BIBLIOTECA LANCISIANA
BIBLIOTECA MEDICA ROMANA
MISCELL.
B 7
11

COLLANA MORGAGNI

DI SCIENZE MEDICHE E NATURALI

COLTA DI CONFERENZE CLINICHE

insieme ai più rinomati prof. tedeschi

EDITA DA

RICCARDO VOLKMANN

N. 186.

SUL NESSO ANATOMICO CHE COLLEGA LE INFIAMMAZIONI ED ENDOCRANICHE

DI

R. BERLIN

BIBLIOTECA LANCISIANA ROMA

Traduzione del dott. **GONELLA GIUSEPPE**

BIBLIOTECA MEDICA ROMANA

Dottor LEONARDO VALLARDI, Editore

NAPOLI — Strada Trinità Maggiore 6.
MILANO — Corso Vittorio Emanuele, 24.
ROMA — Via del Corso, 269.
CATANIA — Via Fischetti, 51.
TORINO — Via Corte d'Appello, 14.

1883

RACCOLTA DI CONFERENZE CLINICHE

Redattore RICCARDO VOLKMANN

PROFESSORE IN HALLE

CONFERENZE COMPONENTI LA 1ª SERIE.

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

CONFERENZE COMPONENTI LA 2ª SERIE.

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

CONFERENZE COMPONENTI LA 3ª SERIE.

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

SUL NESSO ANATOMICO CHE COLLEGA LE INFIAMMAZIONI ORBITALI ED ENDOCRANICHE (1)

DI

R. BERLIN

R. ACCADEMIA MEDICA ROMA

Signori,

I vecchi autori come GIAN PIETRO FRANK (2) ed altri dopo di lui reputavano la prognosi delle infiammazioni orbitali talmente infausta da non potersi conservare l' occhio neppure nei casi più fortunati, mentre si doveva star preparati ai peggiori eventi spesso anche all'esito letale.

Sebbene noi non possiamo in modo assoluto partecipare ad un tal modo di vedere e dobbiamo ad es. ritenere come fausta la prognosi di un così detto flemmone orbitale genuino, sia per quanto spetta all'occhio che per quel che riguarda la vita, ciò nullameno bisogna pure ammettere che il numero dei casi con esito letale non è tanto piccolo e tale esito lo si osserva specialmente allorquando infiammazioni orbitali si associano ad infiammazioni intracraniche.

(1) Questa conferenza fu tenuta in forma abbreviata nella adunanza dei Nevrologi ed Alienisti della Germania Sud-Ovest, che ha avuto luogo il 5 ed il 6 giugno del corrente anno in Baden-Baden; quanto alla particolareggiata bibliografia ed ai dettagli della prima parte rimando al mio lavoro sulle malattie orbitali nel trattato delle malattie oculari di GRAEFE e SAEMISCH, che verrà alla luce di questi giorni.

(2) Citato da DEMARQUAY — Traité des tumeurs de l' orbite p. 133.

Il rapporto cronologico e, come possiamo bene ammettere, eziologico di questi due processi è notoriamente doppio. Talvolta si tratta di un' infiammazione primitiva del tessuto cellulo-grassoso dell' orbita, alla quale si associano fenomeni infiammatori intracranici, talaltra è il flemmone della cavità orbitaria che tien dietro ad un pregresso processo delle meningi.

Fatta astrazione delle ferite dell'orbita e delle sue pareti, potrei anzitutto separare dalla prima serie un gruppo abbastanza ben delimitato, quello cioè in cui esiste contemporaneamente una malattia delle ossa. L'affezione ossea consiste in tali casi in osteite, carie e necrosi e questi processi anatomo-patologici ci si presentano sempre col quadro clinico della periostite.

Il propagarsi dell'infiammazione al periostio cranico e la meningite che così vien provocata ci si spiega facilmente coll'intermediario della malattia ossea; e ciò tanto meglio dove più sottile è la parete ossea di cui si tratta, il che si verifica specialmente nei due terzi posteriori della volta cranica.

Noi possiamo ben ammettere che l' affezione delle ossa, rispettivamente del periostio, è sempre l'affezione primitiva, e che l' infiammazione del connettivo orbitale è secondaria. Secondo Mackenzie (1) un flemmone orbitario potrebbe indurre una carie secondaria delle pareti: questo però pare a me inverosimile, in ogni caso non è dimostrato.

Il diffondersi del processo infiammatorio noi lo possiamo in tali casi considerare come un' infezione propagantesi per *continuitatem*. Pare per altro che esso si propaghi ancora per *contiguitatem*, d'onde risulterebbe vieppiù la sua natura infettiva. Noi troviamo cioè generalmente la parte del cervello sovrapposta alla porzione d' osso ch' è malata, malata essa pure ed anzi per lo più in forma di ascesso cerebrale.

Ora egli non è tanto il nesso bene evidente che lega insieme l'infiammazione dell'orbita e quella della cavità cranica, quando esista contemporaneamente una affezione delle ossa, che io vorrei fare oggetto del mio discorso, ma piuttosto

(1) Traité pratique des maladies des yeux. Quatrième édition, traduite et augmentée par Warlomont et Testelin. I. pag. 38. 1856.

le vie di comunicazione, che determinano il passaggio della infiammazione dall'uno all'altro dei detti territorii, senza che esista affezione delle ossa.

Anzitutto per quanto spetta al diffondersi di un' infiammazione orbitale alla cavità cranica, DEMARQUAY (1) ammette che ciò possa succedere per mezzo della «*fissura orbitalis superior*, appoggiandosi sopra una supposta osservazione di VELPEAU (2). Ora nel brano citato di VELPEAU non si tratta punto dell'oggetto in questione, mentre in un altro sito, nel capitolo « orbite » si trova l'osservazione *che la comunicazione venosa diretta tra la* VENA ANGULARIS *ed il* SINUS SELLAE TURCICAE *spiega in parte perchè la malattia si diffonda così facilmente al cervello e viceversa.* Queste parole accennano già all'unica via finora constatata, attraverso la quale un'infiammazione dell'orbita possa diffondersi alla cavità cranica, vale a dire la *Trombosi*, la *Flebite* della vena oftalmica. Vero è che la comunicazione di questa vena col seno cavernoso si fa attraverso la *fissura orbitalis superior* e quindi in questo senso, *ma solo anche in questo senso* si può affermare il diffondersi di un' infiammazione orbitale alla cavità cranica attraverso di essa.

Teoricamente sarebbe bensì possibile che una suppurazione si diffondesse lungo le guaine nervose del Trigemino, del Trocleare, dell' Oculomotorio, dell' Abducente fino alle Meningi: non esiste però un' osservazione di fatto di tal sorta. Il connettivo, del resto, che riempie tale fessura, presenta una tal forza e resistenza, che un disfacimento del medesimo per un processo suppurativo dell'orbita si deve *a priori* ritenere come sommamente inverosimile: in ogni caso non fu mai osservato. Esiste però ancora un' altra via anatomica preformata, attraverso la quale un' infiammazione si potrebbe dalla cavità orbitale propagare alla cavità craniana: lungo le guaine del nervo ottico. Su questa via per quel che io sappia, richiamò pel primo l'attenzione il WECKER (3), specialmente per

(1) L. c. pag. 145.

(2) Traité de l' anatomie chirurgicale. Mir steht eine französische Ausgabe vom Jahre 1825 zu Gebote.

(3) Traité théorique et pratique des maladies des yeux. T. I. pag. 766. 1867.

quei casi di meningite che vennero osservati tener dietro all'enucleazione del bulbo.

Nei casi di tal sorta pubblicati l'esame anatomo-patologico ha bensì dimostrato l'esistenza di un grado più o meno rilevante di infiammazione nel tessuto cellulo-grassosso dell'orbita, *ma in nessuno di essi fu constatato il propagarsi del pus fino alle meningi lungo le guaine del nervo ottico.* Precisamente all'opposto le ricerche espressamente istituite a tale scopo ebbero un risultato negativo ed anzi non solo per quel che spetta alle guaine dell' ottico, ma anche per quelle del Trigemino e dei nervi oculomotori. In presenza di questi fatti non possiamo assolutamente attenerci all'opinione, che la connessione anatomica dello spazio endocranico collo spazio intervaginale del nervo ottico determini la comunicazione dell'infiammazione orbitale colla meningea.

Pur troppo nelle ricerche anatomo-patologiche notiamo che per lo più non si è tenuto conto di un fattore importante, delle vene orbitali cioè, dei vicini seni. Solo H. Pagenstecher (1) ha nel suo caso rivolta l'attenzione al seno cavernoso, nel quale trovò « quantità non grandi di sangue coagulato ». Mancano più esatte indicazioni sul colore, l'aderenza dei trombi ecc. L'esame delle vene orbitali dovrebbe essere praticato in tali casi con cura affatto speciale: forse il medesimo ci darebbe la chiave della reale via di diffusione dell' infiammazione dall'orbita alle meningi e precisamente nel senso di Velpeau.

Se noi ora rivolgiamo la nostra attenzione al secondo gruppo, nel quale l' infiammazione si diffonde in direzione centrifuga dalla cavità del cranio all'orbita, ci troviamo subito davanti ad un quadro ben noto: *la trombosi del seno.* Anche qui la via di comunicazione è la venosa. Noi troviamo cioè che una trombosi marantica o secondaria dal seno cavernoso, o da altro seno della dura madre situato più allo indietro, si propaga alle vene orbitali, facendosi così il punto di partenza di un' infiammazione del connettivo retrobulbare. Or bene, secondo Dusch (2), le trombosi secondarie del seno

(1) Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde 1873. pag. 123.

(2) Ueber Thrombose der Gehirnsinus. Zeitschrift für rationelle Medicin. 3. Reihe. 7. Band. 1859.

sono di preferenza accompagnate dalla meningite. In tali circostanze un esoftalmo infiammatorio, ovvero un edema della congiuntiva che lo preceda e che si sviluppi in seguito a sintomi cerebrali, diventa un importante sintomo diagnostico di una meningite purulenta, come già ai suoi tempi aveva notato LEYDEN (1). Il primo caso di LEYDEN era, come l'autore espressamente osserva, una trombosi del seno e precisamente una trombosi puerperale. Se io ben lo comprendo, egli vuole che il significato diagnostico dell' edema sottocongiuntivale infiammatorio sia riservato alla forma di meningite purulenta dipendente dalla trombosi del seno. In questo senso possiamo dichiararci perfettamente di accordo con lui.

Ma il complesso di sintomi esposti da LEYDEN furono in appresso attribuiti da altri a differenti forme di meningite e specialmente alla meningite cerebro-spinale epidemica, e venne ancora presa in considerazione un altra via di diffusione del processo infiammatorio, oltre a quella messa in sodo dal LEYDEN.

Nella meningite cerebro spinale noi troviamo di fatto talvolta un gruppo di sintomi affatto simile a quello di cui abbiamo discorso or ora. Compaiono dapprima disturbi cerebrali o cerebro-spinali ed, o subito all'inizio della malattia, o nel decorso della medesima si produce un chemosi congiuntivale. Contemporaneamente constatiamo una raccolta di pus nella camera anteriore, più spesso nel vitreo.

Era ovvio che si cercasse il nesso clinico della suppurazione intracranica coi processi infiammatori endoculari nella connessione anatomica, che si era frattanto stabilita, coi classici lavori di SCHWALBE (2) ed AXEL KEY (3), tra gli spazii

(1) Bericht über die während des Zeitraums vom 1. November 1861 bis 15. April 1862 auf der inneren Abtheilung des Herrn Prof. TRAUBE in der Charité vorgekommenen Puerperalerkrankungen. Annalen des Charité-Krankenhauses X. pag. 94. Derselbe in VIRCHOW's Archiv Bd. XXIX. pag. 199 u. f. 1864.

(2) Untersuchungen über die Lmyphbahnen des Auges und ihre Begrenzungen. Archiv für microscopische Anatomie VI. S. 12 f. 1870.

(3) Nordisk med. Archiv II. I. pag. 13-18. 1870.

aracnoideale, sottovaginale, tenoniano e pericoroideale : tale maniera di vedere acquistava tanto più terreno quanto più si moltiplicavano le osservazioni anatomo-patologiche di raccolte di liquidi nello spazio sottovaginale. BERTHOLD (1) formulava tali vedute in questa guisa:

1. L'occhio s' ammala nelle singole forme di meningite per il propagarsi dell'infiammazione dalle meningi al bulbo.

2. Questa propagazione, si fa attraverso il canale ottico per mezzo degli spazii linfatici.

3. A seconda dell'intensità dell'infiammazione, e dell'essudato da essa prodotto negli spazii linfatici dell'occhio, si ha lo riempimento dello spazio di TENONE col chemosi congiuntivale, ovvero lo riempimento dello spazio vaginale coll'edema della papilla e la nevrite ottica, oppure nei casi più violenti una infiammazione suppurativa della retina e del vitreo.

Per quanto plausibile appaia a prima vista tale ragionamento, tuttavia esso manca di fondamento anatomo-patologico.

L'unica cosa che sia stata constatata dall' autopsia, e che era già nota molto tempo prima della pubblicazione di BERTHOLD è, che il prodotto di una meningite cerebro-spinale può framezzo alle guaine del nervo ottico discendere fino al bulbo e produrre un edema della papilla.

Dico espressamente « discendere » perchè a mio parere il pus viene solo per condizioni meccaniche spinto dalla cavità craniana nello spazio intervaginale.

La *vis a tergo* è la pressione endocranica aumentata dall' essudazione: vale a dire, a mio parere, l' aumento ritmico della medesima per il soppravenire del sangue venoso al cervello.

Si potrebbe anche immaginare che l'essudato si fosse formato dentro alle guaine stesse del nervo ottico, sia per via dell' infezione generale , che è stata causa prima di tutta la malattia, o di una infezione locale progressiva. Quest'ultima ipotesi pare servire di fondamento alla teoria di BERTHOLD circa il propagarsi dell'infiammazione alla capsula di Tenone ed al bulbo.

(1) V. GRAEFE's Archiv f. Ophthalmologie XVII. I. pag. 184.

Se non che non si è mai visto l' essudato infiammatorio portarsi oltre l'estremità oculare dello spazio sottovaginale. Nel caso di SCHIRMER (1) e GROHÈ la partecipazione del bulbo si limitava alla nevrite apprezzabile all'ottalmoscopio, una alterazione che può essere prodotta dalla semplice stasi meccanica della circolazione dei vasi centrali perchè la riscontriamo anche nelle emorragie sottovaginali.

Se ci facciamo poi a considerare quei casi, nei quali si è contemporaneamente prodotto un essudato purulento negli spazii linfatici del bulbo — una forma di malattia che abbiamo a comprendere sotto il nome di ciclite — noi vediamo che, nelle descrizioni anatomo-patologiche, che ci stanno finora davanti, manca senza eccezione alcuna, la partecipazione dello spazio sottovaginale e quindi appunto la prova della non interrotta connessione dell'infiammazione endocranica colla endoculare. BERTHOLD, al quale un reperto positivo in questo senso avrebbe dovuto essere di grande importanza, come materiale di prova per la sua teoria, non parla punto del nervo ottico e sue guaine del lato principalmente malato, dice solo che in tagli longitudinali del nervo ottico dell'*altro lato* non trovò nulla di abnorme.

RUDNEW (2) trovò « il nervo ottico senza alterazioni » ed OELLER (3) che sottopose il nervo ottico e le sue guaine ad un esame fatto con cura affatto speciale dice: « ho esaminato colla massima curai mediante serie complete di tagli e di preparati di piatto, tutte le vie che avrebbero potuto trasportare l' infiammazione dai focolai di essudazione al cervello, ma confesso che non ho trovato pur la traccia di un'alterazione patologica. Questi risultati negativi rappresentano, per quanto è a mia conoscenza, tutto il materiale d'osservazione anatomo-patologica di cui possiamo finora disporre su tale campo, di fronte ad essi il ragionamento di BERTHOLD appoggiato solo a rapporti anotomici normali, perde ogni significato pratico.

Noi dobbiamo anzi osservare, che i casi che ci stanno davanti provano precisamente il contrario, che l'ammalarsi del-

(1) Klin. Montsblätter für Augenheilkunde 1865. pag. 275.
(2) VIRCHOW's Archiv. Band XLI. pag. 85.
(3) KNAPP's Archiv f. Augenheilkunde VIII. pag. 376.

l' occhio nella meningite cerebro-spinale non si fa per propagazione dell'infiammazione dalle meningi al bulbo stesso.

Ora notoriamente s'è anche fatto strada un'altra interpretazione della patogenesi della ciclite suppurativa, che si osserva nella meningite cerebro-spinale: secondo essa tale ciclite sarebbe di natura metastatica. Tale opinione viene sostenuta da Jacobi (1) e da altri. Secondo questa teoria, tale ciclite sarebbe da mettersi in un fascio colle iridocoroiditi che compaiono dopo il tifo, la febbre ricorrente, la piemia ecc. Se così fosse, dovremmo aspettarci che il *carattere secondario* dell'infiammazione oculare apparisse anche dal decorso clinico del quadro morboso, cioè in guisa che i sintomi oculari fossero *regolarmente posteriori*, *posposti* ai cerebro-spinali. Apparentemente le cose stanno appunto così. Noi troviamo ammesso da reputati autori (2) che i fenomeni dell'iridocoroidite purulenta sogliono manifestarsi dalla seconda alla terza settimana di malattia. Ora, se Voi osservate più da vicino i casi che servono di base a tale asserto, v'accorgete che i medesimi null'altro vi dimostrano se non che l'infiammazione oculare ed in specie i sintomi più grossolani, facilmente apprezzabili ad occhio nudo, furono constatati dentro il periodo di tempo citato. Con ciò non è punto dimostrato che l'affezione oculare non datasse da più lungo tempo. Se considerate che in tali casi l'occhio non fu per lo più fin da principio l'oggetto dell' attenzione di uno specialista, e che per lo più i gravi sintomi cerebrali mascheravano le locali alterazioni oculari, dovrete ammettere la possibilità che l'irodocoroidite si sviluppasse già prima, forse fin dal principio della malattia.

Quest'ipotesi acquista essenzialmente terreno per le osservazioni di Oeller (3) e Rudnew (4), i quali constatarono realmente l'apparire dell'infiammazione oculare al principio della malattia, anzi contemporaneamente al primo comparire dei sintomi meningei. Io ritengo queste due osservazioni come sommamente importanti e credo che possano a buon

(1) V. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie XI. pag. 167.
(2) Vergl. Knapp Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1865. p. 514.
(3) L. c.
(4) L. c.

diritto considerarsi come il prototipo clinico della ciclite associata alla meningite cerebro-spinale. Io non mi posso immaginare che talvolta abbiasi a considerare l'infiammazione oculare come una affezione sviluppantesi contemporaneamente alla meningite, e quindi in ogni caso non metastatico, tal altra invece come un'affezione metastatica, in ogni caso secondaria. Piuttosto io reputo che essa compaia sempre contemporaneamente alla meningite, ma che la medesima in molti casi dotata di un grado leggiero di sviluppo non sempre venga subito avvertita, mentre per lo più solo più tardi suole assumere forme che cadono facilmente sotto i nostri occhi.

Ora se noi non vogliamo considerare la ciclite che osserviamo associata alla meningite cerebro-spinale — le forme osservate in casi di meningite sporadica possiamo ben metterle in un fascio con quella — se noi dico, non vogliamo considerare tale ciclite nè come *propagata* dalle meningi, nè come *metastatica*, come abbiamo allora a figurarci la patogenesi della medesima?

Io reputo che la spiegazione più naturale dovrebbe essere la seguente: l'agente morbigeno, o, se volete, il miceto che produce la meningite cerebro-spinale trova altrettanto bene nello strato vascolare della coroidea come in quello delle meningi (ed il primo è in così stretto rapporto genetico col secondo), le condizioni per il suo sviluppo ulteriore, e quindi contemporaneamente all'infiammazione delle meningi può produrre ancora l'infiammazione della coroidea. Perchè poi la coroidite non si osservi in ogni caso, non possiamo spiegarci: non si osserva pur anche in ogni caso un esantema, una tumefazione infiammatoria della milza o dei follicoli dell'ileo. Se ciò dipenda dalla quantità o dalla qualità dell'agente infettivo, o vi concorra anche la maggiore o minore vulnerabilità dell' individuo, nello stato attuale delle nostre cognizioni non si può *a priori* decidere. In breve, noi dobbiamo considerare l'iridociclite che accompagna la meningite cerebro-spinale e verosimilmente anche quella associata alla meningite sporadica, *come una contemporanea localizzazione di una medesima sostanza infettiva* la quale ha prodotto l'affezione generale e l'infiammazione delle meningi.

Voi vedete adunque che, fin' ora una sola via diretta di unione tra le affezioni orbitali ed intracraniche è anatomicamente provata; e questa è quella attraverso le vene. Il passaggio su questa via può farsi così in via centripeta che in via centrifuga L'edema sotto-congiuntivale infiammatorio che osserviamo nella complicazione della meningite e della ciclite purulenta, non è punto una propagazione del processo endocranico, sibbene puramente il noto edema collaterale che accompagna ogni infiammazione suppurativa del tratto uveale, edema ben noto agli operatori come quello che è in molti casi di funesto augurio per l'esito d'una operazione.

Si capisce da se che un'iridocoroidite purulenta associata alla meningite cerebro-spinale, può come qualunque altra forma, produrre una partecipazione all'infiammazione nel connettivo orbitale, una così detta tenonite.

In ogni caso rimane ben stabilito che una propagazione diretta della meningite attraverso lo spazio sottovaginale nello spazio di Tenone e quindi nello spazio pericoroideale non fu neppur in un solo caso dimostrata, anzi nemmeno la contemporanea presenza di prodotti infiammatori nello spazio sottovaginale e nell'interno del bulbo.

In generale pare a me che esista una tal quale propensione ad esagerare la parte che spetta ai grossi spazi linfatici e specialmente a quelli delle guaine nervose nella propagazione di processi patologici. Nel cerchio dell' orbita le cose stanno veramente così. Tale propensione ha non solo condotto all'ipotesi punto accettabile del nesso anatomico diretto tra le infiammazioni meningee e coroideali, ma altresì ad ammettere una tenonite sierosa, un quadro morboso che manca completamente di fondamento anatomo patologico.

In un'altra affezione ancora viene ai nervi ed alle loro guaine attribuita, come io credo, a torto una parte essenziale nella propagazione del processo infiammatorio—voglio parlare dell' *oftalmia simpatica.*

Si capisce benissimo come fenomeni di irritazione possano essere determinati dal nervo ottico e specialmente dai nervi ciliari dell'occhio primo affetto: si può anche concedere che certi disturbi funzionali e nutritivi, forse anche di natura in-

fiammatoria, si possono da un nervo ottico trasportare attraverso il chiasma, al nervo ottico ed eventualmente alla retina del lato opposto, ma come un processo infiammatorio di proliferazione del *tratto uveale* si abbia per mezzo del nervo ottico o dei nervi ciliari a propagarsi da un' occhio a quello del lato opposto, manca per questo ogni plausibile spiegazione. La preponderante influenza che viene in siffatta questione attribuita ai nervi ciliari, è in evidente contrasto coi reperti anatomo-patologici. Se noi ci immaginiamo un' affezione di un nervo ciliare che si propaghi nella sua propria sostanza ovvero lungo le sue guaine in guisa continua ovvero a salti, e se c'immaginiamo che la medesima, per quanto oscura sia la via, possa realmente raggiungere un nervo ciliare del lato opposto, all'utilizzazione pratica di questa via di trasmissione dell'infiammazione simpatica si oppone il fatto grave che nel maggior numero dei casi i nervi ciliari furono trovati intatti.

Maggior luce sulla parte che spetta ai nervi ciliari nella oftalmia simpatica pare nascere a prima vista dai belli esperimenti, istituiti ultimamente da Mooren e Rumps (1) *sui riflessi vasali* nell' occhio. Ma anche qui rimane pur sempre una grande lacuna da riempire. Possiamo noi ammettere che l'angioneurosi simpatica constatata mediante tali esperimenti anche pel tratto uveale, sia per se stessa in grado di destare una vera infiammazione?

Secondo il concetto moderno intorno alle cause di un vero processo essudativo, concetto fondato specialmente sui risultati della medicazione antisettica, noi dobbiamo assolutamente rispondere di no. Ma io credo che noi ci avviciniamo di più alla spiegazione delle misteriose affezioni simpatiche se teniamo conto di tale concetto moderno.

È merito non dubbio del Leber (2) di avere accennato alla natura infettiva della maggior parte delle infiammazioni del tratto uveale. Solo di due forme egli non parla nella sua conferenza, cioè la già citata endocoroidite purulenta asso-

(1) Centralblatt für die med. Wissenschaften 1880. pag. 337.

(2) Bericht über die zwölfte Versammlung der Ophthalmologischen Gesellschaft. Heidelberg 1879. pag. 123 u. f.

ciata alla meningite cerebro-spinale e la simpatica. Vuole egli assolutamente escluse queste due forme? Non lo credo.

Le ragioni che parlano in favore della natura originariamente infettiva della prima di queste due forme, sono state da me or ora sviluppate; *ora io credo che anche l'iridocoroidite simpatica abbia a considerarsi come infettiva o piuttosto come metastatica.*

Se noi passiamo in rivista i casi, nei quali si è sviluppato nel secondo occhio una vera *infiammazione* del tratto uveale, apparirebbe che quasi senza eccezione si è avuta la perforazione della tunica fibrosa dell'occhio primitivamente affetto. Nel maggior numero dei casi era la medesima l' effetto di un trauma diretto, in altri si trattava della perforazione spontanea di un ulcera corneale ed in quei casi in cui l'affezione simpatica era associata da tumore endoculare, esisteva un pregresso insulto operativo. Quindi fatta completa astrazione della possibile eventualità di Keratiti *micotiche* s'era avuto un contatto più o meno lungo dell' iride o della coroidea coll'aria atmosferica ed ancora, sul che bisogna particolarmente insistere, le membrane vascolari erano per lo più nello stato di lesione di continuità. Or bene il quadro morboso si svolge ulteriormente come segue. Dapprima si sviluppa un irite od un iridocoroidite nell'occhio ferito o in altri casi primitivamente affetto. Ciò avviene pel contatto del tratto uveale coi parasiti che, o erano sospesi nell' aria venuta a contatto del tessuto, ovvero erano aderenti all' istrumento vulnerante, eventualmente per propagazione di un'infiammazione micotica della cornea. Il penetrare di tali germi d'infiammazione nell'interno dell'occhio si capisce tanto più facilmente se nel medesimo è rimasto un corpo straniero che dobbiamo pur sempre ritenere come più o meno contaminato. Brevemente, nei casi in cui una ferita di tal genere non guarisce senz'altro, ma desta invece un' infiammazione nella membrana colpita, noi possiamo ammettere col Leber (1) che ha avuto luogo un' infezione.

La natura infettiva di queste infiammazioni viene caratte-

(1) L. c. pag. 124.

rizzata altresì nel modo più indubbio dal loro insidioso decorso clinico, poichè essa, non ostante tutti gli sforzi terapeutici, conduce sempre a nuove recidive, alle quali il bulbo infine soccombe quasi sempre. La ragione di queste recidive noi non dobbiamo, a parer mio, ricercarla puramente nei fattori meccanici, nelle aderenze dell' iride, nello stiramento della cicatrice ecc. (1) ma essa sta nel carattere deleterio dell'infiammazione infettiva in genere, la quale accanto ai prodotti infiammatori tolti all' organismo dell' individuo, produce altresì nuovi germi parassitari d' infiammazione. Se noi meniam buona questa ipotesi della natura infettiva dell'irite o dell' iridocoroidite dell' occhio *primitivamente affetto* sarebbe ovvio il considerare parimenti come parassitaria l'affezione dell'altro occhio, *l'infiammazione simpatica*. Noi possiamo ben supporre come cosa certa che una parte dei prodotti infiammatori dell' occhio primitivamente entra nella circolazione. Questo avviene più o meno in ogni infiammazione. Essi possono fermarsi in un punto qualsiasi dell' organismo senza sviluparsi ulteriormente, perchè non trovano le condizioni di nutrizione loro adatte, ma se essi giungono al distretto capillare del tratto uveale dell'altro lato, trovan quivi condizioni simili a quelle esistenti nel terreno dove si sono sviluppati. Forse in ciò ha la sua parte l'estensione egualmente piccola dei vasi capillari, fors'anche la presenza della luce, in breve nulla impedisce che i prodotti infiammatori ossia i germi parassitarii d'infiammazione colà insieme a quelli penetrati si sviluppino ulteriormente e quindi destino una nuova infiammazione, che ora si chiamerà metastatica, nel tratto uveale dell'altro occhio. So benissimo che col predetto ragionamento non ho punto dimostrato definitivamente, che l' iridocoroidite simpatica sia di fatto un' infiammazione metastatica, ma io volli però formulare questa ipotesi, poichè essa, astrazione fatta da molte analogie, presenta molti vantaggi a confronto delle anteriori maniere di spiegare la patogenesi di tale malattia.

In primo luogo essa è in perfetto accordo col concetto mo-

(1) Vergl. LEBER l. c.

derno sull' essenza dell' infiammazione, frutto questo dei risultati della medicazione di LISTER: essa è in perfetta armonia col decorso clinico dell' infiammazione dai due lati ed infine credo che essa possa influenzare e rassodare le nostre idee terapeutiche ripristinando nei suoi diritti a torto contestati la precoce enucleazione profilattica.

3567

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

CONFERENZE COMPONENTI LA 4ª SERIE.

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

CONFERENZE COMPONENTI LA 5ª SERIE.

121. **Vil. Alex. Freund**, prof. in Breslavia — Di un nuovo metodo di estirpazione dell'intero utero.
122. **Haus Ranke**, Sul timol ed il suo uso nel trattamento antisettico delle ferite.
123. **Künster**, prof. in Jena— Sulle presentazioni delle natiche e dei piedi, loro pericolo e loro trattamento.
124. **Genzmer**, prof. in Halle—L'idrocele e la sua guarigione mercè il taglio e consecutivo trattamento antisettico.
125-26-27. **T. Spencer Wels**, prof. in Hunter — La diagnosi ed il trattamento chirurgico dei tumori addominali.
128. **C. Liebermeister** — Sul calcolo di probabilità applicato alla statistica terapeutica.
129. **Hitzig Eduardo**, prof. in Zurigo—Sullo stato attuale della quistione della localizzazione nel cervello.
130 **Olshausen R.** — Sulla ovariotomia, i rimedii protettori contro l' infezione settica — Sulla tecnica del trattamento delle aderenze.
131. **Volkmann Ricoardo** — Sul cancro rettale e sulla estirpazione del retto.
132. **Hecker E.** — Cause e sintomi iniziali delle malattie psichiche.
133. **Kahlbaum K.** — I punti di vista clinico-diagnostici della psicopatologia.
134. **Wolf Giulio**, prof. in Berlino—Sulle operazioni che si eseguono situando il paziente col capo pensolone.
135-136. **Carlo Rheyer**, prof. in Dorpat — Il trattamento antisettico delle ferite della chirurgia militare.
137. **O von Grünewaldt**. prof. in St. Petersburg — Piccoli asili o grandi istituti di maternità?
138-139. **Riegel Francesco**. prof. in Colonia — Sull'importanza dell'esame del polso.
140. **B. Kuessner** — Della cirrosi epatica.
141. **Alfredo Hegar** — Sulla Ovariotomia—La riduzione intraperitoneale del peduncolo dei tumori ovarici. Destino ed effetto delle ligature perdute, dei pezzi di tumore strozzati, delle escare gangrenose delle masse completamente staccate e dei liquidi rimasti nella cavità addominale.
142. **Gustavo Just**, prof. in Idstein — Sulle neoformazioni adenoidi nello spazio naso-faringeo.
143 a 45. **Alfredo Hegar**, prof. in Freiburg — La castrazione delle donne.
146 **Hermann Kraussold**, prof. in Francoforte — Sulla recisione e sutura dei nervi.
147. **T. Jügersen**, prof. in Tübingen — La medicina scientifica e i suoi avversarii (Homeopatia; la dottrina di Mesmer e di Rademacher).
148. **L. Lictheim**, prof. in Jena — Sulla emoglobinuria periodica.
149. **F. Martius**, prof. in Hildesheim — I principii della investigazione scientifica nella terapia.
150. **Enrico Fritsch** — Il cefalotribo ed il craniocaste di Braun.

CONFERENZE COMPONENTI LA 6ª SERIE.

151. **Hack Guglielmo**, prof. in Freiburg — Sul trattamento meccanico delle stenosi laringee.
152. **Rheinstaedter Augusto**, prof. in Colonia — Le emorragie uterine estrapuerperali ed il loro trattamento sintomatico e radicale.
153. **Wernich A.** — Sulle forme ed il corso clinico della lebbra.
154. **Rosenbach O.**, prof. in Breslavia — Il meccanismo e la diagnosi dell'insufficienza dello stomaco.
155. **Guglielmo Ebstein**, prof. in Gottingen — Sull'incapacità di chiudersi del piloro (incontinentia pylori.
156. **Emilio Apollo Meissner**, prof. in Lipsia — Sul cholera infantum.
157. **F. Busch**, prof. in Berlino — Rigenerazione e formazione flogistica dei tessuti
158. **A. Vernich** — Sulla etiologia, estinzione e trattamento igienico della lebbra.
159. **Bouno Baginsoky**, prof. in Berlino — L'esame rinoscopico ed i relativi metodi operatorii.
160. **F. Riegel**, prof. in Giessen — La diagnosi dell'aderenza del pericardio.
161. **Carlo Bettelheim**, prof. di Vienna—I vermi nastriformi dell'uomo e i fenomeni morbosi cagionati da essi.
162. **H. v. Bamberger**, prof. in Vienna — Del morbo di Bright e sue relazioni con altre malattie.
163. **Epstein**, prof. in Praga — Dell'itterizia ne' neonati.
164. **Schott** — Menorragie ed iperemie croniche del corpo dell'utero.
165. **Ernesto Ziegler** — Della tubercolosi e della tisi.
166-167. **Gustavo Veit** — Sull'assistenza al parto in caso di mostri doppii.
168. **Mordhorst** — Intorno alla genesi della scrofulosi o della tisi polmonare.
169. **Otto Kuestner**, docente in Jena — Sulle lesioni delle estremità del bambino alla nascita.
170. **Gustavo Veit** prof. in Bonn — Sulla retroflessione dell'utero negli ultimi mesi della gravidanza.
171-172. **Riccardo Volkmann** — Sul carattere ed importanza delle flogosi fungose articolari.
173. **B. S. Schultze** — Sul modo di determinare le indicazioni pel trattamento dell'anteversione e retroversione, nonchè flessione del collo dell'utero.
174-175. **Carlo Weigert**, prof. in Lipsia — L'affezione renale di Bright dal punto di vista anatomo patologico.
176. **Ferd. Aug. Falck**, prof. a Kiel — L'antagonismo dei veleni.
177. **Carlo Giulio Moebius** — Sulle malattie nervose ereditarie.
178. **Derbifth F.**, prof. in Rrostock — Le scoliosi.
179. **Max Runge**, prof. in Berlino — Le malattie acute d'infezione in rapporto etiologico colla interruzione della gravidanza.
180. **A. Vernich** — Dell'aria confinata negli ospedali.

CONFERENZE COMPONENTI LA 7ª SERIE

181. **A. Kussmaul** prof. in Strassbourg in F. — Il turbamento peristaltico dello stomaco con osservazioni sul suo abbassamento e sulla sua dilatazione sul rumore di scoppiettio e la bile nello stomaco stesso.
182. **Albert Burckardt-Merian**, Prof. in Basilea — La scarlatina nei suoi rapporti coll'organo dell'udito.
183-184. **A. Martin** Prof. in Berlino — Sul prolasso della vagina e dell'utero, secondo una conferenza tenuta nel Congresso medico.
185. **E. Raehlman** — Sulla significazione neuropatologia della larghezza della pupilla.
186. **R. Berlin.** — Sul nesso anatomico che collega le infiammazioni orbitali ed endocraniche.
187. **Leopoldo Landau.** — Sui mezzi di dilatazione dell' utero.
188. **Augusto Rheinstaedter.** — Sul nervosismo della donna, i suoi rapporti colla malattia degli organi generativi e il suo trattamento generale.
189. **N. Weiss** — Sul Tetanismo.
190. **E. Bergmann.** — Le lesioni del cervello con sintomi generali e di Focolaio.

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

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

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

Avvertenze

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

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