

E' LA CREAZIONE DI UN IPERTONO DEL BULBO UN COADIUVANTE ALLA GUARIGIONE CHIRURGICA DEL DISTACCO DI RETINA?

(Breve sguardo panoramico e critico sui mezzi per provocarlo)

PER

ALFONSO APOLLONIO, M. D.

Varese, Italia

Se andiamo a rileggere, sui vecchi testi di oftalmologia, ad esempio sul classico Fuchs, il capitolo del distacco di retina, quando le rotture retiniche erano considerate un fenomeno secondario del distacco, troviamo indicato, quale terapia d'importanza, il bendaggio compressivo del bulbo. Era infatti convinimento che esso, aumentando la tensione bulbare, favorisse il riassorbimento del liquido subretinico e quindi il riaccollamento della retina. Dopo Gonin, trovata la vera causa del distacco, ossia la rottura retinica, tutti gli operatori si sono indirizzati alla ricerca di sistemi, sempre migliori, per ottenere la chiusura delle rotture lo svuotamento del liquido subretinico e nessuno si curò del tono bulbare. Solo sporadicamente, qualche autore, fa accenno alla tensione oculare come indizio pronostico sgradevole in casi di forte ipotonia. Si deve a Custodis, nel 1951, il primo richiamo al controllo sistematico della tensione bulbare nei distacchi di retina e ultimamente si giunge a Hensius che così si esprime: "A me sembra indispensabile prendere nota del tono oculare durante e dopo ogni operazione di distacco di retina, giacchè nei casi in cui il tono è normale, le probabilità di successo sono buone, mentre nei casi di ipotensione od addirittura di bulbo molle, esse sono molto scarse".

Anche Nicolato proiettando un suo film a colori sulla resezione sclerale in un congressino della S. Oft. Lomb. ebbe a dire: "Quando mi accingo ad operare un distacco di retina oso sperare nella guarigione solo se in precedenza ho potuto ottenere una buona midriasi con l'atropina, in caso contrario l'insuccesso è di regola". E' logico che egli si riferiva al fatto che nella forte ipotensione bulbare è ben difficile allargare la pupilla con i midriatici. Nel congresso oftalmologico svizzero del 1956, Dufour e Bianchi sul tema "Distacco di retina e glaucoma" esprimono il pa-

rere che di norma il distacco di retina è accompagnato da ipotensione e che la eventuale concomitanza di uno stato ipertensivo debba essere ricercata in complicanze uveitiche ed inoltre che un tono elevato del bulbo favorisce la guarigione mentre la ipotensione la contrasta. Nella discussione di questa comunicazione Rintelen porta il caso di un occhio già glaucomatoso affetto da distacco di retina con due rotture che si riaccollò spontaneamente perchè spontaneamente la tensione bulbare da 15 mill. Hg era salita a 50 mill. Hg; ed un altro che da 50 mill. era scesa con la Elliot a 14 mill. Hg, in cui egli aveva avuto un distacco di retina con rotture. Nella letteratura recente ho trovato diversi casi di distacchi di retina in glaucomi, specie infantili, per caduta repentina della tensione da alte quote, mediante colliri ipotensivi molto forti. Bonavolontà in una ampia disamina della tensione bulbare in distacchi monoculari nel periodo preoperatorio, trova invero solo nella metà dei casi una ipotensione nell'occhio malato in confronto al sano, mentre nell'altra metà il tono era pari in ambedue gli occhi. Lo Cascio nel 1958, in quattro casi esaminati per rotture di retina, senza distacco, misurò in un solo occhio la tensione oculare ed essa era normale, questo caso, osservato per lungo tempo, non ebbe distacco di retina; è un vero peccato che egli non abbia preso nota della tensione in quei casi che poi sfonciarono in distacco. In una mia comunicazione alla Soc. Oft. Lombarda del 1952 trattando "Lo scoppio della borsa retinica nel distacco di R." accennai al caso di una signora di Trieste F.K. da me controllata per una decina di anni per un foro retinico paracentrale, con opercolo fluttuante nel vitreo, senza che si fosse formato il distacco di R., ora aggiungo che in tutto quel tempo la tensione del bulbo era stata normale (pari all'altro occhio).

Da quanto esposto appare che il distacco di retina con rotture, sia di norma congiunto ad ipotensione bulbare e ciò per reazioni funzionali della coriocapillare in diretto contatto con il vitreo, attraverso la deicenza retinica (Duke Elder, Arruga). Del resto, assistiamo ad un fenomeno analogo quando con la sclerotomia "posterior", nei glaucomi assoluti, otteniamo la riduzione della tensione mediante un taglio che investe non solo la sclera e la coroidea ma pure la retina.

Ora, messo sullo stesso piano distacco di retina con rotture e ipotensione bulbare, dobbiamo osservare il comportamento del distacco di R. quando si riesce ad imporgli un ipertono, anche modico, del bulbo. Ho già accennato al parere dei vecchi testi di oculistica, che per ottenere un tono elevato del bulbo nel distacco usavano il bendaggio compressivo; al parere di Dufour-Bianchi, al caso di Rintelen, alle vedute di Custodis e di Hensius, e potrei aggiungere giudizi di molti autori, che si dichiarano convinti che lo stato ipertensivo del bulbo, operato di distacco, rende più probabile la sua guarigione, e ciò anche senza ricorrere alla perforazione sclerale per svuotare il liquido subretinico. Infantti, secondo essi, questo liquido viene riassorbito molto più facilmente e rapidamente, quando con

l'intervento, dopo aver curato la chiusura delle rotture retiniche, si porta il bulbo ad un ipertono. Come si può spiegare tale fenomeno? E' probabile che, mediante la ipertensione, il liquido subretinico sia costretto a ridursi di spessore e ad estendersi in superficie, sotto la retina, ed entrare in contatto con una più vasta porzione di coriocalpillare, che quindi si mette in condizione di un più intenso riassorbimento. E' però verosimile che altri processi, basati forse su reazioni da choc pressorio sul sistema vasale oculo-uveale, vi entrino in funzione. In ogni modo anche senza una esatta spiegazione delle cause del fenomeno, ci conviene considerare il dato di fatto e sfruttarlo nel tentativo di aumentare le probabilità di guarigione del distacco di retina. E' utile poi porre il problema se la creazione di un ipertono, ci disimpegna dallo svuotare il liquido subretinico. E' chiaro che questa possibilità ci renderebbe un gran servizio, sebbene la eventuale perforazione sclerale (per ottenere lo svuotamento del liquido subretinico) abbassi la tensione bulbare per breve tempo, giacchè la ferita si chiude rapidamente mentre le misure ipertonizzanti presse possono rientrare in funzione.

Ora è logico che per avere esatta conoscenza del tono bulbare, è necessario che noi lo si debba controllare o con il tonometro di Schiötz o con quello a molla di Bailliart, mentre il controllo digitale non è nè sufficiente, nè consigliabile.

Passiamo ora a vedere quali mezzi sono a nostra disposizione per ottenere un rialzo del tono oculare: anzitutto i comuni midriatici, atropina e scopolamina; il loro uso è generale e ogni considerazione critica è superflua.

Il bendaggio compressivo, buono solo se tollerato dalla cornea, già il Fuchs fa riserve appunto per il pericolo di complicanze corneali, io a volte ho usato il bendaggio compressivo su una ciambrella di materia onde risparmiare la pressione sulla cornea.

Il colmotage di Lagrange, di azione incerta, è attualmente abbandonato.

Il focolai di coagulazione piana sulla sclera, anche essi usati da tutti gli operatori sono di azione indiscutibile.

Le iniezioni di aria nel vitreo, oppure nel previtreo, secondo la mia pubblicazione del 1947, pratiche sempre utili, ma da adottarsi solo in certi casi e con tutte le cautele degli interventi penetranti nel bulbo.

La riduzione del bulbo con asportazione sclerale a tutto spessore secondo Lindner o lamellare secondo Paufigue operazioni fortemente attive, quindi preziose, ma pur esse invadenti e alquanto pericolosa la prima, ossia la tecnica di Lindner.

Il cerchiaggio del bulbo all'equatore, secondo le tecniche di Scheppens, di Grignolo e da ultimo secondo Arruga. Questi cerchiaggi determinano sempre una ottima elevazione del tono oculare, ma, mentre riducono il diametro bulbare all'equa-

tore, allungano il bulbo in senso anteroposteriore e ciò rappresenta un fattore negativo del sistema. Che detto allungamento sia una realtà, lo si può constatare con la misurazione, prima e dopo l'intervento con l'esofalmometro, ma esso risulta dimostrabile su una palla di gomma della stessa rigidità del bulbo oculare: si vede che essa, mentre si riduce di diametro nel senso della legatura cerchiante, si allarga in senso opposto. Per legge fisica la stessa cosa deve avvenire anche nel bulbo oculare e pertanto la retina verrà a trovarsi in condizione di sfavore nella sua parte posteriore, ossia centrale.

Tutte le varianti della resezione sclerale con infossamento di parti sclerali: tra queste citerò la recente tecnica di Hensius, basata sulla pergamenizzazione della sclera, suo assottigliamento ed introflessione con suture. Dirò soltanto che la pergamenizzazione si ottiene attraverso un'azione troppo intensa della diatermocoagulazione e quindi si possono determinare delle gravi complicanze profonde.

Le immissioni retrobulbari di tessuti: placenta, amnios ecc. pur esse a volte attive ma spesso del tutto inutili.

Da ultimo citerò il metodo dei piombi di Custodis. Io ho trovato questo sistema il più utile ed il più importante, sul terreno pratico, fra tutti i citati. Già da una considerazione logica esso risulta il più idoneo sia a determinare un rialzo del tono oculare, sia a creare condizioni fisiche ed ambientali le più favorevoli al rapido chiudersi delle rotture retiniche. E, cosa importante arriva a ciò senza provocare deformazioni bulbari inutili e fuori zona, in quanto con esso si pratica un infossamento sclerale là soltanto, ove risiedono le rotture retiniche e si avvicina la corioidea coagulata alla retina lacerata, aiutando la saldatura tra le due membrane. Custodis molto sovente traslascia la puntura diasclerale per lo svuotamento del liquido subretinico in quanto esso, a rottura chiusa, ingrazia del tono oculare elevato si riassorbe rapidamente: egli segue il tono dopo l'intervento e se esso è troppo alto o dura troppo a lungo, lo riduce con il diamox anche per via endovenosa. Regola da tener presente nell'esecuzione della tecnica di Custodis, è che le diatermocoagulazioni sclerali sieno leggere e che i piombi vengano adagiti esattamente contro le rotture retiniche.

Terminerò questa rassegna parlando brevemente di due pratiche da me usate, una consiste nell'accorciamento dei quattro muscoli retti per doppiaggio e nella tenotomia dei due obliqui, intervento che qualche volta ho aggiunto al cerchiaggio equatoriale in casi disperati ed in monocoli, onde evitare l'allungamento del bulbo per il cerchiaggio; detta pratica prolunga il già lungo intervento del cerchiaggio e tutto l'insieme diviene poco raccomandabile.

La seconda, che non rappresenta un vero atto chirurgico ed è di facile esecuzione, consiste nell'applicazione di un anello elastico, sottile e bucherellato di plexi-

glas, applicato dietro al limbus e stirato posteriormente da quattro suture saldate, sopra la congiuntiva, ai muscoli retti. Con la trazione delle suture si può determinare un aumento della pressions bulbare, regolabile a volontà. La uso a volte come mezzo preoperatorio, assieme al bendaggio binoculare ed al riposo a letto, per ottenere meglio il riassorbimento del liquido subretinico ed insieme il riavvicinamento della retina alla coroidea.

La esposizione critica dei sistemi suddetti risponde a mie osservazioni pratiche su una discreta casistica, che qui non credo sia il caso di riportare; dirò soltanto che essa, in linea di massima, mi autorizza a rispondere in senso affermativo alla domanda che mi sono posta con il titolo del tema svolto.

Concludo dunque, unendomi a Linnen, nel giudizio che la creazione di un tono elevato od almeno di grado normale, controllato tonometricamente, rappresenta un coadiuvante utile alla guarigione chirurgica del distacco di retina.

Naturalmente l'ipertono non deve eccedere nè per entità, nè per durata di tempo e verificandosi una tale evenienza si dovrà correre ai ripari e precisamente con la puntura sclerale durante l'intervento, con il diamox a dosi elevate, e per via endovenosa dopo l'intervento.

Varese, Italia

BIBLIOGRAFIA

- APOLLONIO A., Boll. Soc. Medico chir. Varese, 1947-48.
 APOLLONIO A., Annali di Ottalmol. e Clin. ocul., 1952.
 ARRUGA H., Modal. técn. recientes de las operac. del Depr. ret. Barcelona, 1952.
 BARRAQUER J., MUIÑOS A. Rass. Ital di Ottalm., 1954.
 BERHARD-MAGISTRETTI, Boll. Ocul., 1958.
 BIETTI G. B., Congresso Latino di Oftalm., 1956.
 BONAVOLONTA, Boll. d'Ocul. 1952. Giorn. Ital. Ottalm. 1953 e 1958.
 CHAMLIN, RUBNER, Amer. J. d'Ophthal., 1956.
 CUSTODIS E., Ber. Deutsch. Ophtalm. Ges., 1951-53.
 DUFOUR-BIANCHI, Congr. Sviz. di Oftalm., 1956.
 GONIN, Le decol. de la retine Pajot u. Co., 1934.
 GRIGNOLO A. Boll. d'Ocul., 1956.
 JESS A. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1957.
 LINDNER, Ophtalm. Operationslehre, 1942.
 LINNEN, Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1958.
 LO CASCIO G., Giorn. di Ottalmol. e clin. Oc., 1958.
 OKAUNN J. D., - SCHEPPENS C. L., Leg. Saw. Rev., 1955.
 PAUFIQUE L., Bullet. Soc. Franc. d'Ophtalm., 1951.
 REMKJ H., Deutsch. Ophtalm. Gesel., 1956.
 SCHEPPENS C. L., Meeting Soc. Opht. L., 1952-1955.
 SCHIFF, Wertheimer Arch. Ophtalm. 155 Bd 15 Heft.
 SOFOD K., Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1959.
 STRAMPELLI B., Ann. Oftalm. e Clin. Ocul., 1954.
 VETTER I., Klin. Monatsbl. f. Augenb., 1959.