



Prof. LORENZO BARDELLI

Direttore della Clinica oculistica della R. Università di Firenze

Sulla cheratite con ipopion

Estratto da «Le Forze Sanitarie», Anno VIII, n. 1, del 15 gennaio 1939-XVII



CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

Prof. LORENZO BARDELLI

Direttore della Clinica oculistica della R. Università di Firenze

Sulla cheratite con ipopion

Estratto da «Le Forze Sanitarie», Anno VIII, n. 1, del 15 gennaio 1939-XVII



E' questa una malattia ben conosciuta dagli oculisti, ma non lo è altrettanto dai medici generici che pure sono quelli che, nella grande maggioranza dei casi, sono chiamati a prevenirla e curarla: è quindi un tema che si presta per un giornale pratico di medicina generale e che mi permette di dire qualcosa in proposito, sotto la veste di apostolo di una questione sociale, anzichè volerla fare da maestro agli specialisti.

FUCHS nella celebre memoria *Die Ursachen und die Verhütung der Blindeheit*, dopo aver confermato che l'*hypopion keratitis* (ROSER) od *ulcus corneae serpens* (SAEMISCH) si riscontra molto più frequente nelle persone di campagna che in quelle di città tanto da raggiungere il 67% nei primi (MARTIN); dopo aver rammentato che il massimo dei casi si riscontra durante la mietitura del grano (da cui il nome di cheratite dei mietitori, EMMERT); per spiegare tale cifra elevata nelle persone di campagna, cita la trascuratezza che di solito si pone nella cura dell'inizio della malattia, « mentre — in questi casi più che in altre malattie — « un intervento pronto ed energico è coronato « da successo ».

« La proporzione degli occhi perduti per questa causa — egli aggiunge — diminuirà a « misura che la popolazione delle campagne « sarà più edotta del pericolo ed il soccorso me- « dico sarà più facile ad avverarsi ».

Nè a conclusioni differenti giungono i nu-

merosi cultori della specialità che anche di recente si sono occupati dell'argomento specie in rapporto alle leggi sociali sugli infortuni sul lavoro.

E' noto che la malattia è, nella grandissima maggioranza dei casi, dovuta all'impianto del diplococco lanceolato capsulato in una piccola lesione corneale, per lo più traumatica, e solo eccezionalmente ne è causa il diplobacillo Morax-Axenfeld, quello liquefacente di Petit, lo streptococco, lo stafilococco aureo, il bacillo piociano ed altri piogeni occasionali ed è altresì noto che di regola l'infezione non è dovuta al corpo feritore, ma che trova la sua causa nello stato microbico del sacco congiuntivale per affezioni della congiuntiva, del bordo palpebrale e soprattutto delle vie lacrimali, o vi è portata da toccamenti e pratiche improprie.

L'infezione provoca rapidamente una infiltrazione all'ingiro della piccola ferita e già dopo 36-48 ore parte del territorio infiltrato può essere eliminata ed una piccola ulcerazione a fondo sporco e margini infiltrati può apparire sulla cornea, mentre nella parte inferiore della camera anteriore si delinea un filo di ipopion ancora abbastanza fluido, tanto da spostarsi facendo permanere per alcun tempo il malato con la testa inclinata. E' il primo stadio della cheratite con ipopion. Nei giorni successivi si può notare che l'infiltrazione dei margini dell'ulcera non è più uniforme ma presenta, in forma di semiluna, una maggiore intensità in una data direzione verso cui la ulcerazione progredirà (*ulcus serpens*) e l'ipopion aumenterà

lentamente, si innalzerà nella camera anteriore, si farà più denso perdendo molte volte la sua superficie piana: secondo stadio.

A tal punto cambia di solito l'andamento della malattia: da un giorno ad un altro compare una esacerbazione notevole delle sofferenze del malato con « molesto senso di tensione nell'occhio, nel sopracciglio, nella nuca » (SCARPA, 1808); rapido aumento dell'ipopion che raggiunge e sorpassa la metà della camera anteriore; rapida estensione ed approfondimento dell'ulcerazione sino ad interessare la maggior parte della cornea; perforazione dell'ulcera, remissione dei sintomi subiettivi e molte volte arresto del processo e riparazione con esito in cecità. Mentre nel 1° e 2° stadio l'andamento è stato relativamente calmo e le sofferenze tollerabili, ad un tratto qualcosa è sopravvenuto che ha reso maligno questo processo morboso... tanto da fare scrivere ad AXENFELD: « A causa della malignità del processo il medico pratico che non sa fare un conveniente uso del galvanico, dovrà inviare al più presto possibile in una clinica tutti i casi di ulcera serpigginosa » ed a SALZMANN (15^a ediz. del FUCHS, 1925): « Per il medico pratico ne deriva quindi l'imprescrittibile dovere di inviare senza indugio anche il più leggero caso di ulcera serpigginosa al medico specialista ».

Cosa è avvenuto a questo punto da rendere così maligna la malattia?

Già ARLT fino dal 1870 aveva affermato che « non vi è giammai un ipopion senza irite » e l'ipopion non rappresenta che la parte cellulare dell'essudato infiammatorio dell'iride e del corpo ciliare provocato dai micro-organismi che risiedono nel focolaio corneale. Sono i carboidrati batterici che si trovano nell'essudato del focolaio corneale che colla loro solubilità e la facile diffusibilità arrivano a spiegare la loro azione flogogena così a distanza! E se si tratterà di una infezione dovuta al diplococco lancolato capsulato — come avviene nella grandissima maggioranza dei casi — la lesione delle pareti vasali dell'iride e del corpo ciliare sarà tale da lasciar passare, oltre le frazioni proteiche del plasma le più disperse (legge di Oswald e Bechold), anche il fibrinogeno costituito da micelle colloidali più grosse e l'essudato della

camera anteriore si arricchirà di fibrina tanto da rendere denso e coloso l'ipopion e meno fluido l'acqueo!

Conseguenza diretta di questo fatto sarà il bloccaggio delle vie di filtrazione dell'occhio, l'aumento della tensione endoculare, la difficoltà di nutrizione della cornea. E' l'ipertensione che abolisce la resistenza naturale del tessuto corneale per cui si assiste impotenti al rapido progredire della distruzione di essa, all'aumento dell'ipopion dovuto all'incontrastato moltiplicarsi dei diplococchi per l'abolita resistenza tissulare della cornea stessa.

Basta aver osservato un preparato microscopico di un occhio affetto da tale malattia, per capire il meccanismo con cui si produce l'ipertensione...; già fino dal 1870 STROMAYER trovò « sia nella parte superiore, che nella inferiore « del legamento pettinato, pur essendo la mat-
« lattia al suo inizio, un gran numero di corpu-
« scoli di pus » e venne — dato il tempo — alla conclusione che « il legamento pettinato era la vera sorgente del pus che costituiva l'ipopion », scambiando la via d'uscita con quella di entrata, e gli studi posteriori hanno dimostrato la chiusura di tutte le vie di filtrazione specie quando l'essudato sia ricco di fibrina.

Ma l'ipertensione esiste sempre nel cheratipopion?

Nello stadio iniziale no — a meno che il processo non si sviluppi in un occhio già glaucomatoso — ma nello stadio avanzato quando l'ipopion ha raggiunto un terzo o la metà della camera anteriore è di regola.

Noi più che alla virulenza od al gruppo a cui appartiene il diplococco che ha provocata la malattia, riteniamo legata la sua malignità al fattore ipertensione che ad un dato momento interviene ad abolire la resistenza naturale del tessuto in cui si svolge il processo infettivo.

E' antica ed unanime l'osservazione che quando l'ulcera del cheratipopion si è spontaneamente perforata « i fenomeni irritativi sogliono svanire e la suppurazione allora può arrestarsi » (FUCHS, 1883) e che edotti da tale esperienza GALENO, AETIO, JUSTUS, PAOLO D'EGINA praticavano, per combattere la malattia, fattasi maligna, la paracentesi al limbus, raccomandata poi da WARDROP (1808) e ripresa dal PANAS, come

SAINT-YVES e PELLIER DE QUENGSY praticavano la incisione dell'ulcera, ripresa con la trasfissione da SAEMISCH, mentre WALTER, WEBER, ARLT praticavano la perforazione dell'ulcera, HORNER l'iridectomia, G. MARTIN la trasfissione ignea e TERSON padre la fistolizzazione ignea..., operazioni che se è vero che avevano lo scopo principale di liberare la camera anteriore dall'ipopion, di decongestionare l'occhio e di calmare le sofferenze del malato provocavano una regolarizzazione della circolazione oculare, una migliore nutrizione della cornea ed un arresto dell'infezione.

Già PANAS (1876) scriveva, a proposito del metodo di SAEMISCH: « Risponde a due indicazioni importanti: in primo luogo dà esito «al pus infiltrato tra le lamine della cornea ed «a quello che è contenuto nella camera anteriore; in secondo luogo esso modifica vantaggiosamente la circolazione intra-oculare riportando allo stato normale la tensione dell'occhio «che è generalmente esagerata».

Ma successivamente questo fattore si perde di vista e nei trattati che vanno comunemente nelle mani dei medici e degli studenti se ne parla solo incidentalmente nella terapia, quando, fallito ogni altro mezzo terapeutico, debbono consigliare l'una o l'altra delle cure chirurgiche che varranno a regolarizzare la nutrizione della cornea, ad ottenere un acqueo più ricco di sostanze immunizzanti (AXENFELD, ZUR NEDDEN) e stimolare un aumento del ricambio (Z. BRUCKNER), nè si accenna ad esso come sintomo costante nel decorso, nè come fattore della malignità della malattia.

Bisogna giungere a SONDERMANN per veder ripresa in seria considerazione la ipertensione come causa della malignità del cheratipopion: egli nel 1922 e successivamente nel '24 propose ed eseguì con successo la trapanazione dell'ulcera non tanto per eliminare l'ipopion quanto per combattere l'aumento di tensione «che si «riscontra per lo più in questi casi» e «che ha «una considerevole importanza per il progredire dell'ulcera».

E la questione fu ripresa da Z. BRUCKNER nel 1929 al Congresso internazionale di oftalmologia ove sostenne che la guarigione dell'ulcera nel cheratipopion dopo la perforazione,

era dovuta al fatto della diminuzione della tensione, studiando la dipendenza tra ipotonia e decorso clinico dell'ulcera. E così negli anni successivi vediamo raccomandata la fistolizzazione centrale della cornea con ripetute cauterizzazioni fatte con un uncino da strabismo reso incandescente (1932, DELORD di Nimes), la trapanazione corneo-sclerale di ELLIOT (1933, ADARIO LA FERLA di Catania), sino ad arrivare all'anno 1936 in cui il PETRUNJA dà la preferenza alla trapanazione del SONDERMANN.

Constatato che il fattore della malignità del cheratipopion è la «ipertensione», che, prima o poi, compare ad aggravare il processo morboso, ne deriva la necessità di ricercare sistematicamente questo sintomo sino dall'inizio della malattia onde prevenirlo — o per lo meno non favorirlo con un trattamento inadeguato — e combatterlo precocemente appena insorto: così avremo contribuito a rendere meno disastrosi gli esiti di questa malattia, propria, si può dire, dei lavoratori della campagna.

* * *

Ma perchè nel lavoratore della campagna la malattia è più frequente che non nel lavoratore della città?

E' presto detto: perchè nella città il soccorso è immediato e viene fatta una adeguata profilassi in modo che le infezioni per piccole ferite corneali diventano eccezionali e quando avvengono sono curate fino dall'inizio e quindi restano limitati i loro danni. Così non avviene in campagna dove manca qualche volta la possibilità e sempre l'abitudine del pronto soccorso e che quando l'infezione si è iniziata... non sappiamo dare altro consiglio al medico che quello... di inviare il malato allo specialista!

Sacro egoismo degli specialisti fonte di tanti mali, perchè questo invio raramente è possibile in tempo utile e quando lo diventa il caso è già «grave» e quindi praticamente inutile agli effetti della conservazione della vista e talvolta dell'occhio!

Bisogna quindi insegnare al medico pratico la profilassi e la cura del cheratipopion, liberandolo da quella specie di soggezione, di timore, di «veto» a toccare un occhio malato,

in cui è tenuto, ed il medico per conto suo educerà la popolazione rurale a correre a lui al minimo incidente.

Può fare un medico generico della utile profilassi e della cura efficace della malattia che ci occupa? Sicuramente! E senza bisogno di speciale strumentario e di speciali studi.

«La vera profilassi del cheratipopion risiede «nella cura del catarro cronico della congiuntiva e della blenorrea del sacco lacrimale» scriveva FUCHS nell'opera citata: vi sottoscriviamo aggiungendovi la blefarite ciliare ulcerosa. Nel caso di piccole ferite della cornea — dato che esista una di queste malattie — il medico pratico deve per prima cosa occuparsi di esse: nel caso che esista una congiuntivite pennellerà la congiuntiva, a palpebre rovesciate, con soluzione di nitrato d'argento al 2%, sino ad ottenere un leggero inalbamento di essa, attenderà 1/2-1 ora a che si elimini la delicata membrana biancastra da tale applicazione provocata e passerà quindi ad occuparsi della lesione corneale; se vi sarà blefarite, toglierà le croste con una comune pinza anatomica, depilerà la parte e cauterizzerà col cannello di nitrato d'argento le ulcerazioni e tutta la superficie del bordo; se alla pressione nella regione del sacco lacrimale refluirà qualsiasi quantità di liquido, di qualsiasi aspetto, dai puntini lacrimali, aprirà il sacco, laverà la cavità, la toccherà con tintura d'iodio, vi introdurrà una qualsiasi polvere antisettica e zafferà con garza: ogni 12-24 ore ripeterà questa medicazione.

Ma come si apre il sacco? Con un coltellino qualunque da chirurgia generale.

Nozioni anatomiche necessarie:

1) Ricordare che il legamento palpebrale interno o mediale divide il sacco lacrimale in due parti: 1/3 rimane al di sopra di esso, 2/3 al di sotto.

2) Che ad evitare la vena angolare e cadere giustamente nel sacco occorre infiggere il coltellino a 2-3 mm. dall'angolo palpebrale interno o mediale.

3) Che ad evitare di penetrare nell'orbita, passando lateralmente al sacco, o transfiggendolo, la direzione del manico del coltellino deve coincidere colla bisettrice dell'angolo formato dal piano frontale tangente al bordo orbitario

inferiore, col piano sagittale tangente alla radice del naso.

4) Che il coltellino si infigge subito al di sopra del legamento palpebrale interno, a 3 mm. dall'angolo interno, taglio in basso, colla direzione già detta e spingendolo sino ad incontrare la resistenza ossea, prolungando il taglio in basso e leggermente all'esterno per 1 cm. almeno, recidendo, si capisce, il legamento.

L'esame della cornea va fatto previa instillazione di un collirio anestetico (cocaina 3-4%); a scoprire le piccole lesioni serve la instillazione successiva di fluorescina che colora in verde le parti prive di epitelio (fluorescina gr. 0,20, carbonato di sodio gr. 0,30, acqua distillata bollita cmc. 10); ad estrarre il corpo estraneo, se permane, ed a pulire la piccola ferita serve — in mancanza di speciale ago da corpi estranei — un comune ago chirurgico retto od un comune grosso ago da donna infisso con la cruna in un sughero e sterilizzati alla fiamma di alcool. Fatta l'estrazione del corpo estraneo e la pulizia della piccola ferita lavare abbondantemente con soluzione fisiologica sterile (o soluzione borica, e soluzioni antisettiche leggerissime), instillare — previa esplorazione della tensione oculare — una-due gocce di eufталmina (3-4%); una goccia di argirol 15%; introdurre un po' di pomata all'optochina (1-2%) e bendare. Nella gran maggioranza dei casi dopo 24 ore la piccola ferita è riparata e l'infezione evitata!

Se il ferito si trascura e giunge al medico quando già l'infezione è avvenuta e l'ulcera e l'ipopion sono già presenti, insegneremo al medico di provvedere per primo alle eventuali affezioni delle parti vicine, come sopra abbiamo detto, ad esplorare con accuratezza — in confronto dell'altro occhio o del proprio — la tensione oculare, coi due indici, facendo guardare in basso, così come si ricerca la fluttuazione in un ascesso, prima di adoperare tanto la cocaina che midriatici veri e propri. Non esistendo ipertensione pulire, previa cocainizzazione, accuratamente l'ulcera con un piccolo stuello di cotone, montato sopra uno specillo, imbevuto di tintura di iodio e poi strizzato (onde evitare lo sgocciolamento sulla cornea sana), cauterizzarla coi mezzi di cui si può disporre (serve egregiamente un ferro da calza piegato alla sua

estremità ad angolo retto, montato su di un sughero e portato al color rosso sulla fiamma ad alcool), lavare abbondantemente, instillare atropina (1/2-1 %), argirolo, introdurre la pomata all'optochina, praticare il bendaggio. Se esiste ipertensione: previa cocainizzazione cauterizzare col ferro rovente i margini ed il fondo dell'ulcera senza perforarla, pungendone poi il fondo con un ago montato su di un sughero e sterilizzato, infiggendolo obliquamente in camera anteriore e retraendolo facendo pressione sulla parte posteriore della piccola ferita in modo da fare uscire la maggior parte dell'acqueo, non tutto, senza preoccuparsi dell'ipopion. Se l'occhio si fa molto molle instillare atropina, altrimenti tralasciare, instillare argirolo, colmare l'ulcera con aristolo in polvere, introdurre pomata optochina, bendare. Se il giorno dopo la tensione è nuovamente aumentata, nuova puntura ed aristolo. L'aristolo è l'unica polvere antisettica che aderisca al fondo dell'ulcerazione esplicando una lenta e con-

tinua azione antisettica ostacolando il moltiplicarsi dei germi e le reinfezioni.

E' questo il metodo (naturalmente adoperando prima il cauterio a vapore di acqua del Wessely, poi il galvano cauterio, anziché il ferro da calza, ed il coltellino di Graefe, anziché l'ago) con cui tratto precocemente la ipertensione nel cheratipopion nella cura ambulatoria di tale affezione, ottenendo di regola delle guarigioni con visus utile e senza sinechie anteriori. La polvere di aristolo rimane spesso inclusa nel tessuto di riparazione ed è possibile rintracciarla in maggiore o minore quantità nella cicatrice anche molti mesi dopo la guarigione.

Il cheratipopion è malattia di importanza sociale specie per le Nazioni agricole ed occorre farlo conoscere a fondo ed insegnare a prevenirlo e curarlo ai medici che esercitano la loro missione in campagna; soltanto così potremo diminuire i gravi danni di tale malattia.

59023

328665



