

De Falco

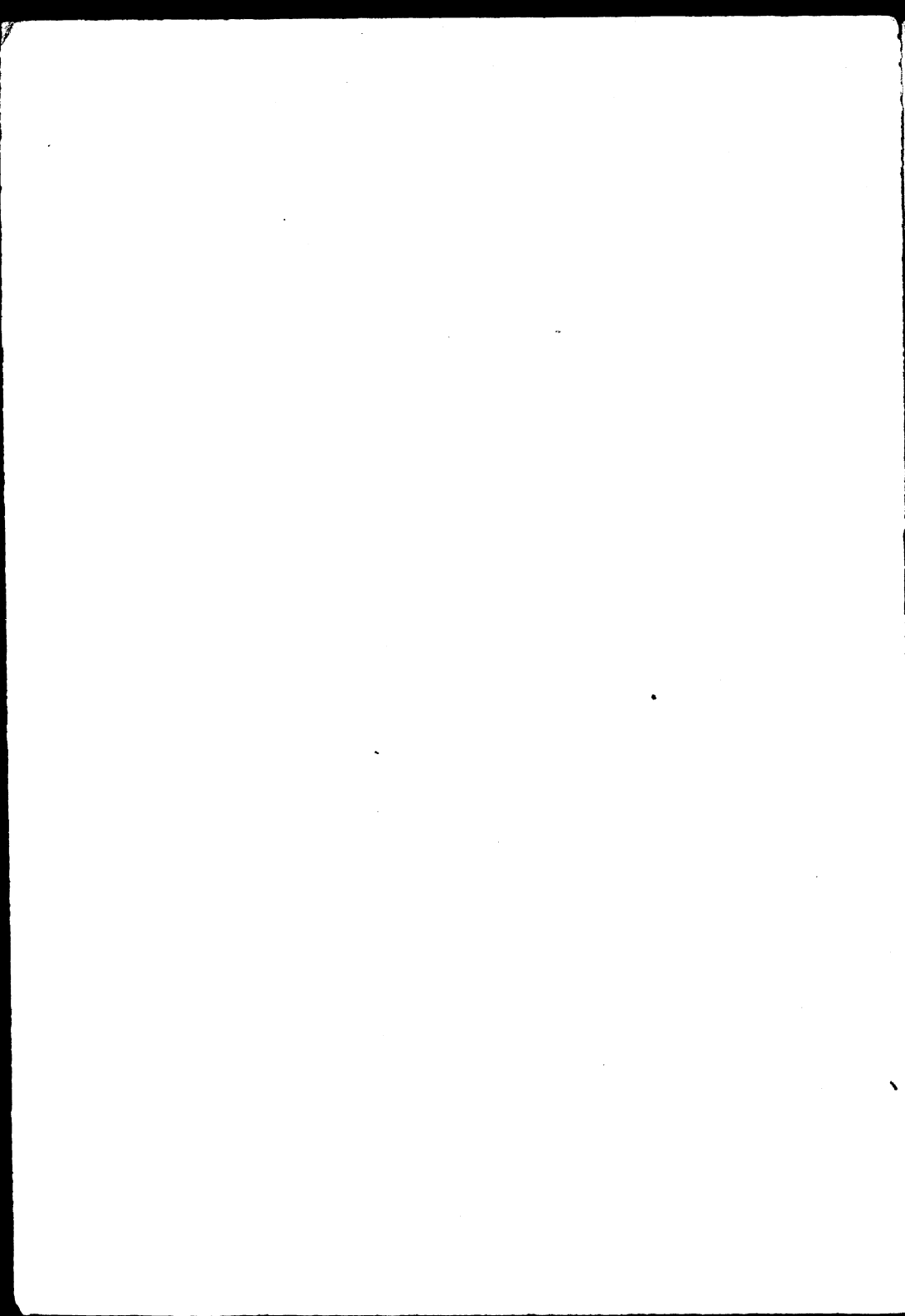
Estratto dalla *Clinica Oculistica*, periodico mensile per i Medici pratici,
redatto dal Prof. *Cirincione*. — Aprile 1907.

IMPORTANZA DELLA FATICA OCULARE NELLA ETIO-
LOGIA E NELLA TENDENZA ALLA RECIDIVA DELLO
PTERIGIO.

Dott. DE FALCO Cav: ANDREA

T. Colonnello Direttore dell'ospedale Militare di Livorno.





L'operazione di pterigio, specialmente con il processo di plastica congiuntivale di Arlt e di Pagenstecher, richiede nell'esecuzione una manualità molto semplice; però nessuno operatore può garantire l'operato dalla recidiva, la quale spesso rende il risultato dell'operazione del tutto negativo. Ho ancora presente innanzi alla mente un caso di recidiva in persona del soldato Caputo Vincenzo del 75^o Regg.to Fanteria entrato nell'Ospedale M.re di Napoli il dì 27 Novembre 1898. Lo pterigio gli era stato asportato all'O. S. dal mio Predecessore, che allora dirigeva il reparto Chirurgico. Fu rioperato da me, essendosi riprodotto il tumore, dall'aspetto sarcomatoso, aderente alla sclera e minacciante d'invadere il campo pupillare. Allo scopo di evitare una nuova recidiva, da prevedersi dannosissima all'integrità della funzione visiva e dell'estetica, usai ogni diligenza possibile nell'operazione. Nondimeno lo pterigio si riprodusse in proporzione più voluminosa di prima, in modo che, visto fallita ogni speranza di riduzione dell'escrescenza carnosa, pensai di operarlo ancora. Ripiegai questa volta la testa dello pterigio, distaccato dalla cornea, al disotto della congiuntiva bulbare secondo il processo di Desmarres; cioè incisi la congiuntiva bulbare presso il margine inferiore dell'escrescenza lungo il limbus e per piccolo tratto parallelamente a questo distaccai dal bulbo la mucosa, sotto la quale insinuai la testa dello pterigio ripiegata, fermandola con punti di sutura. Fatto ciò, colmai il vuoto seguitone al margine superiore del tumore sulla sclera presso il limbus colla plastica congiun-

tivale. Nondimeno il tumore si riprodusse ancora; anzi le tre operazioni praticate avevano provocato tale processo d'iperplasia e d'ipertrofia nella congiuntiva da rendere evidentemente il rimedio peggiore del male. Fin d'allora mi preoccupai di tal risultato, il quale, come si sa, è molto frequente; più di tutto pensai alla sproporzione che era seguita tra il risultato negativo dell'operazione ed il male stesso originale. A me pareva che l'opportuno aforisma ippocratico circa l'intervento del Medico « *Oportet ut Medicus ne noceat* » non fosse stato rispettato. E dall'altra parte quale altro mezzo rimaneva per arrestare la progressione fatale del tumore? Ecco il quesito che mi proposi e che ora credo d'aver risolto convenientemente. Tutti gli autori danno dell'etiologia dello pterigio e della sua tendenza alla recidiva ragioni vaghe e perciò molto oscure. Dice Ovio: « Circa la patogenesi dello pterigio la scienza non ha ancora emessa l'ultima parola (1). »

Migliore spiegazione rimane sempre quella di Arlt, il quale attribuisce l'insorgere del male a noduli erpetici episclerali, alla pinguecula e ad ulcerazioni congiuntivali cagionate dalla polvere, cui sono esposti gli occhi in alcuni mestieri. Però tale ragione non soddisfa, poichè oltre ad osservarsi lo pterigio in altri mestieri non esposti alla polvere, oltre alla forma nosografica d'esso, che come l'erpete congiuntivale e l'episclerite è da comprendere piuttosto tra le malattie esplicantesi lungo il decorso di filetti nervosi vasomotori, anzicchè fra quelle causate dall'accidentale penetrazione di polvere nel sacco congiuntivale, non si comprenderebbe il motivo di non vedere lo pterigio esteso a tutti quelli esposti alla polvere stessa. Contro questa obbiezione nessuno oserà d'invo-care la comune predisposizione individuale, la quale se completa l'etiologia delle malattie infettive non si può estendere a questa malattia, ritenuta di natura anatomica, circoscritta a sede fissa e provocata d'agente meccanico. Ed in verità il concetto di Poncet della quasi specificità dello pterigio, per aver questi trovato microrganismi nelle pieghe di esso, secondo

(1) OVIO, *Manuale d'oculistica pratica*, p. 273.

me, non ha valore, poichè si sa ormai che tutte le ripiegature della congiuntiva possono essere normalmente il ricettacolo di parassiti diversi non patogeni. Se fosse dovuta a micro-parassiti l'organizzazione dello pterigio, Poncet li avrebbe trovati sparsi nel tessuto proprio del tumore. L'ipotesi poi d'Angelucci (1) che microrganismi patogeni ulcerino progressivamente la congiuntiva e poi la cornea preparando il terreno all'invasione del male, è certamente molto ingegnoso ed avrebbe valore assoluto se fosse sperimentalmente provata. Certo è che la progressione dello pterigio è segnalata da iniezione vasale disposta a fascio e da un rilievo terminale color grigio biancastro in quella parte che chiamasi testa dello pterigio, formata da infiltrazione di leucociti e da elementi connettivali in neoformazione, localizzati negli strati superficiali della cornea, in cui per azione dissolvente dei leucociti stessi difettano la membrana di Bowman e gli epiteli di rivestimento (2). In questa testa, la sola parte invadente e progressiva dello pterigio, si scorge facilmente la natura linfatica dell'infiltrazione, estesa in una zona corneale al di là della testa stessa: si vede benissimo la sua emanazione dal fascio vasale congiuntivale contiguo, ma nessuna perdita di sostanza per processo di necrobiosi, od ulcerativa come molti inclinerrebbero ad ammettere. Tanto più che mancano i fatti nervosi reattivi che accompagnerebbero tale supposta scontinuità corneale. *Insomma nello pterigio una cosa sola è evidente ed è la progressione del tumore legata alla iniezione del fascio vasale che lo costituisce.* In fatti lo pterigio dall'aspetto sbiadito, detto comunemente tenue o membranaceo, cioè con scarsi vasi sanguigni è poco o niente progressivo. Ora se si considera che le alterazioni congiuntivali soprattutto vasomotorie, che precedono la pinguecula e lo pterigio, sono eguali a quelle della congiuntivite erpetica e dell'episclerite attribuite dai miei studi in proposito a nevrosi vasomotoria circoscritta da fatica oculare; se aggiungiamo che lo pterigio si riscontra

(1) ANGELUCCI, *Lezioni di clinica oculistica*, p. 299.

(2) LAGRANGE et VALUDE — *Encyclopedie française d'ophthalmologie*, Tomo 5. p. 896.

frequentemente, per non dire costantemente, come l'erpete e l'episclerite, negli ipermetropici ed astigmatici, nei quali il mestiere agirebbe da causa determinante della nevrosi vasomotoria nel tratto congiuntivale più esposto alla polvere; se proveremo di fatto (questo è il migliore argomento) che la cura semplicissima antinevrosica dello pterigio, da noi preconizzata, confermi tale concetto, noi avremo un quadro completo etiologico e patogenico dello pterigio e soprattutto una nuova e conveniente dimostrazione dell'importanza dei miei studi raccolti sotto il titolo « *Patogenesi unica delle malattie vascolari secretive e nodulari degli occhi e degli organi vicini* » (1). Tutti gli autori si preoccupano nell'operazione di pterigio della recidiva che addebitano a cause diverse di manualità operatoria, pur non essendo di ciò essi stessi del tutto convinti. Infatti Fuchs dopo di aver consigliato, allo scopo di prevenire la recidiva, l'esatta sutura della ferita congiuntivale al limbus, conchiude. « Non è da tacere che « anche dopo l'asportazione accurata si son visti dei pterigi « recidivare (2) De Wecker: « Per i pterigi . . . » « on a « recommandé un grand nombre d'opérations tendantes, autant « que possible, à éviter des récidives malheureusement trop « fréquentes » (3). Perciò il punto essenziale per questo autore era di conservare la congiuntiva il più che fosse possibile senza lasciare allo scoperto il bulbo.

Egli infatti preferiva il processo di Arlt e Pagenstecher (4) che ricacciano soltanto lo pterigio, distaccato dalla cornea verso l'angolo interno, senza esciderlo, a quello di Coccius (5), che asporta il tumore dopo di averlo circoscritto con due incisioni curvilinee. Così pure, in caso d'insufficienza della congiuntiva per la plastica congiuntivale, occorrente in tale

(1) DE FALCO, *Lavoro diviso in tre parti: di cui la 3. ha il titolo: Nevrosi vasomotoria e secretiva del plesso ciliare.*

(2) FUCHS, *Trattato di oftalmoiatria* 1. Ediz. italiana, p. 120.

(3) DE WEAVER et LANDOLT, *Traité complet d'ophtalmologie*. V. 1. p. 405.

(4) GRAEFE, SAEMISCH, s. III p. 380.

(5) COCCIUS, *Ruete, Lehrb Augenheilkunde*, 2. éd. p. 192 - 1854.

operazione, al processo di Desmarres, il quale ripiega in basso ed in sotto della congiuntiva la testa dello pterigio lasciando allo scoperto una parte del bulbo, preferiva quelli di Klein (1) perfezionato da Knapp (2) i quali, divisa in due porzioni la testa suddetta con incisione orizzontale, la ripiegano in sotto della congiuntiva presso il limbus, però rivolta con la porzione superiore obliquamente in alto e con la inferiore in basso.

Ritengo anche io con la maggior parte degli autori che il mezzo migliore per ovviare alla recidiva dello pterigio sia porto da quel processo che mette la cornea nella condizione di riparare prontamente la perdita di sostanza e prima che s'inizi il processo di riparazione della ferita congiuntivale; cosa non facile ad ottenersi. La ragione è che in ogni perdita di sostanza organica la riparazione della superficie cruenta, costituita per la massima parte da neoformazione vasale, è preceduta da un processo di eliminazione dei detriti apportati dall'azione stessa del trauma. Ora se dalle anse vasali del limbus si avanza sulla abrasione corneale una notevole proliferazione vasale, che coincide con quella altrettanto notevole di riparazione della ferita congiuntivale contigua, i vasi dell'una s'inosculeranno a quelli dell'altra e lo pterigio si riproduce certamente. In generale la *neoformazione vasale in ferita pura*, come dice Landerer, è *sempre proporzionata alla quantità dei detriti provocati dall'azione del trauma*. Negli occhi poi detta *neoformazione è soprattutto proporzionata all'intensità dei movimenti vasomotori riflessi risvegliati dalla lesione cherato - congiuntivale*.

Sono queste le due condizioni che dominano tutti i processi di riparazione nelle ferite oculari, ed io ritengo per fermo, che la seconda condizione ha più importanza della prima.

Per ovviare alla prima condizione De Vincentiis distaccava la testa dello pterigio dalla cornea con la lancia di Beer rasente al tessuto corneale e poi per non lasciare lacinie

(1) KLEIN, *Zur Operation des Pterigium u. zur Transplantation von Schleimhaut* (Allgem. med. Zeitung n. 3 et 4, 1876.

(2) *Archiv für Ophthalm.* t. XIV l. p. 267.

di tessuto che avrebbero aumentato il *caput mortuum* della ferita, raschiava questa con il tagliente della lancia stessa. Ovio distacca con le forbici e raschia la ferita con una delle branche taglienti delle forbici medesime. « Ovio l. c. p. 474 ».

Ora s'inganna chi crede che, asportando le lacinie della superficie cruenta corneale con il raschiamento eviti, od abbrevi il processo di eliminazione. Dice Landerer: « *Le ferite pure « da taglio che sono praticate con riguardo ed abilità si ricoprono dopo 24 a 36 ore di un velo torbido, formato di frammenti e di avanzi cadaverici di cellule, per cui la ferita « diventa impura. Lo strato impuro è tanto più denso per « quanto più la ferita è contusa »* (1).

Immagini ognuno quanto impura diventerà la ferita corneale che segue allo pterigio operato, quando si aumenta l'azione traumatica della dissezione con raschiamento, o con l'azione contundente delle forbici sui tessuti e specialmente poi, come ultimamente ha consigliato Ovio, con l'azione caustica di una piccola lama galvanica? (2) Io credo che abbia avuto più ragione Castorani, allorchè, asportato lo pterigio della cornea, lasciava beante la ferita congiuntivale, che causticava con il solfato di rame, finchè non fosse cicatrizzata quella corneale. In tal modo egli distruggeva l'inizio di ogni processo di riparazione congiuntivale, a vantaggio di quella corneale, isolato così dal primo. Anche Forgue e Reclus consigliano nei casi disperati di recidiva lasciare la ferita congiuntivale senza sutura (3).

Alcuni insuccessi avuti da me, negli anni, 1898 e 1899, mi spinsero fin d'allora, come già accennai, a studiare la quistione della recidiva nello pterigio. Nel 1900 modificai, per la prima volta, il processo di asportazione dello pterigio, aggiungendo a quello di Arlt e Pagensteckhr l'innesto di lembetti corneali

(1) LANDERER, *Manuale di patologia e terapia chirurgica generale. Tradotto in Italiano da Dandolo*, p. 103.

(2) OVIO, *Osservazioni cliniche sulla causticazione ignea a scopo terapeutica in oculistica*. La Clinica Oculistica Nov. e Dicembre 1905 p. 2274.

(3) FORGUE ET RÉCLUS, *Traité de thérapeutique chirurgicale*, V. 2. p. 188.

presi dalla cornea di coniglio, giusta le norme apprese da me alla Clinica di De Vincentiis, il quale nella comunicazione orale all'Accademia Medica Chirurgica di Napoli del 26 Aprile 1894 concluse con queste parole: « L'eteroplastia del tessuto « corneale ha uno splendido avvenire quale mezzo di pronta « riparazione e di difesa dell'occhio » (1).

Essendomi limitato ad incidere lo pterigio rasente la cornea con coltellino ben tagliente senza raschiare, come consiglia Sgrosso (2) il risultato è stato sempre ottimo, poichè i pochi detriti cellulari sono assorbiti sotto il lembetto vitale sovrapposto dalla sola azione fagocitaria, e quando iniziassi la neoformazione vasale riparatrice dal limbus prossimiore il lembetto corneale ha già aderito ai tessuti sottostanti. In tal modo la pronta riparazione eteroplastica mette la ferita corneale in due o tre giorni fuori causa comune da quella congiuntivale, eliminando così la prima condizione, detta innanzi, favorevole alla recidiva dello pterigio.

Però questo processo, per quanto razionale, ebbe nell'animo mio ben poca attrattiva; imperocchè esso trasforma una operazione molto semplice, qual'è quella che comunemente si fa nello pterigio, in un'altra delicatissima e complicata ad auto ed eteroplastia. Le mie prime ricerche sulle conseguenze della fatica oculare mi hanno offerto l'occasione, se non di abbandonare del tutto tale processo, di riserbarlo ai casi di recidiva.

Dissi innanzi che l'altra condizione per la recidiva nello pterigio è l'aumento dei movimenti vasomotori riflessi provocati dalla ferita corneo - congiuntivale.

Il mezzo più opportuno per non provocare tali movimenti è quello di mantenere, durante l'operazione di pterigio e il processo cicatrizzale consecutivo, il muscolo ciliare in completo rilasciamento mediante ripetute instillazioni d'atropina. Cosicchè le poche ed efficacissime modificazioni introdotte da me nel processo di Arlt e Pagenstecher si riducono alle seguenti.

Prima di procedere all'operazione pratico l'antisepsi del-

(1) *Lavori della clinica oculistica di Napoli*, Marzo 1895 V. IV f. II.

(2) Sgrosso, *Compendio d'oftalmologia*, p. 78.

l'occhio e poi instillo il collirio, che soglio adoperare comunemente così composto :

Antipirina	centg. 15
Acido borico	» 75
Solfato neutro d'atropina	» 10
Idroclorato di cocaina	» 20
Acqua distillata	gram. 10

Uso continuare l'instillazione fino a che non si abbia completa dilatazione della pupilla. Ottenuto questo, procedo all'operazione distaccando la testa dello pterigio con un coltellino ben tagliente, rasentando diligentemente la cornea e senza lasciare lacinie, dopo di averlo afferrato in toto con pinza da congiuntiva presso il limbus. Con le forbici l'incido lungo il suo margine superiore ed inferiore e poi l'abbandono nell'angolo interno. Distacco il margine superiore della ferita congiuntivale dal bulbo con le forbici curve, senza comprendere il tessuto episcelerale e per un tratto dal limbus quanto è necessario a coprire tutta la perdita di sostanza, lo riunisco a quello inferiore con un primo punto di sutura presso il limbus e poi con altri due o tre punti successivi. A termine di ciò taglio del tumore la piccolissima parte eccedente e del lembo congiuntivale tirato in basso quella appena esuberante che ricopre la cornea. Fascio l'occhio operato e consiglio all'infermo di muoverlo il meno che gli sarà possibile restando in casa ed in camera oscura. Dopo tre giorni levo i punti di sutura e ripeto le instillazioni di atropina rifacendo la fasciatura. Al sesto scopro l'occhio ed instillo fino a guarigione completa il detto collirio d'atropina soltanto al mattino; nel resto del giorno un altro collirio così composto.

Antipirina	centg. 30
Acido borico	» 75
Acqua distillata	gram. 20

Ciò fino a guarigione completa. Qualora dei vasi neoformati si avvanzassero sulla cornea da far temere la riproduzione dello pterigio, si fanno due o tre cicli di iniezioni di strienina alle tempie, giusta le indicazioni date da me nel mio libro sulla fatica oculare. I vantaggi di questa cura appariscono

dai seguenti casi clinici molto dimostrativi: De Maria Alfonso guardia di finanza fu operato il dì 7 Febbraio 1905 dal mio Assistente nel Reparto oculistico dell'Ospedale Maggiore di Napoli per pterigio recidivo, di cui aveva già subito una prima operazione all'Ospedale Militare di Roma. Ricorse al processo Arlt e Pagenstecher e l'escissione fatta con forbici giusta indicazioni di Ovio. Dopo ciò copiò la sua relazione: « Il decorso operatorio fu affatto asettico. Tolti i « punti di sutura, si trovarono i margini della perdita di so-
« stanza congiuntivale riuniti per prima. Persistendo a lungo
« una notevole vascolarizzazione della congiuntiva al posto
« dello pterigio da minacciare una seconda recidiva, anche
« dopo la consolidazione della cicatrice operatoria, furono
« iniziate le iniezioni di strienina alle tempie, per effetto delle
« quali si notò la scomparsa graduale dei vasellini ed il rischia-
« ramento completo della congiuntiva bulbare; l'infermo fu
« dimesso guarito dopo circa 30 giorni di degenza ospedaliera.
« Oggi rivisitato « 17 mesi dopo » non presenta alcuno ac-
canto a recidiva.

Una prova più conveniente dell'influenza predominante dei disturbi vasomotori sullo pterigio si ritrae dal caso del soldato Di Camillo Vincenzo del 46° Regg.to Fanteria, operato da me il 24 Nov. 1905 di asportazione di pterigio e d'immediata causticazione della ferita corneale. Aveva finito allora di pubblicare sulla « Clinica oculistica » e comunicato al XIII° Congresso degli oculisti italiani il Prof. Ovio i suoi studi sulla *Causticazione ignea a scopo terapeutico*, quando volli provarla. In questi studi tra l'altro dice, che per sollecitare la cicatrice della ferita corneale nello pterigio, egli usa di causticare con piccola lama galvanocautica la ferita stessa, la quale, secondo lui, distrutte le piccole lacinie lasciate dall'asportazione della testa dello pterigio subito si epitelizza.

Nel soldato Camillo ricorsi alla causticazione della perdita di sostanza corneale; però essendosi guastato l'apparecchio galvanico caustico dell'ospedale, proprio in quel giorno, causticai la cornea con la punta del termocauterio, sicuro,

se mai fallisse la prova, di avere nel mio concetto curativo il mezzo opportuno per arrestare la recidiva. L'azione raggianti del caustico attuale produsse tale un'escara corneale che occorsero 4 o 5 giorni prima di distaccarsi. Caduta la escara, la perdita di sostanza fu occupata da un grosso bottone carnoso, mentre la ferita congiuntivale fortemente iniettata lasciava scoperto il bulbo presso il limbus per retrazione dei suoi margini. In tutto questo tempo l'infermo si era sacrificato rimanendo per sei giorni a letto con ambedue gli occhi bendati ed in una stanza oscura. Credetti allora opportuno d'intervenire e senza toccare le vegetazioni corneali, sbendai gli occhi, lasciando tuttavia l'infermo in camera oscura. Instillai ripetute volte l'atropina nell'O. operato di pterigio e cominciai subito il primo ciclo d'iniezioni di solfato di stricnina da 2 a 4 milligram: Le feci alle tempie in tre mattine successive e furono seguite, con intervallo di 3 giorni, in cui praticai le iniezioni di cacodilato di sodio nelle natiche, da altri due cicli d'iniezioni di stricnina, portata rapidamente (in tutto 9 iniez.), alla dose 8 mill., giusta le indicazioni date da me nel lavoro innanzi citato. Il risultato fu immediato e sorprendente; le vegetazioni corneali avvizzirono subito, la forte iniezione della ferita congiuntivale si attenuò in modo da procedere le une e l'altra verso la cicatrice regolare, che finora non ha più data molestia all'individuo.

Dissi innanzi che alle iniezioni di stricnina ricorro negli operati di pterigio, quando la progressione della cicatrice mostra di deviare dal suo corso regolare. La stricnina se apparentemente è incompatibile con l'uso dell'atropina ha su questa il vantaggio di agire a preferenza sull'elemento nervoso e propriamente sui neuroni ciliari esauriti dalla fatica del muscolo ciliare, mentre l'altra agisce più sugli elementi di questo muscolo medesimo mettendoli a riposo. Ambedue poi sommano la loro azione quando il disturbo è esclusivamente vasomotorio, come nello pterigio, in cui la nevrosi del plesso ciliare trova nello spasmo del m. ciliare dell'occhio ipermetropico l'incentivo a manifestarsi, e segna così l'origine, o meglio diventa essa stessa causa di riproduzione del

tumore. Spesso unisco i due alcaloidi nello stesso collirio con vantaggio. Però sarà sempre controindicata la stricnina se l'iride ed il corpo ciliare mostrano anche lontanamente di essere compromessi. Per l'ordinario nelle operazioni di pterigio non ho riscontrato la necessità di ricorrere alla stricnina. Bastano le instillazioni di atropina ripetute perchè il risultato delle operazioni decorra senza complicanza. Giorni sono operai di pterigio un uomo di un paese presso Napoli. Gli fasciai il solo occhio operato ed immediatamente lo feci ritornare in paese; al terzo giorno gli ho levato i punti di sutura e all'8° e 10° egli era già completamente guarito essendo rimasto nei soli primi 3 giorni in casa colla detta fasciatura. Meno i primi giorni, ha atteso sempre alle sue ordinarie faccende portando una piccola benda nera quadrata attaccata ad un nastro avvolto intorno alla testa.

Credo inutile riportare altri casi clinici potendo ciascuno procurarsi la dimostrazione della bontà del metodo col modificare il processo di Arlt e Pagenstecher nel modo detto innanzi. Perciò conchiudo col dire che l'etiologia e la recidiva dello pterigio trovano nelle mie teorie sulla fatica oculare la spiegazione più convincente e sono un'altra prova dell'importanza di questi studi.

