenti epispastici, ha occupata la metà circa della pagina 627 fino a tutta la 648 (*N. del T.*)

tanei ; quand' essa è portata al più alto grado , ha un effetto revulsivo più energico di ogni altro mezzo di questa specie, determinando alla pelle una morbosa azione innocente, ma sommamente intensa, (*).

È particolarmente ne'casi di ottalmie inveterate le più ostinate, nel panno, nel glaucoma o nell' amaurosi artritica, quando la flogosi è calmata, e che non vi ha più congestione sanguigna verso gli occhi, ec: che il cerotto stibiato convenientemente applicato produce i migliori effetti , particolarmente se si mantiene per qualche tempo la suppurazione per mezzo della pomata composta di alcuni grani di sublimato e di tartaro stibiato , con tre dramme di pomata di cantaridi, ed altrettanto di unguento basilico (**).

(*) Non è ciononostante raro di vedere sopraggiungere delle gangrene estesissime della pelle dietro queste applicazioni; si devono perciò sorvegliare attentamente i loro effetti. (*N. del T.*)

(**) Se non erro, col su esposto mezzo si correrebbe per certo il rischio di stimolare la parte già denudata al segno di vedervi comparire colla massima facilità la gangrena , o per lo meno vedere destare delle convulsioni od altri analoghi incomodi , trattandosi particolarmente di soggetti delicati o proclivi a divenir convulsi. Per promuovere adunque il trasudamento della cute non infiammata , ed evitare nel tempo stesso ogni pericolo , si adopra piuttosto l'unguento rasino , una dose maggiore di unguento digestivo , o si unisce al burro qualche poco di sapone *molle* e *nero*, che è *carico in eccesso di potassa caustica*, oppure una presa di cantarelle polverizzate. La *bieta* semplicemente riscaldata od anco spalmata di sapone è adattatissima. Quando si voglia protrarre lo scolo del vescicatorio oltre il consueto, si sostituisce da alcuni pratici un cerotto composto del mollitivo e del vescicatorio comune, regolandone la prolungazione in ragione degli effetti. L' esposto mezzo prolunga la suppurazione da 15. 30. fino a 60. giorni. Si conosce pure altra maniera di mettere un vescicatorio e di farlo durare quindici giorni circa senza bisogno di medicatura alcuna. Si stende sopra il drappo di seta un cerotto formato di pece, di tintura vinosa di cantarelle, e di una piccola quantità di polvere finissima di cantaridi. Questo si applica alla cute, e vi si lascia, finchè cada spontaneamente. La vescica si forma, e si rompe da se:

Se si vuole ottenere l' effetto del tartaro stibiato al suo massimo grado, è necessario combattere la costipazione tosto che si manifesta, e mantenere costantemente la libertà del ventre.

Potassa caustica disciolta. Questo mezzo è stato raccomandato da *Adamo Schmidt* come irritante e contro-stimolante, particolarmente nelle paralisi e negli spasmi tonici delle palpebre, come si è potuto osservare ai capitoli che trattano di coteste affezioni. Io farò soltanto quì rimarcare che ho quasi sempre veduto questo medicamento apportare la guarigione nei casi ove la blefaroplegìa era recente e non era cagionata da lesioni organiche, e quando cotesta paralisìa e lo spasmo tonico delle palpebre non riconoscevano affezioni generali di molta maggiore importanza. Io rammenterò in oltre che l'escara formata dietro gli orecchi non casca sempre, a un di presso, che dopo otto giorni, ed è allora necessario distaccarla con precauzione, servendosi di pinzette e di cesoie.

Fontanelle. Il metodo usato per stabilire e mantenere le fontanelle è conosciuto ; si sa ugualmente che si fanno in particolar modo alle braccia, per le affezioni dell' organo della vista. Ma debbo avvertire che l' introduzione di un solo pisello basta raramente per produrre un effetto derivativo salutare per l' affezione dell' occhio; bisogna adunque metterne due o tre e talvolta anco fino a sei nella medesima apertura, senza che perciò si debba sperare una pronta modificazione della malattia, giacchè non è se non se dopo due o tre mesi che la fontanella può produrre una energica derivazione (*).

l' infermo non ha altro incomodo, che di fare una leggiera pressione sopra il drappo due volte al giorno, per farne sortire l' umore trasudato ; e di cambiare il pannolino e la fascia. Passato il detto termine, il cerotto si stacca, e la cuticola è di già riprodotta. Volendo maggiori, e più circostanziati dettagli in proposito si faccia ricorso alla citata *Chirurgia minore* del Sig. *Gaetano Termanini.*

(*N. del T.*)

(*) In ogni operazione dev' essere scopo del chirurgo di scemare anzichè accrescere delle tormentose manovre a poveri pazienti, sarei perciò di parere che il malato soffri-

Si preferisce questo mezzo ne' casi che non sono urgentissimi, nelle ottalmie catarrali, nelle artritiche, nelle reumatiche, nelle scrofolose ee,, che recidivano o sono inveterate. Si usa anco come mezzo profilatico , combinando una disposizione a queste affezioni. Non bisogna mai omettere di stabilire un fonticolo ne' casi d' artritide ove non v' ha ancora che un solo occhio perduto; è allora un eccellente rimedio per preservare il superstite dall'affezione artritica, che è sempre a temersi nel seguito.

Setone. È noto che si dà questo nome ad alcune ulcere che si formano sollevando la pelle in luogo adattato col pollice e indice in modo da presentare una piega longitudinale, che è ugualmente sostenuta all'altra estremità da un ajuto, e che si attraversa con un ago da setone armato di un piccolo nastro di tela che si lascia poi nella piaga ritirandone l'ago. Mancando l' ago da setone si può sostituirvi una lancetta forte , ed uno specillo a cruna per passarvi il nastro ; quantunque bisogna convenire che cotesto processo è assai più doloroso pel malato, e più complicato per il chirurgo.

Dopo avere passato il setone , si fissa la sua estremità più corta sulla pelle con una striscia agglutinativa, mentre che la più lunga è inviluppata in un pezzo di pannolino o di foglio, e dev' essere tenuta sù un lato e poco al di sopra della piaga, ad oggetto di preservarla dal contatto del pus che in seguito de-

rebbe immensamente meno se ai quattro o sei piselli si surrogasse un solo corpo estraneo , e fra i diversi quegli che si può credere il più adattato alle respettive circostanze. Io generalmente mi giovo in principio di una pallottola di cera, essendo da me creduta la più omogenea come sostanza animale, oppure mi servo anco di quelle di avorio, d'agarico ne' casi ordinarii, e finchè il *fonticolo* rende un competente scolo; per aumentarlo poi, allorchè è diminuito, vi sostituisco una pallottola della radice d'iride fiorentina, di genziana rossa, di elleboro nero , o di legno sassofrasso le quali possono anco essere spalmate di unguento digestivo o di sapone nero, quando la semplice loro presenza non servisse ad irritare bastantemente l'intiero vuoto del cauterio. (*N. del T.*)

ve scolarvi. Il nastro si lascia per più giorni senza toccarlo, finchè non è rimosso dalla suppurazione; a cominciare da quest' epoca si fa scorrere un poco una o due volte ogni giorno, tirandolo per l'estremità più corta, secondo che la suppurazione è più o meno. In ogni medicatura, la porzione di nastro la più vicina alla piaga, e che vi si deve introdurre, dev'essere spalmata di unguento digestivo, al quale si può aggiungere della polvere di cantaridi, se la suppurazione scarseggia; l' altra estremità imbevuta di pus, dev' essere tagliata. Quando vi rimane poca della lunga estremità del setone, vi si aggiunge con precauzione un' altra fettuccia, operazione che si repete altrettante volte, quanto le circostanze lo richiedono.

Il setone è in generale più doloroso del fonticolo; si preferisce spesso a quest'ultimo, allorchè vuolsi ottenere una derivazione più sollecita e più energica; e quand' anco si desidera per la stessa ragione che il mezzo di derivazione sia più vicino all' occhio; applicasi perciò più comunemente alla nuca (*).

(*) Alcuni moderni giovandosi delle idee e dell'esperienza degli antichi, per le malattie degli occhi in particolare, hanno rimesso in voga il setone agli orecchi. Leg: sù tale argomento ciò che ne dissero *Paracelso e M. A. Severino*: *De Effic. Mod: p. 73. Riverio* lo adoprò con profitto non solo nelle affezioni pertinaci degli occhi, dei denti, e delle articolazioni, ma ancora nelle gravissime malattie del petto minaccianti consuzione: *Obs: med. soc: Cant:* 4. Un nostro esperto pratico italiano assicura in un suo bellissimo scritto di aver veduto derivare una incredibile utilità dal setone alle orecchia nell' affezione scrofolosa dei bambini; nella crosta lattea; nelle ulcere e nelle macchie della cornea; nell'ottalmia purulenta, ed in altre malattie del capo proprie di quell' età. Il luogo in cui mettesi il setone alle orecchia, è nel mezzo del suo lobo, ossia nella sua porzione inferiore pendula, che è formata dai soli comuni integumenti raddoppiati, e precisamente nella parte più alta del lobo, piuttosto che nella media e nella più bassa, acciocchè l' estremità del lobo sia meno esposta al pericolo della lacerazione, e perchè il setone messo in questo luogo tende sempre ad abbassarsi.

Il setone si mette alle orecchie nei modi istessi in circa con cui mettesi alla nuca e altrove; si medica, si aumenta

Scorza di dafne mezereon. Questo mezzo può essere surrogato, senza inconvenienti ai vescicatori a permanenza, ai fonticoli, etc:. Mentre egli non ha alcun vantaggio su questi, ne differisce nullameno in quanto che determina in generale meno suppurazione, e de' dolori più forti.

Si usa nel modo seguente nelle ottalmie reumatiche, scrofolose, croniche etc:. Dopo avere fatto rammollire in acqua semplice, o in un miscuglio di acqua ed aceto un certo numero di pezzi di questa scorza lunga un pollice, se ne applica mattina e sera sulle braccia, fino a che la pelle non diventa rossa; allora secondo la quantità dello scolo, non si rinnova codesta scorza che una volta il giorno, od ogni due. Comparisce talvolta intorno alla piaga, particolarmente nelle persone la di cui pelle è delicata, un' eruzione di bolle che cagionano del bruciore sommamente vivo; si medica allora con cerato, o con qualunque pomata raddolcente.

Moxa. Non dovrebbe usarsi questo mezzo se non se ne' soggetti poco irritabili, non pletorici, che non mostrano alcuna disposizione alle congestioni sanguigne, e ne'casi ove vuolsi ottenere un effetto prontissimo, e produrre un' irritazione molto dolorosa.

A malgrado che in generale non si faccia uso del moxa, sono utili in diverse specie di amaurosi etc:. Per applicargli si sceglie per lo più la regione mastoidea, e raramente quella che è al di sopra de'sopraccigli.

I senapismi con e senza il *pepe nero polverizzato*, la raspatura di *rafano rusticano*, etc. sono troppo conosciuti perchè io non mi ci prolunghi.

Freddo.

Il freddo, applicato opportunamente, è certo uno dei mezzi i più efficaci, e fra i più salutari;

la secrezione del pus o si diminuisce a seconda delle circostanze, e coi medesimi mezzi indicati altrove.

(*N. del T.*)

è per altro importante, prima di tutto, di determinare le circostanze nelle quali si deve usare.

L' applicazione del freddo, adoprato o per mezzo di compresse intrise nell' acqua fredda od usando delle piccole vesciche ripiene di ghiaccio acciaccato che si pongano sull'occhio e sulle parti vicine, è particolarmente utile nel primo periodo delle ottalmie dette traumatiche; non bisogna per altro ch'esse offrino la più piccola traccia di complicazione di alcuna affezione generale cronica, quale sarebbe dell' artritide, del reumatismo, della sifilide, delle scrofole, etc. Il freddo è pure utile nelle semplici congestioni sanguigne degli occhi, prodotte fra le altre cause dagli eccessivi sforzi della vista, negl' individui d' altronde sani per ogni altro rapporto. È, all' opposto, nocivo se si usa allorchè la pelle è in traspirazione, o se si prolunga di troppo il suo uso. Bisogna adunque, tosto che i sintomi d' infiammazione e di afflusso di sangue sono notabilmente diminuiti, conviene, dissi, sospenderlo, e sostituirvi dei mezzi più adattati.

Le compresse non devono mai restare lungamente applicate da riscaldarsi; è anzi necessario rinnovarle spessissimo, e continuare in tal modo una mezz' ora almeno. Durante questo tempo i malati devono costantemente giacere a letto coricati sul dorso, ed astenersi di fasciarsi la testa.

Per lo più il freddo è adoprato per combattere le ottalmie che succedono alle operazioni fatte agli occhi. Ma noi faremo qui osservare, che nell' operazione della cateratta per estrazione, non è utile servirsene di primo abordo, ma soltanto dopo due o tre giorni, allorchè la cicatrizzazione della ferita della cornea è incominciata; poichè gli accidenti infiammatori consecutivi all' estrazione non sogliono, spesso, comparire se non se qualche giorno dopo l'operazione, quando cioè la ferita è per la massima parte cicatrizzata, giacchè diverrebbe per lo meno inutile l'applicazione del freddo prima di quest' epoca.

L' applicazione de' sacchetti aromatici è di un uso frequente nella cura delle malattie degli occhi ; essa ha per iscopo di cuoprire e circondare l' occhio di un' atmosfera permanente di calore asciutto , più o meno aromatico.

Con questo mezzo , si tiene l' organo della vista e le parti vicine in un ambiente caldo, ed al coperto dalle correnti di aria , ad oggetto di procurare con questo compenso, e particolarmente coll'azione dell'aroma che emanano le sostanze contenute nel sacchetto, un leggiero stimolo alla superficie dell' occhio , e di accrescere in tal modo l'attività dei tessuti di quest'organo , e ugualmente che delle parti circomambienti.

Coerentemente all' esposto , non riesce difficile sapere in quali casi i sacchetti aromatici ponno essere utilmente applicati.

Essi sono vantaggiosi nel secondo periodo delle ottalmie; particolarmente di quelle specifiche, e non meno di quelle pure che succedono alla soppressione della traspirazione , giacchè favoriscono e provocano l'evacuazione critica locale ; essi eccitano le forze assorbenti dell' occhio , ed inoltre contribuiscono ad allontanare i prodotti dell' infiammazione che si possono formare.

Divengono nocivi se sono soverchiamente pesanti, o se esercitano una pressione troppo considerabile sull' occhio; si scansa cotest' inconveniente fissandoli alla fronte per mezzo di nastri, e lasciandoli pendenti davanti all'organo malato. Nuocono pure quando i gambi o steli troppo voluminosi ed eccessivamente duri incomodano l' occhio attraverso il sacchetto , od allorchè le erbe essendo ridotte in polvere troppo fine , sorte dalla tela che le racchiude , s' introduce facilmente fra le palpebre e può peggiorare le condizioni della malattia. Non apportano vantaggio in fine se il malato le tollera soltanto qualque ora, imperocchè allora le variazioni della temperatura distruggono in parte l' oggetto propostosi , od interrompono per lo meno l' aumento di attività di già acquistato dal tessuto dell' occhio e delle parti circonvicine.

Sono poi ancora necessarie alcune nozioni particolari per giudicare la convenienza dell' applicazione di cotesto mezzo, e del grado necessario al quale devesi usare il calore asciutto aromatico.

Così esso non conviene quasi mai nel primo periodo delle ottalmie, e molto più raramente al principio del secondo stadio , anco delle ottalmie specifiche ; è utilissimo in questi casi, al contrario . di esperimentare subito il calore asciutto , non aromatico, per mezzo delle compresse ripiegate a quattro doppi, di passare in seguito ai sacchetti contenenti delle sostanze vegetabili aromatiche, leggiermente volatili, tali che i fiori di cammomilla , di sambuco, di tassobarbasso , etc: ed in fine servirsi di miscugli più odorosi , come le specie dette aromatiche , quali sono i fiori di lavanda, di serpillo , di menta piperita , etc: che si scaldano sopra una padella esattamente pulita, o sopra delle bottiglie ripiene di acqua calda.

La canfora che si aggiunge talvolta a queste erbe non è sempre sopportata , ciò che si conosce facilmente dal sapere se la persona attualmente ammalata, nello stato di salute è stata incomodata dall'odore della canfora , o se questa sostanza gli ha cagionata la cefalalgìa. È particolarmente nei soggetti sensibili , di capelli biondi , di pelle *vulnerabile*, che l'uso di cotesta medicina esterna produce un'azione spiacevole e cattiva.

Allorquando l' occhio e le parti vicine sono la sede di affezioni reumatiche inveterate, le quali si appalesano con lagrimazioni dolorose fugaci , nelle prossimità di quest'organo; compariscono pure dei dolori d' indole reumatica , vaghi e passeggieri , sintomi che ritornano e si aggravano ad ogni cambiamento di temperatura ; allora l' uso di una maschera di taffetà incerato è spesso convenientissima ed anco preferibile ai sacchetti aromatici poichè provoca alla superficie dell' occhio e nelle parti vicine della salutare traspirazione , che bisogna guardarsi dal sopprimerla imprudentemente.

Quanto alla preparazione dei sacchetti, io farò osservare che devono essere formati di tela fine, medio-

cremente usata ; devono avere tre pollici o tre pollici e mezzo quadrati di superficie, sulla metà di un dito trasverso di spessezza , e devono essere esattamente trapuntati con linee diagonali, ad oggetto d' impedire che le erbe non si accumulino in un sol punto. In oltre il farmacista , rinnovando queste sostanze dovrà ogni volta stacciarle (dopo averle tagliate ed esaminate con attenzione) affine di separare la polvere che potrebbe sortire dal sacchetto e irritare l' occhio.

Luce.

A malgrado che la massima parte delle malattie degli occhi sieno mantenute ed in parte provocate dall' azione di agenti irritanti, vi sono nulladimeno delle affezioni dell' organo della vista, che non solo gli permettono di tollerare gli stimoli , ma che non ponno anzi essere guarite senza di essi ; ora l' eccitante il più naturale ed il più conveniente dell' occhio è la luce , usata a differenti gradi , secondo che l' affezione la richiede.

Vi sono, in esempio, alcune ottalmie croniche le quali diminuiscono sotto l'influsso di un grado di luce moderata. È stato dimostrato da molte e replicate esperienze , che l' uso della luce è utilissimo in quella specie di amaurosi che è accompagnata da vera debolezza nervosa generale , senza il più piccolo segno o sospetto di pletora o di congestione sanguigna. L'impressione della luce non è soltanto vantaggiosa nell'amaurosi, e nell' ambliopia amaurotica , ma ancora in quasi tutte le malattie dell' occhio ove è indicata l'elettricità.

In alcuni casi di amaurosi è pure utile di lasciar cadere la luce sull' occhio direttamente , concentrandola per mezzo di lenti e di occhiali da cateratta ; giova anco il raccomandare ai malati di guardare il sole.

L' effetto della luce è nocivo nei casi ove l' occhio prova naturalmente avversione per tollerare quest' agente, come ha luogo in quella specie di amau-

rosi che comincia non solo colla fotofobia, ma da una forte contrazione della pupilla, dal vedere delle scintelle, dal soffrire dei dolori dal vedere dei baleni etc.

Diminuzione della luce.

La diminuzione della luce è uno dei principali mezzi per ottenere la guarigione di gran numero di malattie degli occhi. Tal diminuzione è principalmente necessaria allorchè l' irritabilità dell' occhio è cresciuta. In tutti i casi, eccettuato immediatamente dopo le operazioni eseguite sull' occhio, ove necessita mantenere sempre un' assoluta mancanza di luce, l' oscurità dev' essere proporzionata al grado di irritabilità, ed alcuno può meglio determinarla del malato stesso. L'oscurità necessaria dev' essere sempre uniforme in tutto l' appartamento del malato; non deve mai penetrare maggior luce in un punto che nell'altro; i mobili la di cui superficie è risplendente devono essere coperti; gli annessi corrispondenti alla camera del malato devono essere tenuti nell' oscurità, se è costretto di andarvi ogni tanto, quando fosse anco per pochi istanti; poichè niente vi è di più pernicioso per gli occhi così affetti, che il rapido passaggio dall' oscurità alla viva luce.

Il miglior modo di diminuire l' intensità della luce, consiste nel cuoprire esattamente le finestre con tele arrotolate, di color bigio o verde, che possino essere raddoppiate secondo le circostanze.

L' oscurità esercita naturalmente un effetto calmante su gli occhi irritabili, poichè la luce è il principale eccitante dell' occhio; essa seconda per conseguenza l'azione degli altri mezzi coi quali si combatte più direttamente la malattìa.

Ceduta l' intensità dei sintomi, non si deve mai passare che gradatamente al libero uso della luce; la sensibilità del convalescente sarà ancora in questo caso la miglior norma. Bisogna scrupolosamente evitare che non vi sia nè polvere nè fumo nella camera del malato; così è pure necessario astenersi, in questa circostanza, di renare gli appartamenti; costume

che è comunissimo fra la classe dei paesani dei piccoli villaggi.

Allorquando trattasi di accordare maggiore quantità di aria al malato non si deve mai farla giungere sugli occhi nella direzione orizzontale o ascendente ; bisogna all'opposto procurare che essa venga da luogo elevato dell' appartamento , ciò che si ottiene facilmente abbassando la parte superiore delle tele che chiudono le finestre. Negli stabilimenti pubblici, conviene disporre coteste tele in modo ch' esse si avvoltino di alto in basso , e non inversamente , ciò che si può con facilità combinare per mezzo di un abile artista.

Aria.

Si conosce l' influenza che esercita l' aria atmosferica sull' uomo e su i vegetabili; si sa che è indispensabile alla loro esistenza ed alla loro salute.

Se l'occhio ha particolarmente bisogno di essere in contatto coll' aria per conservarsi nello stato di salute , l' azione di questo fluido gli è ugualmente necessario in parecchie malattie; e noi faremo qualche riflessione su questo soggetto.

In generale l' aria pura , asciutta , di mediocre temperatura , e senza correnti, è il mezzo il più conveniente ancora all' occhio affetto da malattìa ; ma a tale oggetto è sempre indispensabile di consultare la sensibilità del malato , e tener conto della malattia medesima ; è dietro queste cognizioni che bisogna regolare ciò che ha rapporto coll' aria della camera del malato.

L' aria sopraccarica di fumo esercita costantemente un' azione nociva sugli occhi ; è adunque conveniente che nella camera del malato non si emanino dei fumi dalle padelle , dai combustibili accesi , da alcune polveri gettate sul fuoco , o dal tabacco. Non conviene dimenticare che il miglior mezzo di correggere questo fluido alterato nella sua chimica composizione , consiste nel surrogarvi dell' aria fresca, e non a saturarlo di odori , che riescono grati ai sensi, ma

lo rendono ancora più malsano. L' ammosfera carica di polvere non è meno nociva ; e, quantunque se ne trovi negli appartamenti anco i più puliti , bisogna procurare di non aumentarla vie più.

Cerotti.

Tutti i cerotti suscettibili di essere applicati sull' occhio , devono essere uniformi il più possibile, ed ugualmente stesi , ed in generale devono essere più fini e flescibili di quanto devono adoprarsi in ogni altra circostanza.

Io non m' occuperò qui dei differenti cerotti; mi limiterò a parlare di quello detto inglese.

Questo cerotto , che merita appena ne sia fatta speciale menzione per i casi ordinarj , è di un gran soccorso in molte affezioni degli occhi; noi dobbiamo tanto più occuparcene in quanto che esso è ordinariamente mal preparato, e non se ne può conseguentemente ottenerne tutti quei vantaggi che se ne dovrebbero sperare se fosse ben preparato.

Si usa per conseguire la riunione immediata delle piccole ferite nelle prossimità dell' occhio , le di cui cattive cicatrici potrebbero sovente apportare degli esiti spiacevoli per l'organo della vista. Serve pure a mantenere le palpebre esattamente chiuse , in modo leggiero e comodo, nei casi ove è necessario, sia in conseguenza di operazioni fatte sugli occhi , o dietro lesioni accidentali. Sì nell' uno che nell' altro caso non si può fare uso del cerotto agglutinativo steso sulla tela ; una striscia ordinaria non corrisponderebbe al caso , giacchè apporterebbe del rossore erisipelatoso , o la suppurazione delle palpebre, ciò che è sempre molto a temersi. Ma il taffetà d' Inghilterra del commercio non può ugualmente essere sempre adoprato , poichè per lo più contiene del belzuino , del balsamo del Perù, etc., sostanze che tornano grate all' odorato , è vero, ma che nei soggetti , la di cui epidermide è fine e delicata , e particolarmente nelle donne , possono produrre gli stessi accidenti che si rimproverano alle strisce agglutinative comuni; in ol-

tre, il taffetà gommato del commercio è quasi sempre sì fine e ricoperto di uno strato gommoso talmente leggiero, che non attacca a sufficienza, e quando si taglia a striscie strette, non ha consistenza bastante per mantenere le palpebre riunite l'una contro l'altra senza lacerarsi.

Io consiglio adunque ai medici che si occupano della cura delle malattie degli occhi, di fare preparare il loro taffetà gommato esplicitamente; di raccomandare ai farmacisti di prendere, a tale effetto, non solo del drappo così detto grossagrana di buona qualità, ma ottenere la dissoluzione della colla di pesce purissima, senza miscuglio alcuno. Questa sostanza dev'essere stesa sopra la stofa col pennello molto numero di volte, finchè il taffetà essendo asciutto presenti l'aspetto lucente ed uniforme. Si può essere certi che un cerotto preparato in tal guisa può soddisfare a tutti i bisogni ai quali è destinato.

È inutile il dire che allorquando dev' essere applicato sotto forma di striscia, bisogna sempre tagliarlo in direzione dei fili più lunghi.

Pennelli.

Già fu detto prima d' ora perchè i pennelli d'amianto non convengono; quelli di fila, preparati con molta cura, non ponno servire se non che dopo essere stati immersi più volte nell' acqua calda, ed asciutti in seguito; poichè senza tale precauzione potrebbero lasciare negli occhi dei piccoli filamenti appena visibili, capaci di irritare questi organi.

I migliori pennelli sono, senza dubbio, quelli fatti di peli fini e morvidi; ma prima di servirsene bisogna pure questi lavarli coll' acqua calda; conviene evitare quelli di peli di lontra, che gli rassomigliano per la forma, ma che sono assai più duri, e non possono servire se non che per la pittura a olio.

Ogni volta che il pennello ha servito, bisogna lavarlo con acqua pulita, lasciarlo asciugare in seguito, e involgerlo esattamente per difenderlo da ogni immondezza.

Scalfiture sulla superficie dell' occhio.

Si usano principalmente le scalfiture nell' ottalmia *chemosi*, e nell' *ottalmoblennorrea*. Non sono esse utili se non che quando lo stato infiammatorio generale è stato precedentemente diminuito da altre sottrazioni sanguigne adattate, e quando la tumefazione rossa della congiuntiva non persiste che come sintoma locale dell' infiammazione. Allorchè il tumore non è molto considerabile, le scalfiture non convengono; quando all' opposto il tumore della congiuntiva ha oltrepassata la cornea, si deve preferire loro l'eccisione della parte che sporge sù questa membrana. Bisogna condursi nel modo istesso quando, dopo la diminuzione dell' infiammazione, il tumore sembra essere degenerato in una protuberanza sarcomatosa del tessuto della congiuntiva.

Un coltello da cateratta od una lancetta ben tagliente sono i migliori istrumenti per fare coteste scalfiture. Tutte le macchine che agiscono in parte come istrumenti contundenti, che sono stati inventati e messi in pratica fino a questo giorno, devono essere rigettati per la loro materialità.

Si deve favoreggiare l'emorragìa resultante dalle scarificazioni coll' applicazione di acqua calda. Nei casi di *panno*, si tagliano talvolta i vasi contemporaneamente che la congiuntiva, nel mezzo della quale serpeggiano: cotest' operazione può pure essere messa a livello delle scarificazioni; ma essa può per lo più mancare di effetto, poichè non si ottiene lo scopo che ci proponghiamo, che consiste nel far cessare l'afflusso di sangue che alimenta il *panno*.

Come io l' ho già detto, bisogna allora fare l'eccisione parziale della congiuntiva che contiene i nominati vasi, procedendo nel seguente modo: Si afferra questa membrana con una piecola pinzetta, si soleva leggermente, e si recide la ripiegatura colle piccole cesoie di *Cooper*; prendendo allora il lembo della congiuntiva, s' incide contemporaneamente ai vasi, in un' estensione più o meno grande, a seconda delle circostanze, e nella larghezza di una linea ad una linea e mezzo,

NUOVO METODO

PER PRODURRE ARTIFICIALMENTE L' OPACITA' DEL CRISTALLINO SUGLI OCCHI DEI CADAVERI, AD OGGETTO DI FACILITARE LO STUDIO MANUALE DELLA OPERAZIONE DELLA CATERATTA (1)

Si osservò in una nota del secondo volume di quest' opera, che molti tentativi furono fatti particolarmente da Troja di Napoli per ottenere artificialmente l' opacità dal cristallino negli animali viventi, o sugli occhi dei cadaveri, ad oggetto di fornire ai giovani chirurghi il mezzo di esercitarsi manualmente nei diversi processi operatorj conosciuti per rimediare alla cateratta. Noi pensiamo fare cosa grata ed utile aggiungendo all' opera del Dottor *Weller* la descrizione di un nuovo metodo immaginato dal dottore *Neuner* di *Darmstadt*, per conseguire più comodamente e con maggior sicurezza l'intento. Noi lasceremo parlare l' autore medesimo.

L' analisi chimica ci ha istruiti che il cristallino è formato in gran parte d' albumina o, come dice qualche chimico, di una materia particolare simile ad essa. Dietro queste cognizioni, ho concepita la possibilità di determinare l' opacità del cristallino, sottoponendo questo corpo all' azione dei reativi atti a produrre la coagulazione dell'albumina. Io incominciai le mie esperienze su dei cristallini estratti dagli occhi di diversi animali. Riscontrai che l' acqua bollente, l' alcool, le tinture alcooliche, le dissoluzioni di percloruro di mercurio, di solfato di ferro, di solfato di rame, e di quello di zinco, di acetato di piombo e delle sostanze contenenti del tannino, danno più o meno presto a questi corpi una consistenza maggiore, un' opacità completa o parziale, più o meno pronunziata, di colore bianco, giallastro, turchino di latte etc. La dissoluzione alcoolica di sublimato corrosivo

(1) Journal *für* Chirurgie und Augenheilkunde von *Graefe* und *Walter* 1827, vol. x, cap. 3, p. 480, e seguenti.

mi sembrò sopra le altre molto attiva. Il cristallino, dopo la sua immersione, acquistava tosto un colore cretaceo, e diventava consistente e duro. Dopo questa sostanza si distinguevano sotto il rapporto dell' intensità e della prontezza alcuni effetti che voleva produrre cogli acidi solforico, nitrico, idroclorico poco allungati, ed il miscuglio del primo coll' alcool, nelle proporzioni della preparazione *mixtura sulphorico-acida* della Farmacopea di Prussia. Cotesti rendevano sollecitamente il cristallino bianco, opaco e consistente. Tutti gli altri acidi più deboli spiegavano un' azione più lenta, e davano insensibilmente al cristallino un colore turchino-latteo, più o meno bianco, etc. L'acetato di piombo produce il medesimo effetto; il nitrato d' argento li communicava un colore nero brunastro; lo zolfato di ferro li faceva prendere il colore giallo; il zolfato di rame lo rendeva verdacchio ed assolutamente opaco. L'alcool agiva debolmente e con lentezza somma; accadeva lo stesso dell' acqua al di sopra di settantacinque gradi Reaumuriani (930, 75 centigradi) particolarmente quand' era versata rapidamente sul cristallino, e se non si manteneva alla medesima temperatura mettendola sopra alla fiamma di un lume. I cristallini, dopo avere subito l' azione dell' alcool, venivano ad essere un poco diminuiti di volume a motivo della solubilità di alcuni dei loro principj costituenti.

Abbisognava molto tempo acciocchè la trasparenza del cristallino fosse intorbidata dalla decozione delle noci di galla, che convertiva questo corpo in massa poltacea sudicia. La tintura di noci di galle li comunicava l' aspetto giallo d'ambra; lo rendeva più consistente, e ne diminuiva il suo volume. (1)

Dalle esposte esperienze fatte sul cristallino dell' occhio, io concludo che *il medesimo resultato, cioè la condensazione e l'opacità del cristallino per*

(1) Gli alcali decomponevano pressochè intieramente il cristallino; la dissoluzione di potassa pura lo cambiava tosto in una massa gelatinosa; l' ammoniaca liquida lo scioglieva senza farli menomamente perdere la sua trasparenza.

mezzo della coagulazione della sua albumina, od una cateratta artificiale, potrebbe essere ugualmente ottenuta sul cristallino ancora sempre contenuto nell' occhio, se si potesse per mezzo di adattato istrumento, introdurre con destrezza questi reativi esclusivamente nella sostanza molle di cotesto corpo, in modo tale che essa ne fosse uniformemente penetrata.

È da quest' istrumento che mi sembra naturalmente dipendere presso che tutto il successo dell' intrapresa. Desso deve avere la forma di uno schizzetto; ma uno schizzetto ordinario, comunque poco voluminoso ch' egli fosse, mi sembra poco conveniente, perchè la sua punta ottusa non potrebbe forare la capsula cristallina o potrebbe apportare altra lesione sempre considerabile.

Conseguentemente, io traverso l' asse longitudinale di un piccolo schizzetto con uno stiletto fine ritondato in forma di ago, destinato ad aprire la strada alla cannula dello schizzetto nel cristallino, e ad essere in seguito ritirato; il canale nel quale si trova posto lo stiletto può essere chiuso con una particolare disposizione.

La figura 1 della Tav. VI rappresenta la forma e la disposizione del nominato *schizzetto a stiletto*. Lo stantuffo è intieramente ritirato per far vedere la lunghezza necessaria dello stiletto.

a. b. c. d, è il corpo della pompa dello schizzetto; *e*, *f*, *g*, la cannula ritonda e conica sommamente fine che s' invitia in *e*, *f*.

h. i. k. l., lo stantuffo perfettamente ritirato, come se lo schizzetto fosse pieno di liquido, si vede designato nel suo asse longitudinale un canale cilindrico assai grande per ammettere comodamente lo stiletto mobile, che vi è molto esattamente adattato per non potere eseguire alcun muovimento laterale.

m, chiave vitiata alla parte posteriore dello stantuffo, servendo a chiudere ermeticamente il suo canale, allorchè è stato ritirato lo stiletto.

Ad oggetto di potersi assicurare dello stato del canale dopo che ne è stato ritirato lo stiletto, la

chiave è bucata in direzione tale che se *m n* è parallela all' asse longitudinale dell' istrumento, il canale dello stantuffo è aperto: è chiuso, all'opposto, allorchè il manico della chiave è nella direzione trasversale per rapporto a questo asse.

o piccola vite d' arresto situata dietro la chiave, per fissare lo stiletto nella posizione che gli è stata data. Cotesta vitie, per rendere più comoda la manuvra dell' istrumento, può essere adattata dalla parte della chiave, o meglio ancora ad angolo retto collo stantuffo, acciocchè questi non sia troppo lungo, in modo che se la chiave guarda a destra, la vitie d' arresto è girata in alto.

p. q. r, stiletto mobile che traversa in tutta la sua lunghezza l' angolo longitudinale dell' istrumento; non se ne vede al difuori che la punta *p* e il disco *r*. Il rimanente dello stiletto nascosto nello schizzetto è indicato da una linea punteggiata; si vede traverso al corpo della pompa di vetro, in *q a*.

A rappresenta lo stiletto fuori dello schizzetto. Desso è rotondeggiante in forma d' ago, e termina in avanti con punta conica. Dev' essere assai lungo, acciocchè lo stantuffo essendo ritirato affatto, la sua punta oltrepassi di una linea l'estremità anteriore della cannula, essendo il suo disco applicato contro l' estremità posteriore dello stantuffo.

Il corpo della pompa dev'essere di vetro, perchè questa materia non sia attaccata dai reattivi dei quali ci serviamo, come per assicurarsi della quantità del liquido injettato, quanto della conveniente direzione dello stiletto, allorchè s' introduce, poichè dessa potrebbe essere viziosa se lo stantuffo fosse leggermente deviato dall' asse longitudinale dell' istrumento. Le altre parti dello schizzetto devono essere formate di un metallo poco suscettibile ad essere attaccato dai liquidi che vi s'introducono, come in esempio, l'argento od il platino (la cannula almeno potrebbe essere di questi metalli) e la faccia interna delle sue pareti anteriore e posteriore dev' essere ricoperta di uno strato di cera-lacca. Gli schizzetti di corno, di osso, d' avorio, perdono facilmente la loro forma ci-

lindrica, lo stantuffo allora scorre difficilmente, ed il liquido è respinto indietro.

Per servirsi di quest' istrumento, si riempie dopo averne ritirato lo stiletto, e dopo avere chiuso il canale dello stantuffo per mezzo del rubinetto, acciocchè la cannula essendo immersa nel liquido, possa formare il vuoto davanti allo stantuffo a misura che si ritira; poichè senza tale precauzione la pressione dell' aria esterna non obbligherebbe il liquido a rimontar dalla cannula nel corpo della pompa, che si empie come quello di uno schizzetto comune. Essendo pieno l' istrumento, si tiene elevata la sua cannula, e si spinge lo stantuffo assai avanti per far sortire dall' orifizio l'aria che potrebbe essere sempre nel corpo della pompa.

Non usando questa precauzione, accade che si iniettano nell' occhio delle bolle d' aria, il cristallino si dilata a guisa di vescica, e la sua capsula si rompe. Si procede quindi all' introduzione dello stiletto; a tale effetto si apre il canale dello stantuffo, girando il rubinetto, e mettendo un dito sull' orifizio della cannula, acciocchè non sorta del fluido. Dopo avere presa questa precauzione, s'introduce lo stiletto nel canale dello stantuffo, gli si fa attraversare il liquido e la cannula, fino a che la sua punta oltrepassi di una linea l' orifizio di quest'ultima, e si fissa in cotesta posizione per mezzo della vite d'arresto per impedire l' avanzamento ugualmente che la retrocessione.

Lo schizzetto essendo così ripieno ed armato, si procede all' injezione del cristallino. Se si è costretti di prendere, per quest' oggetto, degli occhi di animali estratti dall' orbita, bisogna collocarli in un ottalmofantoccio (1), o farli tenere da un ajuto, in modo tale da potere seguitare, attraverso la cornea, l' estremità dello schizzetto, ed osservare il resultato dell' injezione nel cristallino. Se si opera sopra occhi di cadaveri umani sempre nell' orbita, un assistente

(1) Vedete in seguito la descrizione di quest' apparecchio.

deve fissare il bulbo dell'occhio colle sue dita, e rialzare contemporaneamente la palpebra superiore, mentre che egli abbassa l' inferiore. Per lo più un' injezione fatta da un lato del cristallino non basta per rendere opaco questo corpo nella sua totalità, e si è costretti di farne una seconda dal lato opposto.

Acciocchè le injezioni penetrino bene il cristallino nel suo asse longitudinale, si fanno, l'una verso l' angolo esterno, l' altra verso l'interno dell' occhio.

In tal modo si traversa la sclerotica, giacchè dessa offre il più corto cammino per arrivare al bordo esterno ed interno di questo corpo, e siccome il corpo vitreo, essendo più denso dell'umor acqueo, è meno soggetto a versarsi in conseguenza di questa punzione, durante i diversi movimenti che si è costretti a fare, e nel tempo che l' occhio è sottoposto ad una leggiera pressione. Penetrando al contrario per via della cornea, l' umor acqueo assai meno denso scolerebbe infallantemente dall' apertura fatta a questa membrana. Introducendo finalmente l'istrumento nell'occhio attraverso la sclerotica, si rischia d'interessare meno facilmente l' iride. Inietando dall' angolo esterno, bisogna procurare d' introdurre l' istrumento in modo da lasciare intatto il punto di elezione raccomandato per le operazioni che devono essere eseguite sugli occhi; si penetra adunque un poco più indietro ed in alto ciò che non si suol fare in queste operazioni, in modo da arrivare sul cristallino dal di fuori al di dentro, un poco di alto in basso, e di dietro in avanti.

Quanto all' introduzione dall'angolo interno, non v' ha nulla di particolare, si può introdurre lo strumento in guisa da fare arrivare lo schizzetto verso il bordo interno del cristallino, sia orizzontalmente, od un poco di alto in basso.

Si deve fare primieramente una punzione attraverso l' inviluppo fibroso dell' occhio, prima d'introdurre lo stiletto, per mezzo di un ago rotondo particolare, assai forte, e del diametro dell'estremità della cannula. Effettivamente la punta dello stiletto essendo troppo fine per potere attraversare la scloratica

senza piegarsi o senza deviare, è soltanto destinata ad aprire la capsula cristallina, senza farle provare stiracchiature nè spostamento. Questa prima punzione essendo fatta sopra uno degl' indicati punti, s' introduce lo schizzetto attraverso il corpo vitreo fino sul cristallino, si fora la sua capsula, e si fa penetrare la cannula alla profondità di circa una linea nella stessa sostanza di cotesto corpo. Con una mano si mantiene lo schizzetto in questa posizione mentre coll' altra si gira la vite per ritirare lo stiletto, e si chiude in seguito il canale dello stantuffo per mezzo del rubinetto.

Si spinge leggermente, come collo schizzetto ordinario, qualche gocciola di liquido nel cristallino, fino a che non incomincia a intorbidarsi. Il grado di pressione che conviene, non può essere conosciuto che dall' esperienza. Se si pigia troppo forte si scostano gli uni dagli altri gli strati del cristallino; la capsula si rompe, ed il liquido si espande sollecitamente, e in troppa abbondanza nell' interno dell' occhio. Quest' inconveniente è tanto più a temersi, poichè anco nelle injezioni le più felici, non può evitarsi che qualche gocciola di liquido non scorra lungo il cristallino, e non si mescoli coll' umore acqueo. Se all' opposto, non si spinge abbastanza sullo stantuffo, il liquido non penetra a sufficienza nel cristallino, e non si ottiene che l'opacità parziale di questo corpo. Accade talvolta che lo schizzetto essendo introdotto nel cristallino, una piccola particella penetra nella cannula, e la chiude, ciò che si conosce dal non vedere sortire punto fluido, o dal vederlo anzi refluire dietro allo stantuffo nell' atto che si pigia. In questo caso bisogna mantenere in posizione lo schizzetto colla mano sinistra, aprire il canale dello stantuffo colla mano diritta, girando il rubinetto, e introdurre lo stiletto in guisa che la sua punta oltrepassi la cannula; dopo di che si ritira e si chiude il canale. La cavità della cannula essendo in tal modo disimpegnata, si continua l' injezione.

Allorchè il cristallino è injettato da una parte, si fa la stessa operazione dal lato opposto.

Per ottenere l' intento facendo queste injezioni, è necessario che lo schizzetto sia stato costrutto con molta esattezza, e che sia conservato in buona condizione; conviene finalmente ungere con olio il turacciolo dello stantuffo ogni volta che si deve mettere in opera.

In conseguenza delle esperienze da me fatte, il *sublimato corrosivo sciolto nell'alcool retificato* è il miglior mezzo per formare le cateratte artificiali. Il percloruro di mercurio è, come ognun sa, il reativo il più sensibile per l'albumina. Mettendolo in contatto con dei cristallini isolati, ho osservato che si combinava intimamente colla loro albumina e che cangiava questi corpi in una massa bianca, solida e dura. Mi diede pure dei resultati i più soddisfacenti, quando me ne serviva per le mie injezioni; imperocchè nell' istante istesso che era messo a contatto col centro del cristallino, lo convertiva rapidamente in una massa bianca e dura.

La soluzione alcaolica di sublimato corrosivo è di gran lunga preferibile all'acquosa, poichè l' alcool solo favorisce di già la coagulazione del cristallino, ed essendo meno denso dell' acqua, penetra più facilmente la sostanza di questo corpo (*). Nelle mie esperienze mi serviva della seguente soluzione:

℞ Percloruro di mercurio . . . . gr: vj.
Fatte sciogliere in alcool solo . . . ℥j.

Durante il mio soggiorno a Berlino, nel decorso inverno, presentai al mio rispettabile maestro, il professore *Graefe*, ed al suo fratello il Dottore *E.* molti occhi preparati secondo il mio processo, e nei quali era perfettamente riuscito a produrre una cateratta artificiale, senza la minima alterazione delle altre parti, e degli umori dell' occhio. Si ve-

(*) La vera causa dei vantaggi che offre la soluzione alcaolica del percloruro di mercurio, dipende dall' essere questo liquido il suo migliore dissolvente, per cui si carica di una proporzione maggiore di questo sale. (*N. del T.*)

deva attraverso la cornea assolutamente trasparente, e attraverso l'umor acqueo, il cristallino opaco e bianco, situato dietro l' iride. Incidendo questi occhi, si trovò il corpo vitreo uniformamente chiaro è trasparente; il cristallino bianco e duro, aveva conservato la sua forma naturale, e mostrava i suoi rapporti ordinarj colla cavità concava incavata nel corpo vitreo.

Io credo adunque avere sciolto il problema propostomi, dimostrando la possibilità di produrre sugli occhi de' morti delle cateratte artificiali, senza cangiare i rapporti naturali del cristallino, senza intorbidare la trasparenza degli altri mezzi dell'occhio, e senza procurare a quest'organo delle lesioni da renderlo inservibile alle differenti operazioni di cateratta.

Del resto io faccio fervidi voti acciocchè altri, meditando sul soggetto che ho esposto, ottenghino dei resultati ancora più soddisfacenti dei miei; mi crederò largamente ricompensato delle mie fatiche, sapendo di essere stato il primo a intraprendere delle esperienze che non ponno che ridondare in vantaggio dell' arte, diffondendo vie più dell'interesse per le operazioni, e agevolando in tal modo i mezzi per fare maggior acquisto di lumi.

NUOVO OTTALMOFANTOCCIO.

Egli è da gran tempo conosciuto quanto è importante che i chirurghi sieno sufficientemente esercitati nella pratica manuale delle operazioni. L' occhio è, senza dubbio, quello fra gli organi, che per la sua delicatezza e per la complicata tessitura di organizzazione delle sue parti, fa più d' ogni altro sentire questa necessità. Molti sono i mezzi stati impiegati per giungere a tale scopo: in esempio i giovani si sono di tempo in tempo esercitati sugli occhi de' cadaveri umani, su quegli di diversi animali; si è finalmente arrivati a fabbricare certi modelli a foggia umana, che si sono chiamati *ottalmofantocci*. Questi ultimi avevano per iscopo principale di far conoscere le difficoltà che s' incontrano operando sul vivo, e particolarmente la mobilità dell' occhio. Ma la massima parte delle macchine di questa specie, immaginate fin ora, erano di un prezzo troppo elevato, e conseguentemente inacquistabili dalla massima parte dei giovani chirurghi. Fu per ovviare a tale inconveniente che il Sig. D. *Alb. Sachs* immaginò il nuovo ottalmofantoccio di cui noi inserimmo la descrizione nel giornale di medicina pratica di *Hufeland*.

Questo ritrovato è composto di tre pezzi principali:

1. *Lo zoccolo* o *piedistallo*; 2. la *testa* o *maschera*; 3. il *porta-occhio*.

1. Lo zoccolo (Tav. VI. fig. 2. A.) è di legno, tornito e colorito di scuro o di nero. Si compone di due parti: del fondo o piano (fig. 2, 1), e del piede (fig. 2. *m*), di cui le lettere *o p* indicano il punto di riunione. La superficie superiore della tavola si trova fissata da due sostegni *ff* che ciascuno di essi riceve un bastone D avente cinque ottavi di pollice di diametro, destinati a sorreggere il porta-occhio. Cotesti bastoni ponno essere mantenuti ad un' elevazione più o meno considerabile, per mezzo di viti di legno *gg*.

Nel centro della faccia inferiore della tavola si trova incollato un disco avente quattro pollici di grossezza, e terminante inferiormente in un bastone cilindrico di un pollice e mezzo di diametro (fig. 2 *z*), girato sul medesimo pezzo di legno. La lunghezza di questo bastone è uguale a tutta l' altezza del piede; questi è incavato nell' interno di un canale e di una cavità propria a ricevere il bastone e il disco, come si vede indicato (*fig.* 2) con delle linee punteggiate.

Una forte vite di legno *n.* è in posta tanto alto quanto è possibile, e serve a fissare a differenti altezze il bastone *z* e per conseguenza tutta la tavola che lo regge. Le dimensioni di questa sono di un pollice di spessezza, sopra la larghezza di nove. L' altezza totale del piede è di sette pollici e tre quarti; il suo più piccolo diametro *q r* di tre pollici e un quarto; il diametro della base è di otto pollici e mezzo; la lunghezza della vite n'è di un pollice e cinque ottavi; il suo diametro è di cinque ottavi di pollice.

L' altezza dei sostegni *ff* (fig. 2) è di due pollici ed un quarto; il diametro della loro faccia superiore di un pollice e cinque sesti; quello della faccia inferiore un pollice e mezzo; le viti *gg* devono essere proporzionatamente forti, e tutta la superficie del bastone da cui esce serve a fissare l' elevazione, e deve essere pulito.

2. La *maschera* (fig. 2. B.) è di ferro fuso, colorito di scuro, e ricoperta di una vernice preparata coll' ambra gialla; essa rappresenta la parte anteriore della testa e del collo di un giovine, restando vuote le orbite. Il segmento longitudinale *a a a* (fig. 2) passa per l' estremità posteriore del terzo medio dell' arcata zigomatica, mentre che il segmento orizzontale *b b b* divide il punto corrispondente all'estremità superiore dello sterno; la sua direzione, per rapporto all' asse verticale della maschera, è tale, che quando si fa riposare sopra un piano orizzontale, il segmento *a a a* forma con questo un angolo acuto di 75. La linea *b b b* presenta una placa forata da due buchi destinati a ricevere ciascuno una forte vite di ferro, che serve a

fissare la maschera sulla tavola. La spessezza di cotesta è di tre linee in tutta la sua estensione, eccettuato intorno delle due aperture palpebrali. L'angolo formato dalla faccia anteriore della palpebra *b b b b* (fig. 3) e la faccia posteriore *a a a a* (fig. 4) dev' essere acuto quanto è possibile, ed il bordo dell'apertura palpebrale sottilissimo acciocchè l'occhio possa liberissimamente eseguire i movimenti che si credono necessarii.

La figura 3 offre la grandezza naturale come pure le dimensioni delle aperture, di cui i contorni devono esattamente imitare nella faccia anteriore, quelli che si osservano sulla figura umana.

La fenditura palpebrale è rappresentata in questa figura tale quale ella è allorchè si scostano le palpebre l' una dall' altra.

La figura 5 rappresenta due lamine d' ottone di grandezza naturale, vedute dalla loro faccia anteriore, che servono a diminuire l' estensione dalla fonditura palpebrale. La loro spessezza è indicata dalle due linee *a* e *b* (fig. 5); la loro lunghezza e larghezza, ugualmente che la curvatura della loro faccia esterna, devono corrispondere alle dimensioni della faccia interna della palpebra *a a a a* (fig. 4). Queste lamine non essendo solidamente fissate nelle aperture palpebrali, che per l' effetto della pressione ch' esse esercitano contro la faccia interna delle palpebre superiore e inferiore, esse devono essere situate in modo da entrare difficilmente, e da applicarsi in seguito esattamente contro tutti i punti di queste aperture. Il mglior modo di costruirle consiste nel prendere due piccole lamine sottili di ottone alle quali si dà una lunghezza, larghezza e curvatura corrispondenti a quelle della faccia interna delle palpebre superiore e inferiore; si saldano l' una coll' altra alla loro estremità, e si terminano successivamente colla lima. Si unisce alla maschera questa specie di telajo per mezzo di un filo di seta rossa, della lunghezza di alcuni pollici, di cui un'estremità è annodata all'angolo esterno della lamina *c* (fig. 5) che è, a tale oggetto, forata da un piccol buco pel quale si passa il filo; l'altra estre-

mità è attaccata ad un piccolo anello di filo di ottone, congiunto alla faccia posteriore della maschera alla distanza di un pollice circa dall'angolo esterno dell' occhio. Si vede in *e* e *d* (fig. 2) questo modo di unione, per l' occhio destro, nel così detto telajo colla maschera; è inutile dire che è lo stesso in ambo le parti.

5°. Il *port' occhio e.* D. (fig. 2) è composto di due parti principali *e* e D. Quella designata da D è un cilindro di legno, avente cinque ottavi di pollici di diametro, sopra sei pollici ed un quarto di lunghezza, e adattandosi esattissimamente nella cavità dei due sostegni *f f*, nei quali può essere fissato per mezzo delle viti *g g*. Presenta in *h h* un incavo obliquo, la di cui direzione è tale, che una linea partendo dal centro dell' apertura palpebrale, e attraversando quello dell'incavo *h h* cadrebbe perpendicolarmente sul piano *a a a*. L' estremità posteriore e quadrata dalla parte *e* (fig. 2) che si vede rappresentata, di grandezza naturale in A (fig. 6) può essere avanzata o ritirata dal cavo *h h* (fig. 2), ed essere fissata a piacere per mezzo della vite di ottone *i*. Il cavo della vite nel quale si mette quest'ultima, se fosse adattata all' estremità superiore del bastone D sarebbe tosto consumato; perciò trovasi forato da una lamina di ottone *k* avente circa tre quarti di linea di spessezza, adattata nel legno, paralellamente alla direzione del cavo *h h*, all'incirca tre ottavi di pollice al di sopra di questi; ma nel rimanente dell' estensione di quest' estremità, la vite traversa un canale cilindrico, e cade, ad angolo retto, sull'estremità posteriore della parte *e* (fig. 2). L' estremità superiore del bastone D è tagliata a ugnatura , ed ancora paralellamente alla direzione del cavo *h h*. La disposizione della parte *e* si vede rappresentata di grandezza naturale (fig. 6). La sua estremità posteriore A passa nel cilindro B, all'estremità anteriore *b* del quale vi sono due giri e mezzo di vite. In questi si applica esattamente l'estremità posteriore di uno spirale di filo di ottone C, la di cui larghezza e forza devono essere esattamente le stesse di quelle indicate nella tavola,

Questo spirale essendo avvolto intorno a *b* si avanza, e forma ancora tre circonvoluzioni libere *c c c*, ed abbraccia allora di nuovo dei giri di spirale che si trovano all'estremità posteriore del piccolo cilindro D, il di cui calibro è assolutamente lo stesso di quello del cilindro B. Questi giri di spirale devono essere assai profondi per ricevere la molla in tutta la sua spessezza. Disponendo la macchina, si vitia la molla a spirale C sopra *b* e sopra D. Dall'estremità anteriore del cilindro D partono quattro sottili lastre di ottone E E E E, che s'incrociano e devono avere la forma e le dimensioni rappresentate nella fig. 6. Il miglior mezzo per ottenere esattamente la curvatura ch'esse devono avere, consiste nell'imitare, nell'estremità di un pezzo di legno cilindrico, la forma ed il volume della metà posteriore di un piccolo occhio di porco esattamente preparato, levato da soggetto adulto. È sopra l'estremità di questo pezzo di legno così disposto, e servendo in certo modo di molla, che s' incurvano le piccole lastre di ottone. Alla lastra superiore E si trova saldato un piccolo pezzo di ottone *e*, che presenta un' apertura leggermente obliqua di alto in basso, e davanti in dietro. Dessa è destinata a ricevere esattissimamente (ed in modo da non permettere alcuna vacillazione) una piccola lamina di acciaro F semiconvessa, a due taglienti, ed appuntata, avente nel suo centro a un dipresso la grossezza di uno spillo, ed aumentando di basso in alto in larghezza e grossezza, in modo ch'essa non possa discendere attraverso la nominata apertura se non che fino al punto indicato nella fig. 6, cioè fino a che la sua estremità inferiore sia prossima a toccare la lastra inferiore E. L' estremità superiore della lamina presenta un bottone perfetto destinato a ricevere un filo di seta, lungo due pollici, che è fissato all' altro suo estremo alla lastra superiore. (Vedi fig. 6). Nella porzione ove questa lastra E si riunisce alle altre, si trova saldato un pezzo di ottone G, che deve avere la grossezza, lunghezza e la curvatura indicate fig. 6; finalmente un cilindro vuoto di ottone H H, la di cui metà sinistra

si suppone innalzata nella fig. 6. Si vede in H H la grossezza del metallo che lo forma e la sua lunghezza; il suo diametro interno dev'essere assai largo acciocchè possa essere avanzato o ritirato sopra B D; ma la porzione D non dev' essere mobile (siccome ciò sarebbe possibile a motivo delle circonvoluzioni libere della molla), quando il cilindro vuoto è inoltrato fino all' estremità anteriore D. Egli è utile per conseguenza di fare subito il cilindro un poco stretto, e di fenderlo in tutta la sua lunghezza -- Tutta la porzione *e* del porta-occhio (fig. 2) è di ottone, ad eccezione della lamina di acciaro.

Il meccanico deve osservare, nel riunire i pezzi principali dell' ottalmofantoccio, che la maschera sia posta sulla tavola in guisa che il bordo anteriore della sua base si trovi allontanato di un buon pollice dal risalto della tavola, acciocchè non ecceda il peso in avanti. Le viti destinate a fissare la maschera sulla tavola devono essere introdotte dalla faccia inferiore di essa in modo da attraversare tutta la grossezza, ed arrivare fino alla base della maschera. I sostegni f f (fig. 2) devono essere fissati dietro le aperture palpebrali della maschera, in modo tale, che il porta-occhio essendo fornito di un occhio, e messo nel suo sostegno, l'operatore postosi di faccia alla maschera possa vedere direttamente al fondo di quest' organo.

Non bisogna fissare i sostegni troppo in fuori nè soverchiamente in dentro, ad oggetto di non dare all' occhio una cattiva direzione. Bisogna nel tempo stesso che non siano lontani dalla maschera che ad una conveniente distanza, poichè volendo rappresentare un occhio esattamente, come noi l' indicheremo fra non molto, l' estremità posteriore della parte *e* sortendo dal cavo *h h* (fig. 2) non abbia più che qualche linea di lunghezza.

Volendosi esercitare sull' ottalmofantoccio, si mette una tavola solida vicino ad una finestra, e sopra di essa si situa l' apparecchio in modo tale che la luce cada obliquamente passando sul naso fino all' occhio sul quale si vuole operare. In seguito si preparano gli occhi (si prendono dai majali che sieno

stati ammazzati nella stessa giornata, o tutto al più il giorno anteriore, ma che non sieno per anco scottati); a tale effetto si leva colle cisoie tutto il grasso che li circonda, si toglie il nervo ottico al livello dalla sclerotica, e si rastia la congiuntiva che ricuopre la cornea col cucchiajo di *Daviel*, ciò fatto si rende la sua levigatezza a quest' ultima membrana passandovi sopra il dito bagnato.

Per fissare l'occhio nella maschera, bisogna mettersi dietro l' apparecchio, s' introduce il bastone D (fig. 2) nel sostegno che è dietro l'occhio sul quale si vuole operare, e si gira in dentro fino a che non si vede direttamente nel cerchio formato dalle lastre E E E E (fig. 6). Si assicura in questa posizione girando la vite *g*; si fissa ugualmente la parte un poco retratta *e* nell' incavo *h h* per mezzo della vite *i*. La lama F (fig. 6) è ritirata nella sua guaina *e*, ed è sospesa dal suo filo. Il cilindro vuoto H H è assolutamente spinto in avanti, in modo tale che la molla C sia immobile. Essendo tutto così disposto si prende l' occhio col pollice e indice della mano sinistra; s' introduce nella corona o semicerchio E E E E, in guisa tale che la cornea sia direttamente in avanti, cioè che l' asse longitudinale del cilindro B o D si trovi in una linea retta; prendendo allora coll' altra mano il bottone della lama F, s' infila attraverso la sua guaina *e* nell'occhio, tanto profondamente quanto lo permettono la larghezza e spessezza di questa specie di stiletto. L' organo essendo così assicurato nel porta-occhio, uno si regola a seconda di quello si vuole rappresentare fra i sette diversi stati dell' occhio, che possono essere con quest' apparecchio, simulati.

Col suo mezzo, si può effettivamente imitare:

A, lo stato nel quale un occhio è immobile,
B, quello nel quale è mobile o sensibilissimo,
C, il giro o rivolgimento di quest'organo nell'orbita,
D, il movimento nel quale si porta in dentro,
E, un occhio prominente.
F, un occhio situato profondamente, e
G, un occhio la di cui fenditura palpebrale è stretta.

Questi diversi stati ponno essere combinati direttamente fra loro a volontà ; si può pure rappresentare un occhio infossato ad apertura palpebrale stretta, un occhio mobile e girante , o fuggente indentro ec.

A. Per operare, essendo l'occhio nella sua posizione naturale, si apre la vite *g* (fig. 2), si gira il sostegno D indentro , acciocchè l' occhio corrisponda dietro l' apertura oculare, senza ch' egli urti contro le prominenze della faccia interna della maschera; si apre pure la vite *i* (ciò che diventa necessario in seguito , per dare l' opportuna direzione all'occhio), e si tira indietro la parte *e*. Mettendosi quindi di faccia alla maschera, si rialza in modo tale che dopo essersi messo nella posizione conveniente per operare sugli occhi (le gambe un poco divaricate , e l' alto del corpo alquanto inclinato in avanti) si possa vedere nell' occhio di alto in basso, e d'avanti in dietro, ciò che si ottiene aprendo la vite *n* (fig. 2) ; fissando il piedistallo *m* colla mano destra, valendosi della sinistra per alzare la tavola *i*, e formando successivamente la vite *n* colla mano destra. Si spinge allora l' estremità posteriore della parte *e* (colla mano sinistra) fino a che l'occhio non sia nella sua posizione normale, nella quale si assicura per mezzo della vite *i*. Siccome in questa manovra l'occhio s'innalza, per la direzione obliqua dell' incavo *h h* , è utile, allorchè s' incomincia a introdurre il bastone , di mettere l' occhio un poco più basso dell' apertura oculare; essendo questi così fissato, si procede all' operazione. Per levarlo quando non è più servibile, si apre la vite *i* e *g*, si ritira *e*, si gira D indentro, facendolo muovere sul suo asse, e levando la lama dalla sua guaina, l' occhio cade da sè stesso.

B. Per rappresentare un occhio sensibilissimo e mobile al più piccolo contatto , si mette nella direzione A da noi indicata, ma si ritira in seguito il cilindro vuoto H H (fig. 6), servendosi di due dita della mano destra, per accordare della mobilità alle tre circonvoluzioni libere della molla , oppure non si scioglie che la prima o le due prime delle dette

circonvoluzioni, secondo che si vuole rappresentare un occhio più o meno mobile. Allorchè tutte e tre le circonvoluzioni sono sciolte, è necessario avere un istrumento ben affilato e la mano ferma e leggiera per adempire allo scopo dell'operazione; poichè se il coltello o l' ago sono ottusi, e che non sieno introdotti prontamente e con risolutezza, si pigia l' occhio qua e là, senza potervi fare alcuna incisione adattata e regolare, particolarmente volendo eseguire le operazioni della cateratta,

Per mezzo di quest' esercizio si acquista particolarmente la facoltà d' incidere bene; di operare con leggerezza, imperocchè ogni movimento violento dell' istrumento eseguito da mano troppo grave o inflessibile, e se sia tenuto con troppa forza, si riconosce da un movimento corrispondente dell' occhio. Allorquando poi si levano gli avanzi dell' occhio che ha servito per l' esposto esercizio, non bisogna dimenticare, nel ritirare la lama, che è talvolta fortemente impegnata, di tenere con una mano le due lamine medie E E (fig. 6), ad oggetto di non forzare la molla. Per la stessa ragione bisogna pure rendere questa immobile prima dell' introduzione di un altr' occhio, e non bisogna dimenticare di comprimerla un poco d' avanti in dietro, mettendo l'indice della mano sinistra sul punto di riunione delle lamine E E E E in modo che la mano destra faccia scorrere il cilindro vuoto in avanti.

C. Allorchè vogliousi imitare i movimenti di un occhio mobile, è indispensabile un ajuto. Essendo resa libera la molla, l' ajuto posto dietro o lateralmente alla maschera appoggia leggermente il dito indicatore sull'estremità della piccola leva G, senza per altro esercitarvi una forte pressione, ad oggetto di non distendere la molla in basso od in avanti; per mezzo del dito descrive allora dei parziali movimenti circolari, o completi, che vengono secondati dal globo dell'occhio, e che rassomigliano moltissimo ai moti di rotazione dell' occhio naturale.

D. Per rappresentare il movimento per il quale un occhio si porta indentro, l' assistente deve ap-

poggiare l' estremità del dito sul lato esterno della leva G, e comprimendo in questa direzione, fa girare l' occhio indentro.

E ed F. Relativamente al modo di mostrare un occhio prominente od infossato, dipende dall'avanzare la parte *e* (fig. 2), nell'incavo *h h* più o meno ciò che si farebbe per la posizione normale dell' occhio. È soltanto necessario fare attenzione, che se l'occhio prominente deve essere contemporaneamente mobile, non si deve spingere il bulbo troppo in avanti, per evitare che non resti eccessivamente serrato nell'apertura oculare.

G. Si vogliono finalmente rappresentare delle palpebre poco aperte, si ritira il porta-occhio dal suo sostegno, si prende allora la parte destinata a ristringere, sospesa dal suo filo, e si fa entrare di dietro in avanti nell' apertura oculare, avendo sempre riguardo di mettere l' angolo circondato dal filo in comunicazione coll' angolo esterno dell' occhio. Dopo avere fissata l' apertura, in seguito si dirige l'occhio come è stato indicato in A.

Gli occhi e gl'istrumenti ponno essere messi sulla tavola *l* (fig. 2); la loro caduta è impedita dal bordo che la circonda.

Ogni volta che ci siamo serviti dell'ottalmofantoccio, è necessario ripulirlo ed asciugare particolarmente la parte *c*, affine di evitare l' ossidazione.

Io devo far osservare che esercitandosi sull'ottalmofantoccio, l'operatore deve appoggiare sulla maschera la mano che non agisce cogli strumenti, come se volesse fissare la palpebra inferiore coll' indice, e impedire all' occhio di muoversi, servendosi del dito medio, e sostenendo il capo mettendo il pollice sotto il mento, e le quattro altre dita di faccia.

Le maschere pesano circa sette libbre. In luogo di dare loro una posizione verticale, le inclino un poco in dietro per imitare quella della testa allorchè si opera sul vivo. L' apertura palpebrale ha dovuto essere più grande che non lo è realmente nell'uomo, quando le due palpebre sono divaricate, perchè il bulbo e particolarmente la cornea dell' occhio del ma-

jale sono un poco più grandi di quelli della specie umana; ma io ho fatto fare queste aperture, sotto certe proporzioni, piuttosto più piccole di quello che soverchiamente grandi, ad oggetto di rendere le operazioni sulla maschera più difficili che di troppo facili. La circonferenza dell' apertura permette d' imparare ad operare su degli occhi di apertura palpebrale stretta, disposizione che s'incontra assai di spesso, e che rende le operazioni più difficili.

Il mezzo che ho adottato per fissare il globo dell' occhio è il più semplice; ho dato alla lama di acciaro una direzione obliqua d' avanti in dietro, acciocchè la sua punta si opponga più solidamente agli spostamenti del globo dell' occhio in avanti, ed affinchè nelle operazioni ove trattasi di rovesciare e di mettere in pezzi il cristallino, l'istrumento non l'incontri giammai.

Il principale mio scopo è che l' apparecchio di cui ho data la descrizione, possa contribuire a formare dei buoni medici-oculisti, diffondendo e destando particolarmente il genio e l'interesse per le operazioni che si eseguiscono sugli occhi, che fino ad ora sono state di troppo neglette.

DESCRIZIONE DELLE FIGURE.

Tavola prima. *Figura* **1**. Questa figura rappresenta due differenti malattie, di cui fu affetto l' occhio sinistro di un campagnolo, di circa settant'anni. Da un lato si vede un *ectropio* molto esteso della palpebra inferiore, malattia la di cui guarigione è si difficile ad ottenersi nelle persone attempate; l'altra malattìa è la *pinguecola*.

Figura **2**. Dessa offre l' aspetto dell' occhio di una donna moglie di un maniscalco, di anni cinquanta, sulla quale sei mesi prima aveva eseguita l' estrazione della cateratta col più gran successo; si vede per conseguenza una cicatrice semilunare, occupante la metà inferiore della circonferenza della cornea, e dimostrante le tracce dell'incisione fatta a questa membrana.

Nella palpebra superiore si osservano due piccole vescichette, situate l' una accanto all' altra (*flittene* o *idatidi* delle palpebre), che hanno l'aspetto biancastro, semitrasparente, e generalmente si sviluppano nei soggetti attempati.

Figura 3. Questa figura mostra l' aspetto dell'occhio di una giovine ragazza di anni ventisei, d'altronde ben portante. Alla faccia interna della palpebra superiore vi si osserva un' escrescenza carnosa assai considerabile, che ricuopre quasi tutta la pupilla. Tosto che cotesta vegetazione fu estirpata colle forbici, e che ne fu cauterizzata la piaga colla pietra infernale, la malattia non ricomparve.

Figura 4. La quarta figura ci presenta l' immagine dell' *encantide* benigno fino allora, nell' occhio destro di una donna di anni trenta. È particolarmente, come si vede la membrana semi-lunare, aumentata di volume per effetto della malattia; ciò che ha di rimarcabile si è un prolungamento in forma di coda, che si estende fino all' angolo esterno. Mi sono ingegnato di renderlo visibile quanto mi è stato possibile, deprimendo la palpebra inferiore. I punti lagrimali comparivano talmente compressi e ricoperti da questo tumore, che l'occhio era costantemente lagrimoso, ed alla più piccola causa le lagrime colavano sulle guance, e rendevano il bulbo dell'occhio sensibilissimo alla luce.

Figura 5. *Panno* di natura reumatico scrofolosa, in una giovine di circa trent' anni, che n' era affetta da lunghissimo tempo. Fino al presente la malattia ha stancati gli sforzi di molti medici-oculisti: malgrado l' uso de' rimedj i più comendati, non ho potuto ottenere se non che una diminuzione dei sintomi, ma giammai la totale cessazione dell' affezione.

Figura 6. Questa figura appartiene a *Beer*. Dessa è l' immagine del *terigio-grasso*, sviluppato sull'occhio sinistro di un giornaliero di sessantanove anni. Questa malattia si distingue molto bene dal panno,

e presenta una biforcazione chiarissima del terigio in due punti; disposizione che s' incontra raramente.

Figura 7. Essa rappresenta l' occhio sommamente irritabile della moglie di un sarto, di anni ventisette, sul quale io feci, non ha molto, lo sminuzzamento della cateratta, nel centro soltanto del cristallino. Si vede distintamente l'effetto dei progressi dell' assorbimento; non vi rimane visibile se non che la circonferenza della cateratta, essendo il centro della pupilla perfettamente nero, talchè resulta che la donna in discorso può distinguere i più piccoli oggetti senza il soccorso delle lenti. I frammenti di cateratta ch' io ho fatti penetrare nella camera anteriore dell' occhio, erano di già assorbiti tredici giorni dopo l' operazione. Dacchè ho disegnato quest' occhio, la cateratta è ugualmente assorbita nella sua circonferenza, e non vi resta che un cerchio leggermente nebbioso e molto stretto.

Figura 8. Questo caso è molto straordinario: appartiene ad un vecchio paesano, nel quale l' iride fu quasi intieramente strappata dall'occhio, come l'ho rapportato nel testo. Il punto corrispondente alla ferita non è indicato che da una leggiera cicatrice della cornea. In tutta l' estensione, un tempo occupata dall'iride, si osserva ora una tinta nera, non essendo la trasparenza del cristallino punto alterata.

Tavola seconda. *Figura* 1. Sulla cornea di cotest' occhio sono visibili due *cicatrici*, di cui la più piccola *a* è assolutamente semplice, la più grande *b* avendo un circuito nebuloso, che si estende particolarmente verso la pupilla, ed in questo caso impedisce la vista più della cicatrice stessa. Siccome le dette opacità nebulose sono suscettibili di essere guarite, mentre le cicatrici sono costantemente incurabili ' non è difficile scorgere fino a qual punto si può sperare di ristabilire la vista. (*Beer.*)

Figura 2. *e* 3. Esse presentano l' aspetto della

malattia conosciuta sotto il nome di *propulsione conica della cornea*, o della *cornea conica*. Si vede sull' una e l' altra figura che la sommità del cono formato dalla cornea corrisponde al centro di questa membrana, come ciò accade quasi costantemente. La seconda figura, levata da *Wardrop*, mostra la malattia ad un grado molto inoltrato. La terza offre una propulsione conica della cornea molto considerabile, e tale da incontrarla raramente. Nel rimanente si riconosce essere questa membrana perfettamente trasparente (*Demours*).

Figura 4. Questa figura offre l' occhio di un uomo di anni ottantatrè, di buonissima salute fino allora, e rappresenta una *cateratta lenticolare* completa, semplice, molto dura, la quale ha impiegato quindici mesi a svilupparsi. Il cristallino in questo caso ha preso un colore uniforme, grigiastro, tirante un poco al verde-giallo; esso mostrasi ancora lontano dall' iride, e ciò perchè si osserva dietro l' orlo del bordo pupillare di questa membrana un'ombra distinta ch'essa rappresenta sul cristallino che è allora divenuto visibile. Egli è più che presumibile all'aspetto di quest' occhio, che l'opacità ha la sua sede nel cristallino.

L'iride quantunque divenuta torpida, è nonostante mobile;il suo colore, che era precedentemente di un grigio turchiniccio, ha preso a poco a poco la tinta che si vede qui rappresentata. Nel tempo si osserva un cerchio oscuro al di dentro del bordo pupillare dell'iride, cerchio che non si vede allorquando la pupilla, nera nello stato normale, si presenta più chiara all' osservatore, per causa delle opacità che esistono nella camera posteriore dell' occhio ed ancora più profondamente.

Del rimanente il malato di cui io ho disegnato l' occhio esattamente quanto mi è stato possibile, aveva la sensazione ben distinta della luce, ma non poteva riconoscere alcun oggetto la sera con questo organo la di cui pupilla era nonostante dilatata.

Figura 5. Questa figura rappresenta (per quanto è possibile imitare la natura), una *cat ratta semplice di Morgagni*, cioè nella quale nè il cristallino nè la cassula anteriore di questo corpo non sono la sede dell'opacità. In cotesto caso si osserva nella pupilla dell'opacità grigio-turchiniccia che è formata dall' umore del *Morgagni* coagulato. La parte più voluminosa e più densa di quest' umore concreto si approfonda allorquando la testa del malato resta in riposo per molto tempo, talchè si osserva costantemente al di sopra di questo strato più denso un altro più leggiero, che il Professor *Beer*, dopo che io ho copiata questa figura, si è ingegnato pur esso di rappresentarla. Allorchè il cristallino o la sua cassula hanno perduto la loro trasparenza, non si riscontrano altrimenti i segni da noi indicati. Del resto l'iride non rappresenta alcun'ombra; ma il cerchio oscuro del bordo pupillare di cotesta membrana è visibile.

Figura 6. In questa figura, ch' io ho tracciata da un occhio voluminosissimo di un uomo di anni sessantadue, si conosce senza difficoltà una *cateratta capsulo-lenticolare.* Si vede chiaramente la cassula anteriore rappresentante quattro branche lucenti come il bianco di balena, circoscritte da una croce grigia; si vede in questo luogo, a traverso la capsula cristallina ancora diafana, il cristallino di colore grigio-pallido, ugualmente opaco. La cateratta è talmente voluminosa, che non solo non si osserva la menoma ombra rappresentata dall'iride sulla cateratta, ma anzi spinge questa membrana un poco in avanti e la rende convessa. Non è punto necessario il dire che la camera posteriore dell'occhio è in questo caso totalmente distrutta, che il cerchio oscuro che è al di dentro del bordo libero dell' iride debba essere sempre visibilissimo, e questa membrana immobile.

È inoltre degno di rimarco che, in questo caso, l' offuscamento della capsula ha proceduto di dietro in avanti, mentre che i progressi dell'opacità si fanno ordinariamente in una direzione opposta nelle persone attempate.

Figura 7. Dessa offre una *cateratta capsulo-lenticolare siliquosa secca*, sopra di un bambino, e designata al naturale dal professore *Beer*. Si vede facilmente la capsula cristallina indurita, la quale in questo caso, deve essere situata molto lontana e dietro la pupilla, poichè l'iride rappresenta un'ombra larghissima sulla cateratta, così il cerchio oscuro che è nell' interno della piccola apertura di questa membrana è desso pure poco visibile.

Figura 8. Questa figura rappresenta una *cateratta glaucomatosa*, il di cui sviluppo non fu assolutamente preceduto da infiammazione artritica, e sopravvenne ad un *glaucoma*. Il malato affetto da cotesta cateratta era una donna grassissima, di anni quarantotto, la quale all' età critica fu attaccata da artritide generale sommamente violenta. La cateratta presenta in questo caso il colore verde di mare, da cui ha preso il nome di *cateratta viridis*, quantunque nonostante manchi di spesso: così pure l'ultima denominazione li conviene tanto meno, in quanto che vi sono delle cateratte lenticolari il di cui colore propende al verdastro, e che non hanno d'altronde alcuna analogìa colla cateratta glaucomatosa.

Nel caso qui disegnato, il cristallino ha molto aumentato di volume, è ancora ritenuto dalla sua capsula, e sporge al di sopra della porzione inferiore del bordo pupillare dell'iride, ciò che a primo aspetto potrebbe far credere che la parte superiore del bordo suddetto è rovesciato indietro. Del resto non è possibile non ravvisare cotesta specie di cateratta, all'aspetto della pupilla che ha molta analogìa con quella degli animali ruminanti, per rapporto al bordo turchiniccio appena percettibile che si osserva intorno alla cornea, per il colore sudicio della sclerotica, e per la reticella di vasi sanguigni varicosi, disseminati nella congiuntiva oculare (*Beer*).

È soprattutto utile ed interessante di paragonare insieme tutte queste specie di carattere che noi abbiamo rappresentate.

Figura 9. Allorquando nel 1817 io feci il viaggio da Roma ad Ancona, ebbi l'occasione, in una casa di pensione non molto lungi dalla *Santa Casa* del Loretto, di disegnare quest'*occhio idropico* sopra una donna di anni quarantadue. A colpo d'occhio si vede essere in eccesso l'umore acqueo; nulla di meno il corpo vitreo sembra essere leggermente affetto; poichè l'iride è di già nerastra ed un poco pigiata in avanti. Tutto il globo dell'occhio era chiaramente allungato, e non eseguiva i suoi movimenti se non che con difficoltà, od almeno con molta meno facilità di quello opposto, che era perfettamente sano.

La pupilla non era molto più grande di quello che nello stato naturale; ma dessa era assolutamente immobile; la scleratica era turchiniccia all'interno della cornea, ma nel rimanente aveva acquistato un colore alquanto livido. Non si vedevano che pochi vasi varicosi alla faccia esterna del bulbo oculare. La cornea era chiara e trasparente, e l'occhio offriva, nel tutt'insieme, un aspetto vitreo particolare, che suole essere costante nell'idroftalmia. La vista era debolissima, ed i bordi delle palpebre erano costantemente umidi e viscosi. Il malato, che era di temperamento collerico, mi raccontò ch'egli aveva ricevuto, una volta, un colpo di pugno su quest'occhio, e che per molto tempo era rimasto rosso e doloroso; che dopo tale accidente esso aveva la vista debolissima, e li sembrava di vedere sempre delle mosche volanti. L'idropisìa di quest'organo si era sviluppata a poco a poco.

Figura 10. Quest'occhio scuro è affetto da iridite semplice nel suo primo periodo. La pupilla che è ancora rotonda, ma sensibilmente ristretta, non ha più quel nero vivo, come nello stato normale, ma essa presenta anzi un nero pallido e sudicio, particolarmente se esaminata colla lente; contemporaneamente il bordo pupillare dell'iride non è più distinto. Si osserva in oltre l'alterazione del colore di questa membrana prodotta dall'infiammazione, al-

terazione che incomincia particolarmente verso il suo piccolo cerchio; egli è pure impossibile non ravvisare la sua propulsione verso la cornea.

Questa figura diventa molto più interessante se si paragona colla *fig.* 7 della *tav.* III, rappresentante l' ottalmìa interna semplice, che trae la sua origine dalle parti profonde del bulbo oculare. (*Beer*)

Tavola terza. *Figura* 1. Questa figura rappresenta l'aspetto di un occhio affetto da iridite semplice nel suo secondo periodo; si vedono chiaramente due ascessi formati nell' iride. Uno di essi è di già aperto, ed ha versato nella camera anteriore il pus che conteneva, da cui è resultato un vero ipopio. Il pus situato nel fondo di questa camera secondava i movimenti del capo od i lembi dell' ascesso aperto, ancora attaccati all' iride, fluttuanti nell' umore acqueo. L' altro ascesso, ancora intiero, si aprì poco tempo dopo che *Beer* ebbe designato quest' occhio. Del resto l' iride, che prima era turchina, divenne verdacchia e tumefatta intorno alla pupilla, che era pur essa ristretta,angolare, ed offuscata da della linfa coagulata; il bordo pupillare sembrava infundiboliforme, e rientrato in dentro verso la capsula anteriore del cristallino.

Figura 2. Quest' *occhio di gatto amauratico* è stato disegnato da *Beer*, levato al naturale da una donna di anni quarantadue, che era perfettamente cieca. L' iride, come si vede, era pallidissima, la pupilla dilatata, e nel fondo dell' occhio si vedeva la superficie posteriore concava del globo dell' occhio, che è colorita di rosso.

In cotesta figura non si è potuto dare il lucido che lo ha fatto chiamare *occhio di gatto*, e che non si osserva nell' occhio se non quando si mette all'ombra ed in alcune particolari situazioni.

Figura 3. Senza difficoltà si riconoscerà l' immagine dell' *amaurosi artritica* completa, che questa pure disegnata da *Beer* è tratta dal naturale. Si

vede distintamente nella gran pupilla ovale, simile a quella dei ruminanti, l' opacità nero-verdacchia del corpo vitreo che è affetto; si conosce pure l' alterazione che ha sofferto il colore dell' iride, ed i vasi varicosi della sclerotica. Dopo un tempo più o meno lungo, a questa amaurosi si aggiunge spesso la cateratta glaucomatosa, e finalmente l'atrofia del bulbo, epoca alla quale l' artritide cessa di manifestare i suoi effetti in quest' organo.

Figura 4. Dessa rappresenta un *fungo ematode della retina.* Il malato fu curato da *Astley Cooper*; Ma questo Chirurgo non fece alcun tentativo per ottenere la guarigione, perchè la malattia era di già troppo inoltrata, aveva cioè acquistato il grado di sviluppo che si vede disegnato. Il tumore sporgente fuori dell' orbita era biancastro, diseguale, ma liscio, e fu attaccato da sfacelo prima della morte del malato.

Questa figura mostra contemporaneamente fino a qual punto i ganglj linfatici ponno (in cotesta affezione) acquistare un volume straordinario. Il tumore che è stato rappresentato in questa figura era in suppurazione alla sua superficie. (Ved. *Wardrop, osservazioni sul fungo ematode*).

Figura 5. Questa figura offre un occhio aperto affetto da *fungo ematode della retina.* Cotesta degenerazione che comparve nel piccolo malato, e dal quale ne fu tratto il disegno sì spaventoso del fungo ematode incipiente, non appartiene all' occhio destro come è qui rappresentato, ma al sinistro, essendo il bambino dell' età di mesi nove. L'ultimo occhio non era infiammato, ma ricco in vasi, ed il suo volume era alquanto aumentato. L'iride particolarmente era abbondante di vasi sanguigni e la pupilla dilatatissima ed immobile. La retina si presentava nel fondo dell' occhio quasi come una placca d' argento concava. L' occhio era cieco, ma indolente, ed il malato d'altronde ben portante. All' età di quindici mesi l' affezione si propagò all' occhio de-

stro (di cui ne è rappresentata la degenerazione), e presentò dei fenomeni simili, L' occhio sinistro, in poco tempo, subì un' alterazione più considerabile. Il cristallino fu spostato e diventò opaco, e discese alla parte inferiore del corpo vitreo.

Circa tre mesi prima della morte del malato quest' occhio, che da qualche tempo era sensibile, aumentò rapidamente di volume, ed incominciò a farsi prominente fra le palpebre, sotto l'aspetto di una maschera, che acquistò in fine il volume di una grossa mela. Quindici giorni circa prima del suo decesso, il malato cadde nello stato di sonnolenza, nel qual tempo mandava talvolta delle grida. Era sovente attaccato da convulsioni e cessò di vivere in uno dei nominati accessi. Si esaminò l' occhio destro qualche tempo avanti della morte, e si osservò che ciò che nella regione della retina aveva precedentemente l' aspetto di una placca di metallo concava, si era avanzato, e sembrava riempire tutto lo spazio al di dietro dell'iride. Questo corpo toccava la detta membrana, e l'occhio aveva l' aspetto simile a quello di una cateratta bianca con pupilla dilatata; ma quest' aspetto era illusorio, poichè il corpo estraneo occupava soltanto il posto del corpo vitreo; il cristallino era nella sua posizione naturale, e conservava la sua trasparenza.

Allorchè dopo la morte del malato si incise il tumore dell' occhio sinistro, si vide che consisteva in una massa dura, fibro-vascolare, nella quale non si poteva più riconoscere l' organizzazione primitiva delle parti. Quando si aprì il cranio, si riscontrò che l' affezione si estendeva lungo il corso del nervo ottico sinistro fino al *ganglio*, che era perfettamente convertito in un tumore sanguigno, e che a cagione della sua somma mollezza non potè essere esaminato. Il nervo ottico destro era sano da tutte le parti del ganglio. I ventricoli del cervello erano molto dilatati e ripieni di sierosità.

L' occhio destro, in cui è rappresentato il taglio presenta in *a* il nervo ottico; *bb* la massa morbosa, prodotta dalla degenerazione della retina; cc la scle-

roti a;finalmente *dd* la coroide. (Ved: *Saunders*, l. c, pag. 145, e *Wardrop, osservaz. sul fungo ematode della retina.*

Figura **6.** Cotesta figura disegnata da *Beer* rappresenta un' ottalmìa esterna semplice, sommamente violenta (*chemosis*), verso il fine del primo periodo, epoca nella quale non è facile impedire la suppurazione. La congiuntiva oculare è sollevata uniformemente a guisa di cercine in tutta la circonferenza della cornea; ma il globo dell' occhio non è aumentato di volume (circostanza, mediante la quale questa figura differisce dall' ottalmite generale , fig: 2, tav: IV.). La cornea è di già di colore grigio rossastro, opaco in tutta la sua estensione, e non si vede più traccia d' iride nè di pupilla.

Figura **7.** Considerando attentamente quest'occhio si può vedere che l' iride che era una volta di color grigio-turchiniccio, è adesso verdacchia, ed un poco tumefatta attorno al suo centro; e, se si valuta la disposizione del bordo pupillare di questa membrana, che è rientrata verso il centro a guisa d' imbuto, e l' occlusione della pupilla, si deve tosto sospettare l'esistenza di una violenta infiammazione nell'interno dell'occhio; se si tiene conto ancora dei segni sobiettivi, e se si ha riguardo al colore leggiermente roseo della sclerotica , non rimane dubbio sull' esistenza di un' *ottalmìa semplice, incominciata nelle parti le più interne del globo dell' occhio.* Questa figura è copiata dal disegno originale di *Beer.*

Figura **8.** *Lo stafiloma sferico generale della cornea,* non può essere equivocato in cotesta figura. È stato osservato in un giovane di anni venticinque, e si era sviluppato in seguito di ottalmìa consecutiva ad una lesione dell' occhio , accaduta due anni prima per mezzo di strumento pungente bene affilato. La cornea forma un tumore assolutamente sferico , fornito di qualche vaso di coloro biancastro, opaco, che verso la sua sommità, acquista una tinta grigia di perla turchiniccia.

La sclerotica è bianca come al naturale, ma manca della sua ordinaria lucentezza. Le palpebre sono un poco infiammate. (*Wardrop*)

Figura **9.** Io ho tratto cotesto *stafiloma parziale della cornea* da una giovine di sedici anni, ben portante sotto ogni altro rapporto. Quest'affezione venne in sequela di ottalmia vajolosa, che la malata ebbe circa dieci anni prima, secondo la relazione fatta da sua madre. Lo stafiloma occupa in questo caso tutta la metà inferiore della cornea; il suo aspetto è bianco-turchiniccio, lucente, disuguale, e presenta una prominenza assai considerabile. La metà superiore della cornea è perfettamente trasparente; si vede pure distintamente l' iride, che è di color grigio-turchino cupo, e quasi in contatto colla cornea. Si distingue ancora appena la terza parte della pupilla, che è per metà obliterata.

Tavola **IV.** *Figura* **1.** Questa figura presenta l' immagine di un *chiodo* (*clavus*) osservato in una giovine ragazza di anni ventitrè, e disegnato dall'originale dal Professore *Beer*. La malata portava da più di sette anni il suddetto *chiodo*, il quale, in origine, era più prominente e più colorito. Desso si era insensibilmente ricoperto di una membrana poco trasparente, e di consistenza tale, che quando si volle distruggere la malattia, i caustici più attivi non spiegavano la più piccola azione, talchè convenne reciderlo alla sua base.

Figura **2.** Rappresenta un' *ottalmia generale semplice*, nel secondo periodo, che si distingue chiaramente dalla *chemosi* (fig: **6**, Tav: **III.**) pel turgore considerabile di tutto il bulbo oculare. L' aumento del volume del globo dell'occhio, e l'ingrossamento della congiuntiva oculare, che è di colore rosso-vermiglio, e forma un cercine all'intorno della cornea, hanno di già spinto in dietro la palpebra superiore,che è ugualmente infiammata, ed hanno rovesciato in fuori la superiore. La cornea presenta di già

una specie d' ascesso rammollito nel suo centro , che protuade fuori della cavità formata dal cerchio della congiuntiva, e minaccia rompersi.

Figura 3. L'occhio degno di osservazione che è rappresentato da questa figura, riunisce *l' atrofia del bulbo , lo scirro della palpebra*, e *l' anchilo-blefaro parziale;* desso appartiene ad un vecchio di anni ottantadue affetto da artritide da più di quarant' anni. Dopo ott'anni, l'artritide (come lo osserva lo stesso malato) si presentò in principio nell'occhio destro, ove faceva risentire dei forti stiracchiamenti , particolarmente nella regione sopra-orbitale; la faccia esterna dell'occhio e delle palpebre erano costantemente rosse. Cotest' affezione essendo stata affatto negletta, ne nacque un' infiammazione ; la vista diminuì, l'infiammazione ed i dolori andavano talvolta soggetti a delle intermissioni particolarmente nell' estate ; ricomparivano col freddo o coll' umidità. Grado grado la vista si perdè viepiù; l' occhio diminuì di volume, si ritirò gradatamente nel fondo dell'orbita; nel tempo stesso le palpebre si affondavano di più. L'occhio era bagnato dalle lagrime, e le glandole di *Meibomio* separavano della mucosità tale da incollare nella notte le palpebre l' una coll'altra. Tale circostanza, aggiunta all'altra cioè che i bordi delle palpebre erano continuamente infiammati , spesse volte escoriati mentre il malato teneva il suo occhio scrupolosamente fasciato con pannolino, e trascurava ogni mezzo di proprietà, ne compariva l'aderenza dei bordi delle palpebre verso l' angolo esterno, per l'estensione che si vede quì chiaramente rappresentata. Si sentivano fino dal principio degl' indurimenti verso il bordo della palpebra superiore , ed in seguito più lontano; vi si osservavano tre tumori indolenti, aventi il colore della pelle. Le ciglia furono distrutte dall'infiammazione cronica, nè si riprodussero altrimenti in ambo le palpebre. Attualmente quasi tutta la palpebra superiore è nello stato d' indurimento, ed i tre tumori, allorchè si toccano , fanno risentire al malato dei dolori pungenti e cuocenti al massimo grado, e cogli altri

segni annunziano il principio di una degenerazione carcinomatosa. Il bulbo appena conserva il terzo del suo volume naturale, presenta un rosso sudicio, e la cornea indurita ha l' aspetto turchiniccio, ma nulladimeno fa supporre l' iride dietro di essa. Allorchè designai quest' occhio la fenditura palpebrale era di già perfettamente chiusa ; è per questa ragione che mi convenne abbassare la palpebra inferiore ad oggetto di far vedere la porzione del bulbo da me delineato.

Figura 4, *e* 5. Questi due occhi tratti al naturale da *Beer*, rappresentano l'*iridite artritica semplice* (fig. 4) in un' individuo di sesso mascolino, grande, magro, sensibile, i di cui occhi erano bleu; si vedeva la pupilla ristrettissima, angolosa, il bordo pupillare dell' iride è tirato in dietro a guisa d'imbuto, verso la capsula anteriore del cristallino, ed è unita a questa per mezzo di uno strato d' albumina coagulata, delicatissima, ma che già si distingue ad occhio nudo.

La *fig.* 5. rappresenta la medesima malattia in una donna di piccola statura, grassa, poco irritabile, di anni quarantotto, i di cui occhi sono bruni, e nella quale i flussi mensuali mancavano da due anni ; la pupilla è dilatata; la sua forma rassomiglia a quella degli animali ruminanti ; il piccolo cerchio dell' iride è rovesciato in dietro verso la camera posteriore dell' occhio. Nen v' è alcuna traccia d' albumina coagulata nella pupilla, ma al fondo dell' occhio vi si distingue un' opacità grigio-verdacchia del corpo vitreo, indicante un *glaucoma* perfetto, fenomeno assolutamente particolare che si presenta nei soggetti artritici, grassi e poltroni. Cotest' occhio non è per conseguenza suscettibile della menoma percezione della luce, mentre che quello della figura 4. non solo risente questa sensazione, ma può anco distinguere gli oggetti di un grosso volume. Si osserva in oltre nei due occhi un rosso pallido della sclerotica, e che manda sulla congiuntiva una reticella vascolare di un rosso cupo, la quale, verso la circonferenza della

cornea, diventa più chiusa, talchè forma un circolo molto denso, ma si osserva qua e là come separata dal bordo di questa ultima membrana da un' anello turchiniccio, sudicio, stretto ed inuguale. Esaminando l' iride il cui colore è degenerato, e che fa tumore in avanti, non si ponno ravvisare i vasi sanguigni varicosi, che si dirigono verso la pupilla.

Figura 6. Dessa offre l' immagine la più sorprendente dell' *iridite sifilitica semplice.* Si osserva un rosso pallido particolare diffuso su tutta la congiuntiva e la sclerotica, che attorno della cornea si condensa in modo da formare un cerchio; nel tempo stesso l' iride è divenuta verdacchia, la pupilla è stiracchiata diagonalmente verso la radice del naso, ed il globo dell' occhio, nella sua totalità, ha l'aspetto metallico, e non risplendente. Tre condilomi perfettamente sviluppati, che si trovano o al bordo ciliare od a quello pupillare dell' iride, non lasciano del resto alcun dubbio sulla natura di quest' infiammazione.

Figura 7. Io ho disegnato esattamente questa figura che rappresenta un' *iridite-artritico-sifilitica,* appartenente ad una donna di temperamento collerico, di media età, la quale dopo essere stata infetta nove anni prima da suo marito, aveva avuto delle ulceri sifilitiche nella gola, dei condilomi, e fu apparentemente guarita dalle cure di un medico. Dessa ebbe, sono cinque anni, un accesso di atritide assai forte; nulladimeno dopo di quest' epoca godeva una sufficiente salute, quando non ha molto, dopo essersi esposta al freddo, fu immedatamente attaccata da ottalmìa, la quale, quindici giorni dopo la sua manifestazione, epoca nella quale io vidi la malata per la prima volta, si presentò coi caratteri di un' *iridite-artritico-sifilitica.* A malgrado ch'io ordinassi tosto le frizioni di un unguento bigio coll'oppio, ed il mercurio internamente, si formarono nonostante, alla parte inferiore del bordo ciliare dell'iride, due vegetazioni condilomatose, di colore bianco giallastro su-

dicio. Del resto si osserva un cerchio di vasi di color roseo nella circonferenza della cornea, e fra questo ed i vasi, il cerchio bianco-turchiniccio, che è proprio dell'artritide. L'iride che era primitivamente colorata di grigio-bleu, si vede ora grigio-bruna verdacchia; la pupilla è ristretta, spostata verso la radice del naso; essa ha perduto il suo color nero che suole avere nello stato normale; vi si osserva per mezzo della lente un leggiero deposito di albumina coagulata.

La vista, quantunque considerabilmente indebolita, permetteva nonostante di distinguere ancora dei piccoli oggetti. Cotest' infiammazione si arrese in poco tempo ad una cura continuata con perseveranza. Io ho abassata alquanto la palpebra inferiore ad oggetto di far vedere il cerchio formato dai vasi della sclerotica.

Figura 8. Questa figura rappresenta l' *ottalmia scrofolosa semplice*, tale quale si manifesta nei bambini scrofolosi, rossi, insensibili, e poco irritabili. I vasi della congiuntiva di color rosso vermiglio, che vi sono disposti per fascetti, fanno un contrasto sorprendente col rosso pallidissimo e uniforme della sclerotica. Si vedono in questo caso due ascessi della cornea, di cui il più grande, quasi situato nel centro di questa membrana è aperto, e forma un' ulcera profonda, i di cui bordi sono alquanto fungosi. (*Beer.*)

Figura 9. Dessa dimostra *l'ottalmia scorbutica semplice*, ed è copiata da *Beer* che l' ha ricavata da un soggetto completamente scorbutico. La sclerotica è d' aspetto sordido, livida; si osserva nella congiuntiva che ricuopre, una reticella di vasi sanguigni densi, di colore turchiniccio; la trasparenza della cornea, dell'umor'acqueo, e finalmente di tutto l'occhio, che è intorbidato, ha l'aspetto metallico, e senza lucentezza; anco l'interno dell'occhio tutto è confuso; così pure i confini stessi della pupilla non esistono altrimenti. Nell' iride si vedono dei vasi va-

ricosi di colore scuro, che si dirigono verso la pupilla. È inutile il dire che il malato resultò affatto cieco; ma dopo la guarigione dello scorbuto ottenne una leggiera percezione della luce. A malgrado che quest'occhio non rappresenti il più alto grado dell' ottalmia scorbutica semplice, egli è nonostante raro di osservare la malattia, anco a questo grado.

Tavola qvinta *Figura* **1**. Pinzetta traversa, per formare una piega alla pelle nel caso di operazione dell' etropio, o della caduta della palpebra superiore. È stato consigliato di dare alle traverse *a b*, che sono alquanto concave nella superficie nelle quali esse si toccano allorchè si avvicinano le branche dell' istrumento, alle volte una concavità corrispondente alla convessità della palpebra superiore, e viceversa, ad oggetto di potere far presa di una maggiore quantità di pelle. Si ponno evitare questi due estremi rendendo le superficie piane; l'opinione di eccellenti chirurghi si accordano perfettamente colla mia su questo particolare.

Figura **2**. Doppio uncino, comodissimo per prendere la caruncola lagrimale, ed i tumori cistici che si vogliono demolire. Le due punte *a* possono essere anco più curve di quello lo rappresenta la figura.

Figura **3**. lo schizzetto di *Anel*, con cannula retta, sottilissima *a*, ed un' altra curva, e sensibilmente più grossa *b*,

Figura **4**. Coltello in forma di lancetta, fissato nel suo manico, molto tagliente sui due bordi *a b*. serve non solo ad aprire il sacco lagrimale allorchè è ripieno di pus o di mucosità, ma è pur anco adattato per fare l'incisione della cornea, nel caso di dovere formare una pupilla artificiale, per aprire l' ipopio, e gli ascessi di questa membrana.

Figura **5**. Piccola pinzetta da occhi del dottore *Bloem r*. Dessa si distingue dalle altre che si sono

usate fino ad ora colle medesime vedute, particolarmente per le sue tre punte a uncino che si incrociano, destinate ad afferrare, di cui una si trova alla branca *a*, talchè col fusto formano un' angolo ottuso di 120. Allorquando si chiude la pinzetta, la punta *b* si applica esattameute fra le due punte *a*; (tutte sono acutissime, e discretamente temprate) ed esse si ricuoprono perfettamente in modo che le due branche, convesse nella loro faccia esterna, piane all' interna, rassomigliano, allorchè sono sovrapposte, ad una sonda ottusa un poco conica; *c* rappresenta la faccia piatta della branca *a*.

Questo istrumento può usarsi utilmente in tutti i casi nei quali *Beer* adoprava la sua pinzetta dentata. Ved: *Graefe und Valther, Journal für Chirurgie und Augenheilkunde*, 1820, B. 4. St. 4. S. 730.

Figura **6.** Il coltello da stafiloma di *Beer*, destinato esclusivamente da lui per estirpare lo *stafiloma generale* o *totale della cornea*. Non differisce dal suo coltello da cateratta se non che per l' aumento di tutte le sue dimensioni.

Figura **7.** L'elevatore di filo d' argento di *Richeter* per fissare la palpebra superiore nelle differenti operazioni.

Figura **8.** L' ago di *Langenbeck* per la Keratonitide; ve n'è uno rappresentato di profilo, l'altro dalla parte piana. Esso dev'essere discretamente curvo, ed è necessario che la parte tagliente dai due lati sia cortissima. Del rimanente la punta è acuta e strettissima; il collo offre un diametro un poco meno, della massima larghezza della punta, ad oggetto che non riempia affatto l' apertura fatta nella cornea, quanto anco per non impedire i muovimenti che si imprimono all' ago.

Figura **9.** Il *Keratotomo* di *Langenbeck* per isminuzzare la cateratta. Non è per verità sempre fa-

cile di dividere bene le cateratte coll' ago curvo ordinario di *Langeubeck*; la modificazione, che questo operatore ha apportato al suo istrumento, è conseguentemente molto utile.

Il *Keratotomo* differisce da quest'ago perchè in luogo di una superficie convessa, presenta un tagliente che ha questa forma, e la di cui concavità non è tagliente, come il dorso del coltello da cateratta; per conseguenza laddove l'ago ha due bordi, il Keratotomo presenta due facce. Queste due facce terminano in un collo ritondo, che dev'essere disposto in modo da riempire l' apertura della cornea, e impedisce lo scolo prematuro dell' umor' acqueo.

Figura **10**. Ago da cateratta retto, a forma di lancia, utile particolarmente per eseguire l' abbassamento ed il rovesciamento della cateratta attraverso la sclerotica.

Figura **11**. Coltello da cateratta di *Beer* per l' incisione della cornea. È indispensabile che abbia esattamente le dimensioni da noi rappresentate in questa figura; il manico ottagono *e f* non deve essere niente più corto del presente modello ; *a b* rappresenta la massima larghezza della lama; il dorso *d e* dev' essere ottuso, stretto e ritondo, per impedire che l'umor acqueo non coli troppo prematuramente.Il tagliente *c a* è affilatissimo; è lo stesso dalla parte del dorso *c d* che si avvicina alla punta, e presenta la forma di una lancetta ; verso *d*, arriva insensibilmente a prendere la forma del dorso ottuso e ritondo. Del rimanente la lama è leggermente convessa acciocchè non possa molleggiare.

Figura **12**. La Lancia da cateratta di *Beer*, destinata a fare delle numerose incisioni finestrate nella parete anteriore della capsula cristallina, allorchè si eseguisce l'estrazione, come pure per distruggere tutti i rapporti della capsula colle altre parti, col metodo proposto da *Beer* per estrarre il cristallino opaco colla sua capsula. È necessario che la punta *a*, ugualmente

che i bordi *a b e a c* sieno molto taglienti, e che tutta la lancia sia ben pulita.

Figura 13. La lettera *a* rappresenta il cucchiaio di *Daviel*; *b* spatola d'oro o di argento, molto elastica; dessa dev' essere tagliente sui bordi *c* e *d*; si usa in molte operazioni che si eseguiscono sugli occhi.

Figura 14. Cesoje di *Daviel*, curve su uno dei lati e sul piatto; desse devono avere delle punte ottuse, molto affilate, destinate ad ingrandire l' incisione della cornea, quando disgraziatamente essa è stata fatta troppo piccola. È necessario avere due paja di queste forbici, le di cui curve si guardino, cioè un pajo pel lato destro, per il sinistro l' altro. Del rimanente si ponno impiegare in molte altre operazioni. Non è facile di costruire bene questa specie di forbici, non solo perchè le due branche di ciaschedun pajo devono combinarsi esattamente, ma perchè è necessario che nel tempo stesso sieno molto taglienti, ciò che non si ottiene sì facilmente a motivo della loro curva.

Figura 15. Uncino utile nell' operazione delle pupille artificiali, Esso dev'essere sommamente sottile e di acciaro, e molto resistente nella sua punta.

Figura 16. La pinzetta uncinata di *Reisigner* aperta in *a*, e veduta lateralmente; si vedono i due piccoli uncini, che si devono esattamente combinare l' uno contro l' altro in modo da sembrare un solo pezzo.

Figura 17. Piccolo uncino a punta acutissima, destinato a fissare il globo dell'occhio nell'operazione delle pupille artificiali, potendo in oltre essere utile particolarmente quando si opera coll' *iriankistron*. A questo proposito io divido intieramente l' opinione del Sig. Dottore *Zang*, che dice (*Darstellung blutiger heilkünstlerischer operation*. Vienna, 1818;

2,R, 5. 234). „ Si deve consigliare l'uso di que-
„ st'uncinetto in tutti i casi nei quali trattasi di for-
„ mare una pupilla artificiale, qualunque sia il me-
„ todo che si sceglie a tale effetto. „

Del resto s' impianta l'istrumento nella congiuntiva che ricuopre la sclerotica, verso la parte inferiore del globo dell' occhio, e si fa reggere da un ajuto, acciocchè quest'organo essendo fermo, non vi rimanga spazio per sfuggire, senza per altro che sia impedito.

Tavola sesta. Per la descrizione della figura prima (Ved. pag: 654 del presente volume) (fig: 2.) *Veduta di profilo dell' Ottalmofantoccio.*

A Lo zoccolo o piedistallo.

l. La tavola.

m, Il piede.

o p. Punto di separazione della tavola e del piede.

z. Il bastone fissato alla tavola, o mezzo col quale può questo essere elevato a volontà.

n. Vite che serve a fissare il bastone *z.*

q r. Il più piccolo diametro del piede.

f f. Sostegni che ricevono il bastone D.

g g. Vite destinata a fissarlo.

B. Maschera.

a a a. Piano indicante la direzione della sezione longitudinale che si è supposto fatta alla testa.

c. Piccolo anello di ottone il di cui filo si attacca alla cerniera che serve per stringere l' occhio destro.

d. Cerniera destinata a diminuire l' apertura oculare destra, sospesa liberamente al suo filo; quello del lato sinistro si suppone sia stato levato.

c D. Port'-occhio.

h h. Incavo nel quale entra il bastone *e*, in avanti e indietro.

i. Vite che serve per fermare la parte *e*, nel detto incavo.

k Lamina di ottone situata in un intaglio fatto nel bastone D, e bucato per ricevere la vite *i.*

Figura 3. *Veduta anteriore delle parti che circondano l' apertura palpebrale destra* (*grandezza naturale.*)

b b b b. La faccia esterna anteriore delle palpebre, che sono rappresentate allontanate il più possibile.

Figura 4. *Veduta posteriore delle parti che circondano l' apertura palpebrale destra* (*grandezza naturale*).

a a a a. La faccia posteriore, interna delle palpebre, dirigendosi obliquamente davanti in dietro, e dal centro dell' apertura oculare alle parti vicine.

Figura 5. *Cerniera per ristringere la fenditura palpebrale destra, veduta dalla sua faccia anteriore* (*grandezza naturale*).

a e *b.* Linee che circoscrivono la superficie anteriore delle lamine destinate a produrre lo stringimento dell' apertura palpebrale.

c. L' angolo esterno della cerniera ov'è attaccato un filo di seta.

Figura 6. *Profilo laterale e del porta-occhio* (*grandezza naturale*).

E E E E. Le quattro lamine di ottone destinate a ricevere il globo dell' occhio.

F. La lama d'acciajo per fissare l' occhio nella cavità formata da queste lamine.

c. Pezzo di ottone perforato, e saldato alla lamina superiore E, che determina ed assicura la direzione della lama.

G. Piccola leva di ottone per mezzo della quale si effettuano le rotazioni del bulbo dell' occhio.

D. Cilindro intorno del quale si avvolge l'estremità anteriore della spirale, e sul quale si appoggia la parte anteriore del cilindro vuoto che serve a fissarla.

C. Spirale.

c c c. I tre avvolgimenti liberi della spirale.

B. Cilindro interno all'estremità anteriore *b* del

quale s' avvolge l' estremità posteriore della spirale, e che serve di appoggio alla totalità o soltanto alla parte posteriore del vuoto che ferma la molla, o la lascia libera, secondo se è spinta in avanti o in dietro.

A. La parte posteriore quadrata, che è ricevuta nell' apertura *h h*, fig, 2.

a a a a. Faccia laterale sinistra rettangolare di questa parte.

H H. Cilindro vuoto destinato a fissare la molla a spirale ; si suppone la sua metà sinistra innalzata, da cui resultano due intersecazioni immaginarie, che dimostrano la lunghezza e la grossezza del tubo, e la sua posizione, allorchè deve rendere immobile la molla a spirale.

TAVOLA SETTIMA. *Figura* 1.

1. Osso unguis.
2. Muscolo scoperto da Duverney, riosservato dal Professor Horner di Filadelfia.
3. 3 Punti lagrimali.
4. Sacco lagrimale.
5. Nervo nasale.
6. Nervo nasale interno.
7. Nervo nasale esterno.
8. 8 Nervi scoperti dal Professor Trasmondi di Roma.

Figura 1. Bistorino retto *di cui si serve l'autore della tavola.*

2. Specillo semicurvo aggiunto dal *suddetto*, nel conetto dovesse servire (una volta) a stasare semplicemente il condotto nasale, è destinato oggi dal medesimo allo scopo che sopra non solo, ma lo impiega in oltre come conduttore della cannula.

3. Spina o mandrin con punta rotonda, senza cannula.
5, Cannula terminata a unghiatura appartenente alla suddetta spina.
5. Spina armata della cannula suddetta.

} Pezzi dei quali servesi il Barone Dupuytren.

6. Spina smusata ad unghiatura, che riempie, anzi fa esattamente corpo coll' estremità inferiore della cannula, la quale spina ha una vite alla sua base.

7. Madrevite o dado destinato ad essere invitiato nella spina suddetta, ad oggetto di scorciare od allungare l'estensione della spina.

8. Cannula con collo.

9. Spina a vite, armata della respettiva cannula con collo, e del suo dado alla metà della vite medesima.

} Pezzi modificati ed aggiunti dall' autore della tavola.

N. B. Le cannule **N.°** 8, e 9 ho voluto rappresentarle del massimo calibro fin'ora occorsomi; se ne richiedono per altro delle assai più voluminose, ugualmente che delle più piccole.

Per l' applicazione degli strumenti che sopra, si veda l' annotazione apposta al tomo **1.°** pag, 206.

Tavola ottava. *Figura* **1.** Occhio sempre in sito, convertito in fungo ematode. Sua superficie esterna coloratissima dai molti vasi sanguigni disseminativi.

2, Vasi della congiuntiva straordinariamente aumentati di calibro.

3. 3. Palpebre divaricate, spinte in alto e lateralmente dal fungo.

4. 4. Due tubercoli variamente colorati, e formati dalla sclerotica assottigliata.

5. Cornea trasparente spostata, ristretta nella sua circonferenza, ed aperta nel centro.

6. Cristallino opacato, che si presenta colla faccia sua anteriore all' apertura esteriore nel centro della cornea accennata.

7. Porzione di congiuntiva infiltrata, che scende sulla guancia.

Figura **2.** 1. 1. 1. Occhio o fungo ematode demolito, e diviso nel mezzo per dimostrare l' interna

sostanza, della quale è variamente composta e variopinta.

2. Nervo ottico in istato fisiologico, circondato alla sua base da tessuto cellulare pure sanissimo.

3. 3. 4. 4. Congiuntiva alquanto tumida, prodotta da infiltramento sieroso-sanguinolento.

5. 5. Cornea trasparente divisa dal coltello in due porzioni, nel centro della quale si osserva il cristallino opacato, indurito, e atrofizzato.

6. 6. Sclerotica in istato normale in tutta la sua estensione.

N. B. L' osservazione che appartiene alla suddetta Tavola e figure è inserita nel **vol. 2.°** pag. 446.

FINE

INDICE

DELLE MATERIE CONTENUTE

IN QUESTO VOLUME

MALATTIE CHE ATTACCANO CONTEMPORANEAMENTE LE PARTI OPACHE E LE PARTI TRASPARENTI DELL' OCCHIO.

Infiammazione esterna semplice del globo dell' occhio . . . . . *pag.* 473
Ottalmite interna. . . . . . „ 478
Stafiloma della cornea. . . . . . „ 480
Stafiloma dell' Iride . . . . . „ 490
Sinechie anteriore e posteriore. . . . . „ 492

MALATTIE CHE ATTACCANO LA TOTALITA' DEL GLOBO DELL' OCCHIO.

Infiammazione semplice di tutto il globo dell' occhio . . . . . „ 496
Atrofia del globo dell' occhio . . . . . „ 500
Stato varicoso generale dell' occhio. . . . „ 506
Scirro e Cancro del globo dell' occhio . „ 507
Ossificazione del globo dell' occhio. . . . „ 513
Diminuzione ed aumento congenito del numero degli occhi . . . . . „ 514
Ottalmie specifiche . . . . . „ 518
Ottalmia catarrale . . . . . „ 522
Ottalmia d' Egitto . . . . . „ 526
Ottalmia reumatica. . . . . . „ 539
Ottalmia Artritica . . . . . „ 543
Ottalmia vajolosa. . . . . . „ 550
Blefarottalmia glandulare vajolosa. . . . „ 554
Ottalmie morbillose e scarlattinose. . . . „ 555

Ottalmia sifilitica . . . . . *pag.* 559
Infiammazione gonorroica delle palpebre e dell' occhio . . . . . „ 560
Iridite sifilitica . . . . . „ 566
Ottalmoblenorrea sifilitico-scorbutica . . „ 570
Ottalmia psorica . . . . . „ 571
Ottalmia scrofolosa . . . . . ;, 585
Orzajolo scrofoloso . . . . . „ 596
Blenorrea scrofolosa del sacco lagrimale . „ 596
Ottalmia scorbutica . . . . . „ 598
Stafiloma della sclerotica . . . . . „ 598

APPENDICE

Maniera di preparare e di applicare convenientemente i medicamenti topici nelle malattie degli occhi.

Caustici . . . . . pag. 601
Nitrato d'argento . . . . . „ 602
Potassa caustica . . . . . „ 602
Deutossido di mercurio . . . . . „ 603
Acido arsenioso . . . . . „ 603
Allume calcinato . . . . . „ 603
Cloruro d' antimonio . . . . . „ 604
Acido-solforico . . . . . „ 604
Bagni da occhi . . . . . „ 604
Suffumigi . . . . . „ 605
Docce . . . . . „ 605
Occhiali . . . . . „ 606
Polveri ottalmiche . . . . . „ 618
Pomate ottalmiche . . . . . „ 619
Visiere . . . . . „ 621
Colliri . . . . . „ 622
Evacuazione artificiale dell' umor acqueo attraverso la cornea . . . . . „ 627
Sanguisughe . . . . . „ 627
Cataplasmi . . . . . „ 628
Elettricità . . . . . „ 629
Galvanismo . . . . . „ 630
Fomentazioni . . . . . „ 632
Bagni gazosi . . . . . „ 633
Eccitanti della pelle . . . . . „ 635
Vescicanti . . . . . „ 635
Cerotto di tartaro Stibiato . . . . . „ 637
Potassa caustica diluta . . . . . „ 639
Fonticoli . . . . . „ 639
Setone . . . . . „ 650
Scorza di dafne mezereon . . . . . „ 642
Moxa . . . . . „ 642
Senapismi . . . . . „ 642

Freddo . . . . . pag. 642
Sacchetti aromatici . . . . . „ 644
Luce . . . . . „ 646
Diminuzione della luce . . . . . „ 647
Aria . . . . . „ 648
Cerotti . . . . . „ 649
Pennelli . . . . . „ 649
Moschettature o Scalfiture alla superficie dell' occhio . . . . . „ 650
Nuovo metodo per produrre artificialmente . . „ 651
L'opacità del cristallino su i cadaveri . . „ 652
Descrizione di un nuovo ottalmofantoccio „ 661
Spiegazione delle tavole . . . . . „ 671

ERRORI				CORREZIONI
Pag.	478	Lin.	32	*Lypopium* — *Hypopium*
«	482	«	15	evitare — perdere di vista
«	482	«	41	e l'una dopo l'altra — l'una dopo l'altra
«	489	«	5	giunta — giunto
«	500	«	2	privativa — privazione
«	516	«	19	precisamenta — precisamente
«	519	«	8	*epitite* — *epatite*
»	519	«	12	scrofolosa — scrofole
«	520	«	39	una regime — un regime
«	521	«	28	non saranno favorevoli — non sarà favorevole
«	524	«	25	...sem. di catag..... — ...sem. di cotog.....)
«	527	«	23	che le riveste — che li riveste
«	533	«	23	potenza — potenze
«	536	«	42	a distruzione — la distruzione
«	543	«	31	*iritite* — *iridite*
«	569	«	5	la frizione — le frizioni
«	573	«	36	quella di *Willan* — quelle di *Willan*
«	575	«	31	cur aocale — cura locale
«	604	«	12	potenza caustica — potassa caustica
«	605	«	28	blefarottolmie — blefarottalmie
«	634	«	31	solubilissima — solubilissimo
«	649	«	9	quanto — quando
«	662	«	29	colorito di scuro — colorita di scuro
«	663	«	19	fonditura — fenditura
«	674	«	2	della *cornea conica* — detta *cornea conica*
«	674	«	23	che l'opacità ha — che l'opacità abbia

Tav. 1.

1.

ectropio pinguecola

1.

occhio dopo l'operaz. della cateratta

3.

occhio affetto da estroversione carnosa con sfacelo

4.

encantide

5.

panno reumatico-scrofoloso

6.

pterigio grosso

7.

occhio dopo la diminuzione della cateratta.

8.

iride frappata con intorbidamento.

Tav 2

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

Tav. 3

1.

2.

Figure 4.

3.

5.a

d d

c c

b b

8.

7.

6.

9.

1. Tav 4. 2.

chiodo

2.

oftalmia generale semplice nel 2° periodo.

3.

atrofia del bulbo

scirro della palpebra

anchilo blefaro parziale

4

iritide artritica semplice

5.

iritide artritica con glaucoma

6.

iritide sifilitica semplice

7

iritide artritico-sifilitica

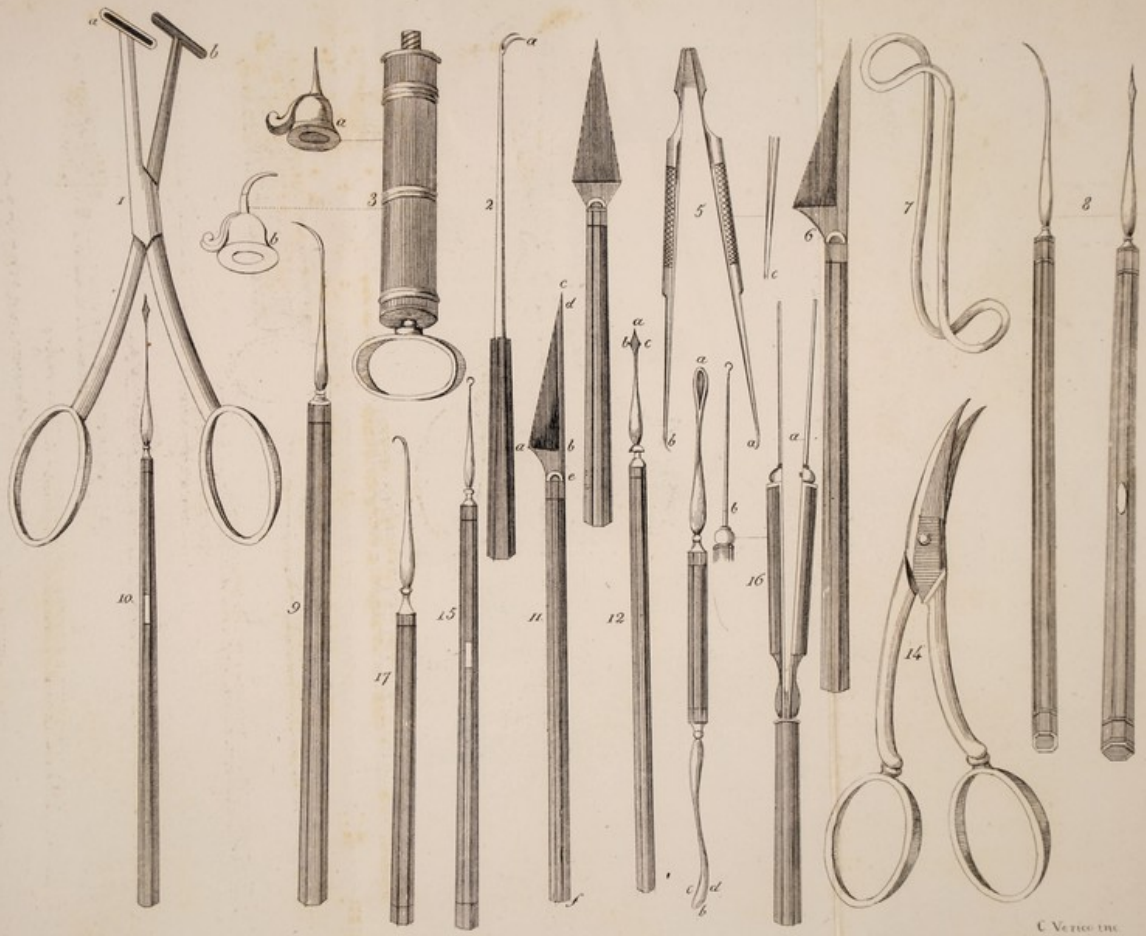
8.

oftalmia scrofolosa semplice

9

oftalmia scorbutica semplice

Tav. V.



C. Verne inc.

Tav. VI.

Fig. 1.

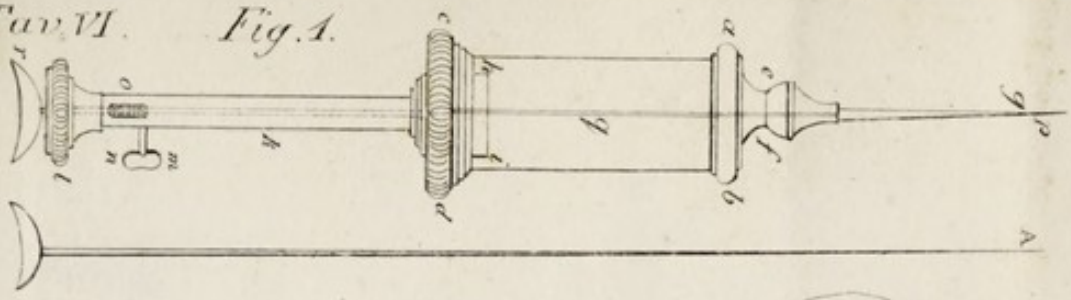


Fig 3

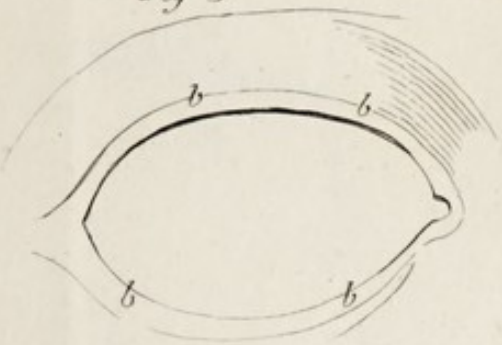


Fig. 2.

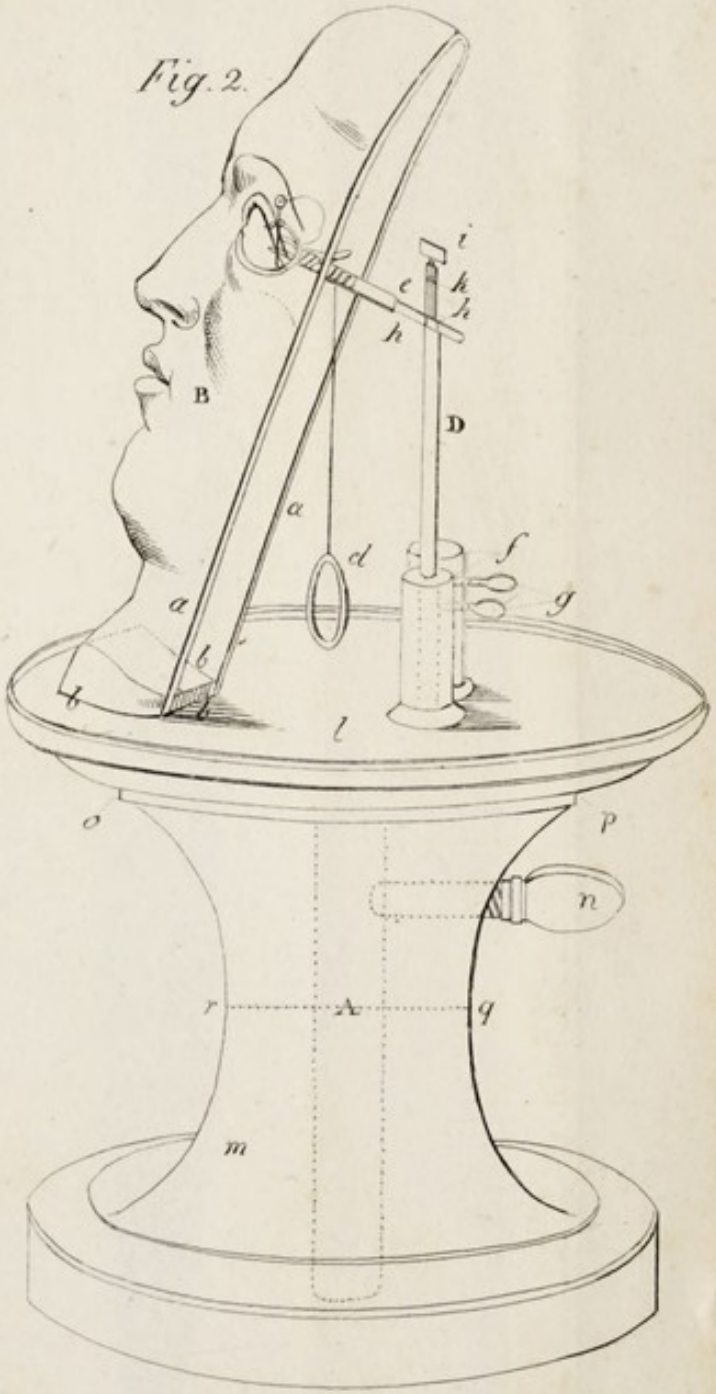


Fig. 5.

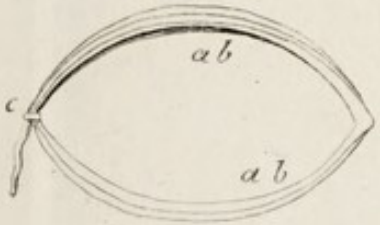
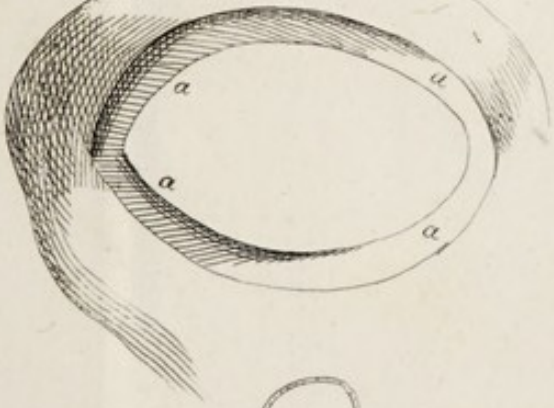


Fig. 4.



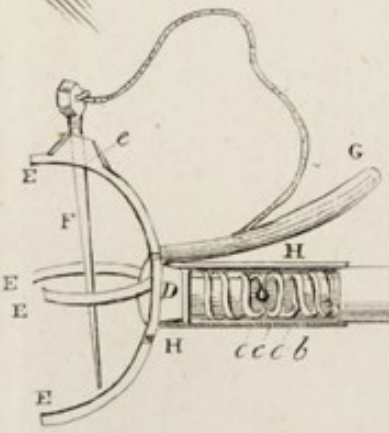
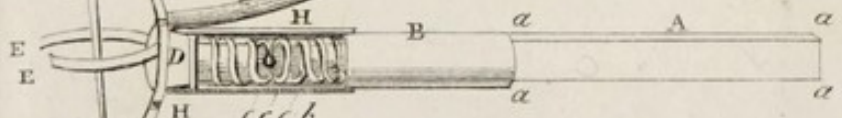


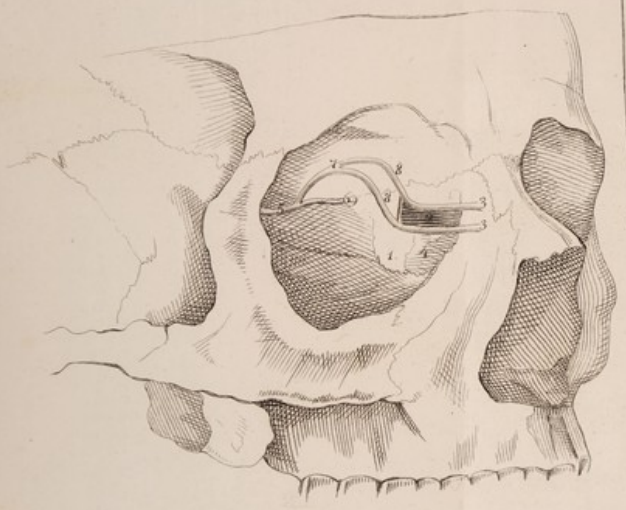
Fig. 6.

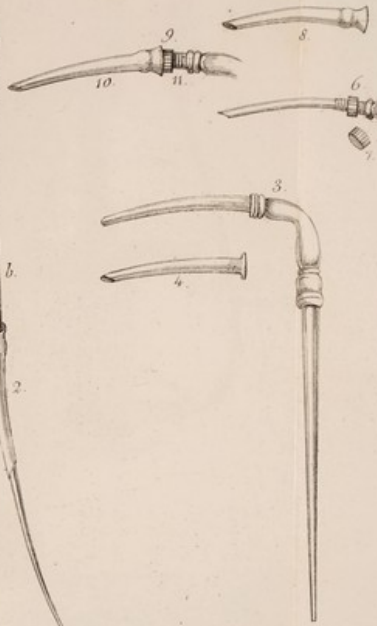


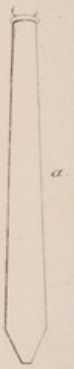
C. Verico. inc.

Tav. VII.

Fig. 1.

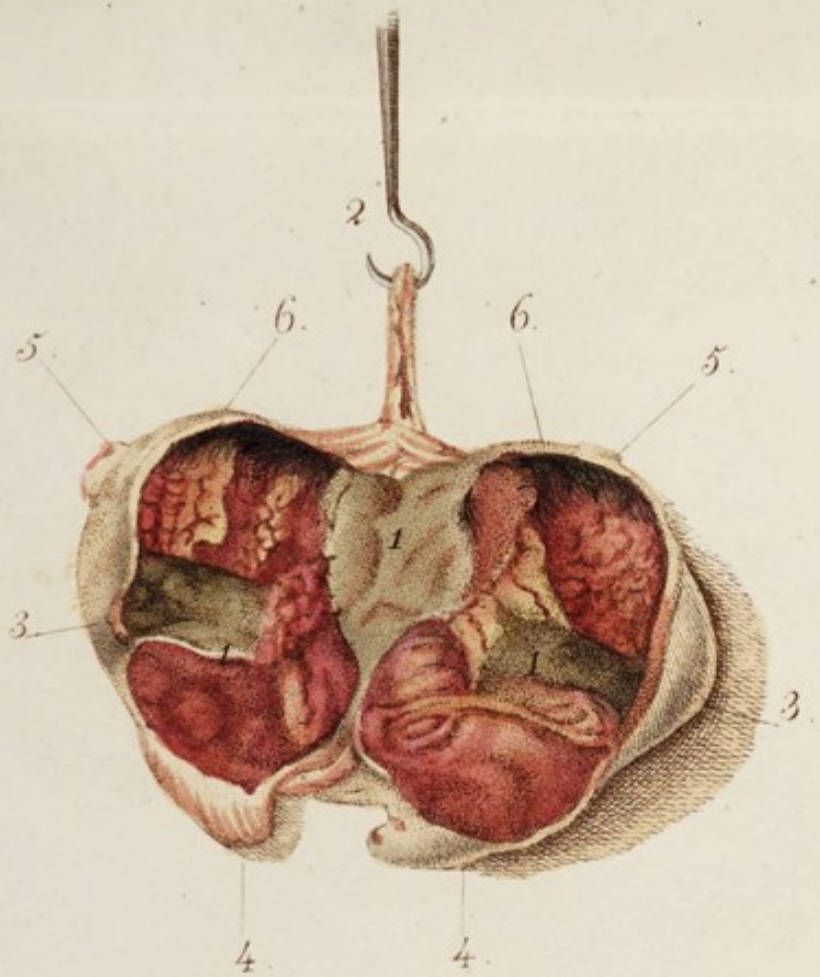




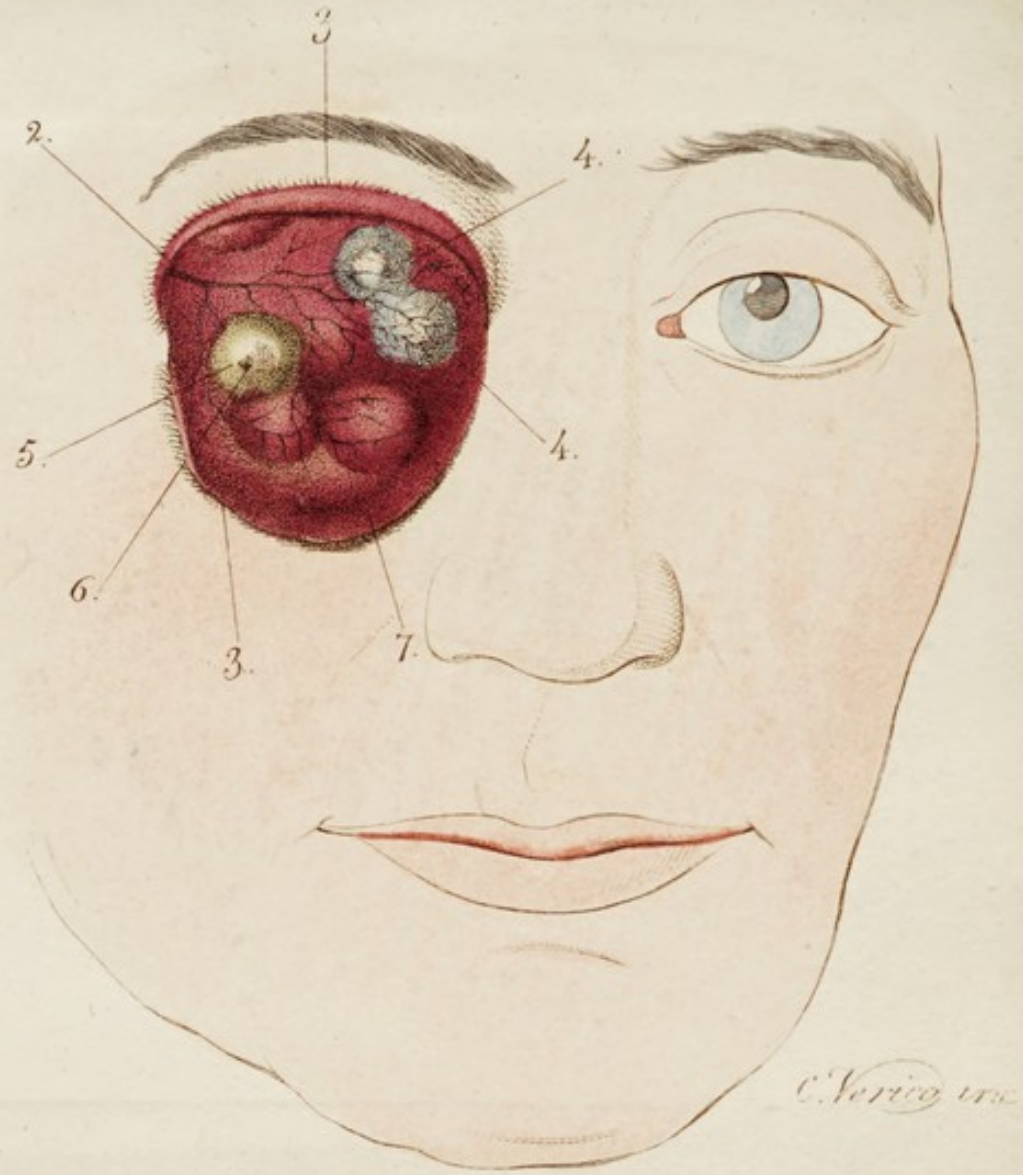


Carlo Verico. inc.

Tav. 8.



E. Jacobs.



C. Nerini inc.