

*U. Politecnica*

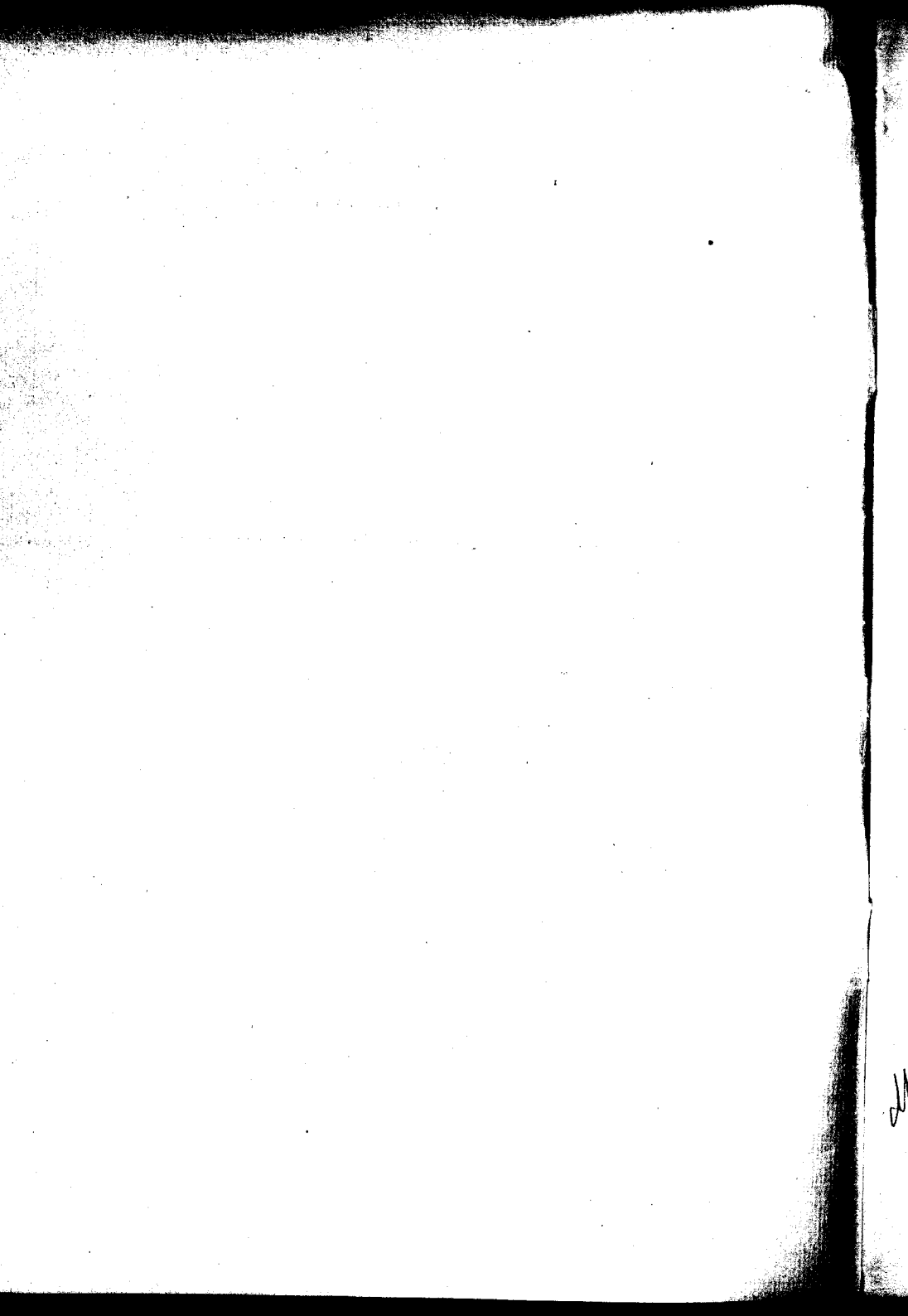
DOTT. FILIPPO ACCORIMBONI

*Direttore dell'Ospedale di Foligno*

Su di un caso di tubercolosi traumatica

( PERIZIA GIUDIZIARIA ESEGUITA PER INCARICO DEL R. TRIBUNALE DI PERUGIA )





DOTT. FILIPPO ACCORIMBONI

*Direttore dell'Ospedale di Foligno*

---

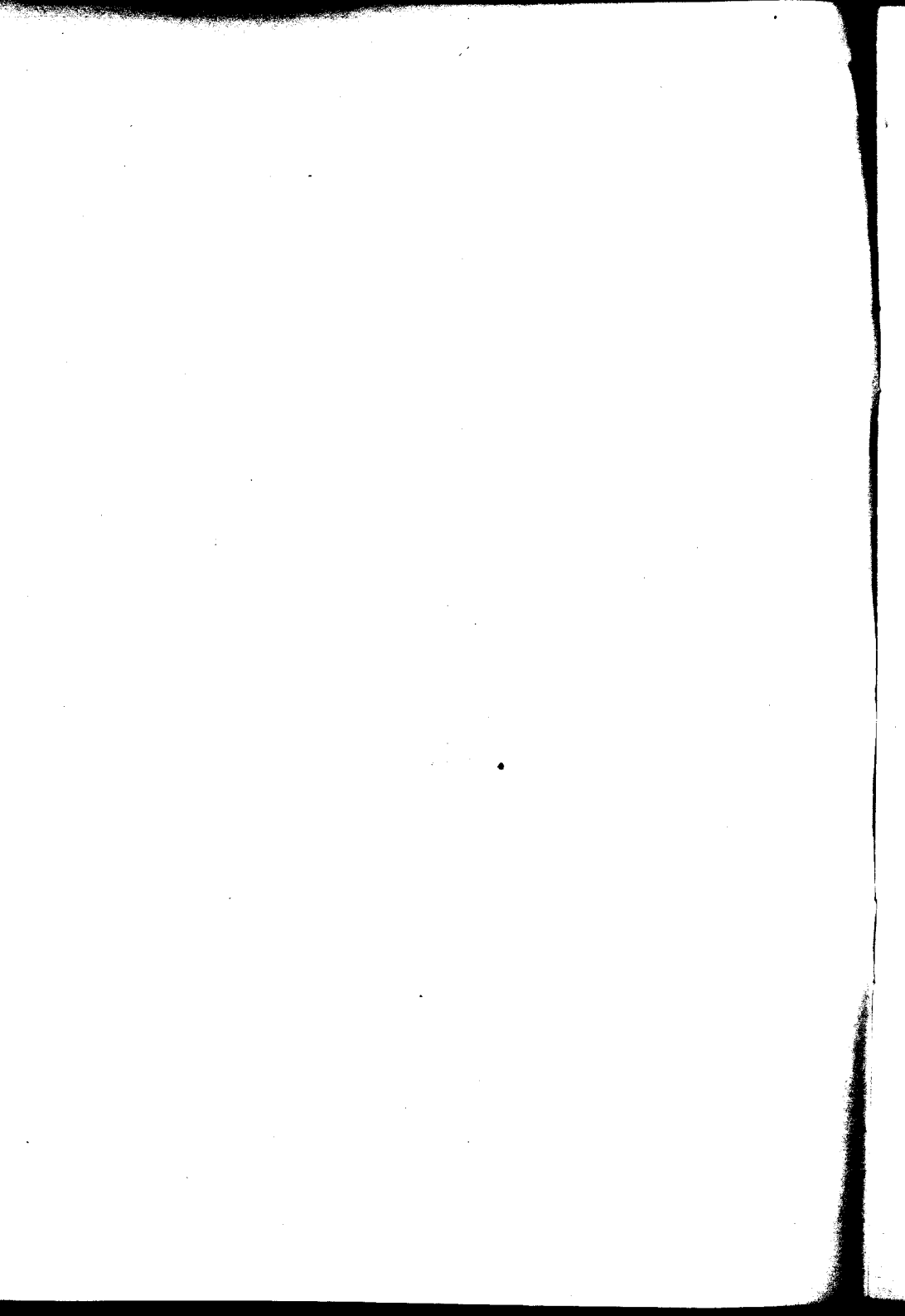
## Su di un caso di tubercolosi traumatica

---

(PERIZIA GIUDIZIARIA ESEGUITA PER INCARICO DEL R. TRIBUNALE DI PERUGIA)



mi  
B  
19.2



## R. TRIBUNALE CIVILE DI PERUGIA

CAUSA FRA P. G. in B. E "P' Assicuratrice Italiana,,

Perizia medico-legale del Dott. Filippo Accorimboni.

### PREMESSA.

Il giorno 11 Agosto 1910, l'operaia P... G... in B... addetta allo stabilimento industriale della Società An. Fabbriche riunite di fiammiferi in Perugia cadde per la scala dell'opificio, mentre stava scendendola, carica di un pesante sacco di carta.

La G... andò a battere col petto sull'ultimo gradino della scala, riportando una contusione alla regione anteriore superiore destra del torace. Dopo alcune ore ebbe emissione di sangue dalla bocca. Passati 20 giorni in riposo ed in cura la G... riprese le sue mansioni di operaia, ma il giorno seguente ebbe di nuovo, mentre lavorava, una copiosa emorragia dalla bocca.

La sinistrata fu quindi costretta a riprendere la vita del riposo e delle cure.

Il 17 Dicembre 1910, i Prof. Ruata e Pisenti, nell'intendimento di addivenire ad una valutazione dalle eventuali conseguenze, che l'infortunio aveva potuto recare alla G... la visitarono e dichiararono che nessuna lesione esisteva nella sinistrata, come postumo dal trauma subito, convenendo però, che la incapacità temporanea al lavoro venisse prolungata fino al giorno della loro visita, 17 Dicembre 1910.

La G... sentendo di non poter accettare questo giudizio, andò a consultare successivamente altri medici fra cui il Prof. Raffaello Silvestrini, Direttore dell'Istituto di clinica e patologia medica dell'Università di Perugia, il quale, sotto la data 5 Febbraio 1911, dichiarava d'aver riscontrato alterazioni all'apice del polmone destro della G... sulla quale aveva anche praticato la prova dell'oftalmoreazione alla tubercolina, che era riuscita positiva. Aggiungeva che la malattia della G... con tutta probabilità, doveva mettersi in relazione col trauma da essa riportato.

In seguito di che, la G... convenne in giudizio la Società Assicuratrice Italiana per la liquidazione della indennità, che ritenne spettarle, a cagione della allegata permanente invalidità.

L'eccezionale Tribunale di Perugia sentenziò doversi la G... sottoporre all'esame di un perito medico giudiziario, al quale ufficio veniva nominato il Sig. Dott. Antonio Trerotoli, Assistente della cattedra di clinica e patologia medica dell'Università di Perugia.

La Società Assicuratrice protestò di voler ricusare il perito anzidetto, per la sua

Seguono poi, in Italia una bella monografia di Ranelletti «Contributo alla tubercolosi pleuro-polmonare (1904) ed un altro studio clinico e medico legale di Ascarelli, pure sulla tubercolosi polmonare traumatica (1907). Non volendo dilungarci in altre citazioni ricorderemo che esempi classici di tubercolosi polmonare, in seguito a contusione toracica, furono descritti dal Borri, Brouardel, Guder, Kohler, Landau, D'Ayala. ecc.

## II

### LE CONDIZIONI DI SALUTE PREESISTENTI NEL SOGGETTO INFORTUNATO E LA TUBERCOLOSI TRAUMATICA.

Accennato così, sommariamente, come questa entità patologica speciale, che è la tubercolosi polmonare traumatica, sia stata ormai sufficientemente illustrata nella letteratura medica, nella quale ha diritto di sede, noi dovremmo occuparci subito del primo quesito, che ci viene proposto nei seguenti termini: « *In quali casi la tubercolosi polmonare può essere considerata come infortunio sul lavoro?* ».

Prima però di dare una risposta all'accennato quesito, torna opportuno, per le successive considerazioni, il fissare come possa o debba essere compreso, quale elemento di discussione, anche lo stato di salute, che presentava il soggetto, prima che lo incogliesse quel dato infortunio.

Sebbene la questione sia già pacifica, non è fuor di luogo il ricordare, che nella fattispecie dell'infortunio, lo stato di salute del soggetto non entra nel dibattito, se esso era tale da conservare al soggetto stesso la sua intiera capacità lavorativa o industriale.

Premettere questo è però tanto più importante, quando si tratta di discutere di una forma di malattia come la tubercolosi, che, per concorde convincimento di tutti i medici, può svolgersi in tantissimi soggetti del tutto obsoleta, così da non dare il minimo segno o disturbo e perfino andare a guarigione, senza che il colpito abbia potuto accorgersi della presenza del terribile nemico, che, inconsapevolmente, riusci a debellare.

È perciò evidente, che in riguardo alle condizioni di salute del soggetto, che subisce l'infortunio ci potremo trovare di fronte a tre eventualità:

1. Il trauma colpisce un soggetto assolutamente *sano* e dà luogo a una forma di tubercolosi polmonare primaria, *ex novo*.
2. Il trauma colpisce un soggetto, già affetto da un focolaio di tubercolosi polmonare *latente* e provoca il risveglio dell'attività del focolaio stesso.
3. Il trauma colpisce un soggetto, che presenta una tubercolosi polmonare *manifesta*, il cui stadio, peraltro, permette una completa capacità lavorativa. La violenza, in questo caso, aggrava la già stabilita e dichiarata forma morbosa, sino a diminuire o a distruggere nell'infortunato la capacità lavorativa.

Fissate così le possibilità varie dei rapporti fra trauma e tubercolosi polmonare, noteremo come buon numero di autori ritengano assai più frequenti i casi, in cui un trauma risvegli e riveli un focolaio di tubercolosi già preesistente ma latente, in confronto di quelli in cui il trauma stesso determini la produzione di un focolaio tubercolare, assolutamente nuovo.

È bene, in ogni modo, di chiarire subito qual sia il *meccanismo patogenetico* di quest'ultima eventualità.

È noto che il microrganismo generatore della tubercolosi, il bacillo di Koch, è largamente sparso dovunque - e si trova sempre non soltanto nell'ambiente che ci circonda, ma può rinvenirsi, nelle stesse vie naturali del nostro organismo, allo stato saprofitico - cioè inoffensivo - fino a che non sopravvengano quelle condizioni, che sono necessarie al suo attecchimento e alla sua proliferazione. In altri termini, il germe rimane sterile, fino a che non sopravvenga nel suolo, che lo ospita, quel complesso di condizioni fisiche, chimiche e biologiche, che ne permettono il prospero germoglio. Sono note, per es. tutte le osservazioni di Laomis, di Thoma-Harris, e di Pizzini, che dimostrano quante volte si trovino bacilli tubercolari, allo stato di quiescenza, ma potenzialmente virulenti, nelle glandole linfatiche peribronchiali, cervicali ecc.

Lo stato speciale, che determina l'attecchimento e lo sviluppo del germe e favorisce le sue offese successive, risulta essenzialmente sia da una diminuzione dei poteri naturali ed abituali di difesa dell'organismo, che sono in continua oscillazione e sia dal verificarsi di fatti nuovi, che violentemente compromettano l'integrità anatomico-biologica dei tessuti. Questa è del resto la legge fondamentale, che governa lo sviluppo di qualsiasi malattia infettiva.

Che i tessuti sottoposti a un traumatismo sieno più facilmente colpiti dalle infezioni è cosa da lungo tempo accertata e lo dimostrarono brillantemente le esperienze di F. Krause. Il trauma, in questi casi, stabilisce, evidentemente, il *locus minoris resistentiae*.

### III

#### CARATTERI DEL TRAUMA.

Tornando, ora, al quesito che ci viene proposto, vediamo, adunque, in quali casi la tubercolosi polmonare, può essere considerata come infortunio sul lavoro.

Per rispondere, sembra opportuno di esaminare se il *trauma capace di produrre l'anzidetta forma morbosa* debba rivestire dei caratteri speciali.

Secondo la naturale intuizione e secondo le osservazioni degli autori, la più gran parte dei casi di tubercolosi polmonare traumatica fu occasionata da violenze di vario genere, che direttamente colpirono il petto.

Tali traumatismi diretti al torace sono stati riconosciuti capaci di produrre lesioni anatomico-biologiche di varia natura, di varia entità e di varia estensione sui visceri contenuti in quella cavità - e più specialmente commozione, contusione, lacerazione, emorragia.

Tutti i visceri toracici sono stati, a volta a volta, riconosciuti passibili di simili offese.

Come è stato ripetutamente osservato e dimostrato, non è punto necessario che il trauma lasci delle tracce esterne di sé, per essere autorizzati alla valutazione della sua efficienza.

È del resto noto fin, da G. B. Morgagni, che un trauma, anche senza lasciare alcun

segno esterno, può rompere, non che il polmone, il rene, il quale è organo ben più riposto e protetto.

Ma non soltanto i comuni e ordinari traumi al torace, con o senza segni esterni, sono stati accertati come causa efficiente di tubercolosi e di pneumonite (Murri, Ufe-land, Litten, Leyden, Fraenkel ecc.) ma è stato dimostrato, che una polmonite o una emorragia polmonare, in un polmone sano, possono essere provocate da un trauma senza una vera e propria violenza esterna sul torace (Furbringer, Litten). Si tratta di quella forma di polmonite e di emorragia polmonare, che si verificano per un eccessivo sforzo muscolare, come quello di sollevare dei pesi eccessivi.

A questa polmonite, che insorge in condizioni tutt'affatto speciali, i tedeschi danno appunto il nome di *Kompressionlungenentzündung* (polmonite da compressione) per distinguerla dalla polmonite contusiva.

Io stesso osservai, nel 1906, e ne referi al VI Congresso medico umbro, un caso di grave emorragia polmonare, da esagerato sforzo muscolare. Si trattava di un operaio molto valido e robusto, sulla quarantina, immune da tare ereditarie e acquisite.

Trasportava, un giorno, a forza di braccia, con un compagno, una specie di barella con un pesantissimo carico di corteccia di quercia. A un dato momento, il carico vacillò e l'operaio, per impedire che il carico stesso si rovesciasse, fece un violentissimo sforzo muscolare e dopo poco ebbe una abbondante espettorazione sanguigna — che poi si ripetette più volte. Fu riconosciuto l'infortunio e fu indennizzato.

Furbringer, che è competentissimo nella materia, in circa 100 casi di tubercolosi infortunio, trovò che la proporzione era presso a poco eguale fra le due cause: lo sforzo muscolare esagerato (specialmente per alzar pesi eccessivi) e il vero trauma toracico.

In vari casi, però, d'infortunio non si potrà fare a meno di tener presente la possibilità dell'unione dei due momenti causali: compressione per sforzo respiratorio a glottide chiusa e contusione vera e propria, per un'azione che agisca all'esterno.

Per quanto si riferisce alla *entità del trauma* alcuni autori hanno osservato, che forme tubercolari specialmente chirurgiche, possono essere indotte più facilmente da traumi leggeri, ma ripetuti a lungo. Nessuno, credo, sarà per negare valore e consenso a queste osservazioni, ma nel caso della tubercolosi polm. traum. le osservazioni di assai numerosi autori citano traumi di modica entità o anche di grande violenza.

In quanto all'importanza, che deve assegnarsi alla *sede sulla quale si svolge l'azione del trauma*, per stabilire e concludere, nei singoli casi, se quel trauma debba ritenersi effettivamente capace di produrre una forma di tubercolosi polmonare, osserveremo, che il nesso di causalità fra trauma e forma morbosa si dimostrerà certo più evidente, quando il focolaio tubercolare si svolge nella stessa regione, che fu sede del trauma.

Se non che, anche nei casi nei quali questa corrispondenza non si osservi, non si potrà né si dovrà punto escludere la reale efficienza etiologica del trauma, perché il polmone come tutti i visceri, può risentire gli effetti disastrosi di un trauma, per la così detta azione di *contraccolpo*, notissima a tutti i traumatologi.

Tale azione di contraccolpo è poi validissima, specialmente a risvegliare e rendere attivi focolai di tubercolosi latente — come è dimostrato in molti casi.

In ogni modo è certo il fatto, che la contusione del torace è il traumatismo, che più facilmente è stato riscontrato come causa della tubercolosi polmonare traumatica e da una statistica di Brouardel risulta, che la predetta contusione del torace è stata riscontrata nel 79% dei casi di tubercolosi pol. traum. e che l'eventualità più frequente, rispetto ad essa, è il colpo diretto o la caduta sul torace.

#### IV

##### IL VALORE DELL'EMORRAGIA POLMONARE POST - TRAUMATICA.

È generalmente noto, anche ai profani, quanto frequentemente insorga emissione di sangue dalla bocca, negli individui che subirono un colpo, un urto, una violenza qualsiasi al torace.

Questa emorragia può essere interpretata in due modi, nei vari casi. Essa può rappresentare la rottura di vasi sanguigni, le cui pareti sieno già compromesse per la presenza di un focolaio di tubercolosi latente o rappresenta la lacerazione violenta di vasi sanguigni precedentemente sani.

Ognuno vede quanto sia più facile la prima evenienza, in confronto della seconda ed è perciò che alcuni autori inclinano a credere, che in un gran numero di casi di tubercolosi traumatica, inizialmente rivelatasi con emorragia polmonare, preesistesse un focolaio di tubercolosi latente.

Come però abbiamo accennato, sotto il punto di vista medico-legale, il preesistere di un tal focolaio non altera o diminuisce la figura dell'infortunio.

Se invece la emorragia è l'effetto della rottura di vasi, non alterati da alcuna progressiva lesione, essa riveste valore sotto un altro riguardo, e cioè come elemento massimo di predisposizione all'attaccamento di un germe infettivo, e più specialmente del bacillo tubercolare.

Il sangue stravasato costituisce, infatti, un ottimo terreno di cultura per i bacilli tubercolari, i quali come abbiamo accennato, sono sempre diffusi nell'ambiente in cui respiriamo e sono spessissimo presenti, allo stato d'inerzia, nelle nostre stesse vie respiratorie, e nelle glandole linfatiche, mentre godiamo della nostra più perfetta salute.

Se poi già esisteva, in quel dato soggetto, un focolaio di tubercolosi latente, il sangue stravasato favorirà un risveglio e una più abbondante proliferazione dei germi infettivi e perciò una più o meno grave estensione del processo tubercolare.

È pure da tener presente, come un trauma sul torace può avere azione patogenetica per lo sviluppo di una forma di tubercolosi polmonare, anche quando non abbia per effetto una lacerazione del tessuto del viscere, con emorragia consecutiva (emottisi).

Esso infatti può indurre una iperemia polmonare e altri disturbi o modificazioni organiche, che diminuiscono fortemente i poteri della difesa flogocitaria-umorale negli elementi cellulari del polmone.

Lo stesso shock traumatico paralizza i riflessi di difesa delle vie aeree (Strauss).

materno. Nell'età infantile ebbe a soffrire di morbillo. Dopo, godette sempre ottima salute.

Mestruò per la prima volta a 17 anni e il tributo mensile si ripetette poi sempre senza dolori, senza molestie e regolare per quantità, per qualità e durata. La mestruazione cessò nell'Agosto 1910.

A 22 anni sposò un uomo sano e robusto, che tutt'ora gode buona salute, se si accetta qualche disturbo nervoso. Ebbe due gestazioni seguite da parto fisiologico e i due figli sono viventi e sani.

Circa due anni or sono, avendo, per inavvertenza, ingoiato uno di quei piccolissimi fili di ferro, che fissano l'elastico nelle scatole dei cerini, soffrì di una breve irritazione alla gola, che scomparve senza lasciare tracce ed incomodi.

In quanto al suo stato di servizio come operaia, narra che fin dalla età di 10 anni fu ammessa a lavorare in una filanda di seta in Fossombrone e venuta in Perugia lavorò nella filanda di proprietà del Sig. Conte Faina, fino a che questo opificio non si chiuse. Successivamente fu ammessa come operaia nello stabilimento industriale della Società Anonima Fabbriche riunite di fiammiferi in Perugia.

Asserisce che, durante la sua lunga carriera di operaia, non ha avuto assenze dal lavoro per causa di malattia.

#### ANAMNESI PROSSIMA.

Per rispetto all'attuale sua infermità, la G... racconta che l'11 Agosto 1910, mentre nella fabbrica dei fiammiferi scendeva una scala, trasportando sulle spalle un grosso sacco pieno di carta, avendo inciampato sulla propria veste, cadde all'innanzi, percorrendo i 12 o 14 gradini della scala e andando poi a battere col petto sull'orlo dell'ultimo gradino,

Soccorra e trasportata nella sua abitazione, vicina alla fabbrica, fu visitata prima dal Dott. Leone Pernossi medico condotto rionale e poi dal Sig. Dott. Giovanni Madruzzo, chirurgo condotto dello stesso rione, i quali ordinarono riposo in letto e l'applicazione di una borsa di ghiaccio, nella regione anteriore destra del torace, che era stata la sede dell'urto nella caduta.

La G... dice che, in corrispondenza di questa regione, insorse subito un dolore profondo, che si irradiava alla spalla e in corrispondenza dello scrobicolo.

Nella sera, la infortunata ebbe sputi sanguigni e nella notte, dopo aver avvertito un sapore dolciastro, emise dalla bocca una discreta quantità di sangue.

Il giorno dopo avvertì di questo fatto il medico, il quale disse che, ripetendosi la comparsa del sangue, desiderava gli fosse mostrato.

La successiva mattina, infatti, gli sputi di sangue si ripetettero, ma la paziente li emise in un vaso da notte, contenente urine; così che il chirurgo curante le dichiarò, che ricomparendo gli sputi sanguigni, egli avrebbe dovuto osservarli raccolti in un recipiente pulito e non contenente altro materiale.

Dopo di quel giorno, soltanto un'altra volta, nella prima quindicina della sua malattia, la paziente emise sputi rossi. Trascorsi i 15 giorni di riposo ordinati dal chirurgo, la G... stette ancora altri cinque giorni in casa e poi tornò alle sue occupazioni.

Il giorno successivo a quello in cui era tornata allo stabilimento e precisamente verso le ore 17, la G... fu sorpresa, all'improvviso, da gran malessere generale, da senso di deliquio e da ambascia respiratoria, così che interruppe immediatamente il lavoro, per accostarsi ad una finestra. Avvertì, poco dopo, come un senso di nodo e di vellicamento alla gola ed emise dalla bocca una abbondante quantità di sangue, che conservava il suo colorito rosso ed il cui volume ella raggiunse a quello, che può essere contenuto in un bicchiere comune.

Accorsero le compagne e la G... fu trasportata a casa.

Invocò l'inferma il soccorso del medico, il quale fece le sue prescrizioni e ordinò alla paziente riposo assoluto.

La G... rimase in letto una diecina di giorni. Si cominciò poscia a levare, ma era debolissima e sofferente per dolore alla regione anteriore destra del torace, che sempre si irradiava anche alla spalla corrispondente.

Avvertiva inoltre senso di oppressione al petto e affanno ad ogni più piccolo sforzo. Frattanto soffriva pure di inappetenza, dimagrava e impallidiva.

Vedendo che le condizioni della sua salute non miglioravano, pensò di andare a consultare un medico, che si occupa specialmente di malattie dell'apparecchio respiratorio, il quale, al dire della G... dichiarò, sembra anche per iscritto, che il sangue emesso dalla paziente derivava da una lesione polmonare, cagionata dalla caduta. La malata tornò poi, altre due volte, dal predetto sanitario. Intanto era insorta tosse alquanto stizzosa e secca, specialmente insistente al mattino. Raramente essa era accompagnata da escreato, che si presentava del resto, in gran parte salivale.

Il 17 Dicembre 1910, la G... veniva invitata e subire una visita collegiale, intesa a valutare qual fosse il suo stato di salute, nei riguardi dell'assicurazione per gli infortuni sul lavoro. I sanitari Prof. Ruata e Prof. Pisenti che la visitarono, ebbero a dichiararle come essi la ritenessero, ormai, guarita.

Sentendo di non poter accettare questo giudizio, la paziente consultò altri medici dai quali ebbe varie prescrizioni ed infine si fece visitare dal Sig. Prof. Raffaello Silvestrini dell'Università di Perugia.

Questi, il 5 Febbraio 1911, dichiarava di riscontrare nella paziente « una anemia assai pronunziata, lieve diminuzione di respiro con carattere d'asprezza all'apice del polmone destro. » Ed aggiungeva: « dubitando di un'iniziale lesione tubercolare ho praticata la prova della oftalmoreazione alla tubercolina, prova che è riuscita veramente positiva ».

Oltre a ciò il Prof. Silvestrini prescrisse alla paziente una adatta cura, che le portò un qualche giovamento.

Nel frattempo, la sinistrata sperimentava un'azione giudiziaria per la liquidazione della indennità che credeva spettarle, in seguito all'infortunio subito ed il Tribunale decise, come in principio si è detto, che ella fosse sottoposta alla visita e alle indagini di un perito giudiziario medico, che fu scelto nella persona del Sig. Dott. Antonio Trerotoli, dalla cui relazione si è pur fatto cenno.

La G... B.... aggiunge di essersi poi sempre sottoposta alle più svariate cure, assumendo medicine per via orale e per via ipodermica (80 iniezioni) ed a proposito delle iniezioni medicamentose, narra che molte di queste le producevano accessi febbrili. Si è alimentata discretamente e si è astenuta dal lavoro.

In quanto alle condizioni di salute, ella dichiara che esse, pur presentando qualche periodo di lieve miglioramento o di stazionarietà, sono andate lentamente peggiorando, così che attualmente ha sempre più accentuata la prostrazione delle forze e colpi di tosse secca la infastidiscono al mattino. Anche poco tempo fa, mentre passeggiava, asserisce di aver avuto sputi di sangue. Le permane sempre il dolore alla regione anteriore e superiore del torace e il dimagrimento si è accentuato. Dice, che, sulla sera, avverte spesso dei piccoli brividi e che al mattino ha sudori.

## II

### STATO PRESENTE

CONDIZIONI GENERALI. Soggetto di costituzione scheletrica regolare, di statura piuttosto bassa che alta, con masse muscolari flaccide e pannicolo adiposo scarso. La cute è sollevabile in pieghe e si presenta di colore profondamente pallido, come pallide sono pure le mucose visibili. Nessuna traccia di edemi. Peso del corpo (osservato sempre al mattino) il 13 luglio 1912 Kg. 58 - il 10 settembre Kg. 57. (La malata asserisce che, alcuni anni fa, il suo peso, riscontrato a una bascuiglia dell'amministrazione daziaria, era di Kg. 70).

Il capo non presenta rilievi degni di nota; il collo è cilindrico, piuttosto scarno, mobile in tutte le direzioni. Gli sterno-cleido mastoidei sono esili e non è dato notare differenza di volume e di consistenza fra l'uno e l'altro. Le glandole linfatiche cervicali non sono ingrossate.

APPARECCHIO RESPIRATORIO. *Ispezione.* L'esame della bocca, retro-bocca e quello del laringe non offrono particolarità degne di menzione.

Il torace ha forma conica; la fossa sopra clavicolare destra è essa più pronunciata della sinistra. Nessun rientramento o rialzamento in relazione agli atti respiratori. Il tipo respiratorio è prevalentemente costale. Le escursioni respiratorie sono abbastanza regolari, ma l'espansione ispiratoria sembra un poco ridotta nella regione anteriore superiore destra. I respiri, allo stato di completo riposo, sono 17-18 al minuto.

*Palpazione.* Non mi è dato rilevare aumento vero e proprio nella resistenza, in alcuna regione. La palpazione anteriormente a destra, in corrispondenza di una zona che comprende la II e III costola e lo spazio intercostale, fra la marginale dello sterno e la emiclaveare, suscita dolore vivo, che si irradia alla spalla (sede di dolore anche ed in specie negli atti ispiratori).

Il fremito vocale tattile, conservato da per tutto, è leggermente rinforzato nella regione sopra e sotto clavicolare destra e nella sopraspinosa dello stesso lato.

*Percussione.* Il suono, che è chiaro nelle altre zone, è alquanto ridotto nella regione sopra clavicolare destra e nella sopra spinosa. Questo risultato di con-

fronto, con la sonorità di sinistra, si osserva egualmente rivelandolo sia durante l'atto ispiratorio quanto durante quello espiratorio. I confini degli organi polmonari sono normali, meno quello dell'apice destro, che è leggermente abbassato, specie nella porzione sopraclavicolare.

*Ascoltazione.* Il murmure vescicolare, che è dolce ed integro nelle altre zone del torace, si percepisce più debole ed aspro nelle regioni sopra clavicolare e sopra spinosa destra. In queste regioni il murmure respiratorio non solo è più aspro ma la sua fase espiratoria è sensibilmente prolungata.

Ascoltando la malata di buon mattino, poco dopo il risveglio e specialmente invitandola a tossire ho potuto percepire, alle volte, dei circoscritti gruppetti di rantoli finissimi, nella zona ove il murmure respiratorio si presenta debole ed aspro. Il fenomeno non è costante in tutte le osservazioni.

L'escursione del margine inferiore posteriore dei polmoni, nello spazio costodiaframmatico, è libera e normale.

*Apparecchio circolatorio.* All'ispezione si nota lieve sollevamento circoscritto, in corrispondenza del V.º spazio intercostale e nessun rientranamento. Alla palpazione si rileva piuttosto debole l'urto della punta e nessun fremito. Colla percussione i confini dell'organo cardiaco si rivelano normali.

All'ascoltazione i suoni cardiaci si percepiscono chiari e netti, in tutti i focolai, meno in quello della polmonare, in cui il primo suono si ascolta accompagnato da un rumore di soffio, dolce e poco intenso.

All'ascoltazione dei grandi vasi non si percepiscono rumori. Il polso è sempre piuttosto frequente. (75-85), e molto debole.

*Apparecchio digerente, urojetico, genitale.* Nessun particolare ed importante rilievo emerge dall'esame di questi apparecchi. I confini dello stomaco, del fegato e della milza sono normali. L'intestino si è mostrato spesso meteoristico. Sono riputati più sotto i risultati dell'esame delle urine.

*Sistema nervoso.* La motilità è normale, come normali sono le varie specie di sensibilità. Bene conservati e pronti si mostrano tutti i riflessi, superficiali e profondi. Integri tutti gli organi di sensibilità specifica.

*Temperatura.* L'andamento della temperatura corporea della Guerra ha presentato oscillazioni degne di speciale considerazione. Durante il periodo delle mie osservazioni all'Ospedale la temperatura, che veniva esplorata ogni 2-3 ore, ha offerto dei minimi mattinali di 35,5-36 e dei massimi vespertini di 37,4-37,5. Quasi sempre la temperatura vespertina raggiunge o supera il 37 fino a 37,5. L'aumento della temperatura è maggiore, se la Guerra compie anche una brevissima passeggiata.

Ho praticato alla malata il giorno 11 settembre alle ore 9, con tutte le cautele dell'asepsi, una semplice iniezione di siero fisiologico (un centimetro cubo) e la temperatura nel pomeriggio, alle ore 19, salì a 39,3 per abbassarsi poi gradatamente durante la notte, fino a che la mattina successiva alle ore 7 era a 37,7 e alle 12 era di 36,3. Il giorno successivo la temperatura pomeridiana era di 36,7.

*Esame delle urine.* L'esame delle urine, praticato più volte, mi ha dato sempre gli stessi risultati: cioè colore giallo pallido, aspetto torbido, peso specifico piuttosto basso (1014-1018) fosfati abbondanti -nessuna traccia di albumina e di zucchero - nè di pigmenti biliari, nè di emoglobina. L'esame microscopico del sedimento: negativo. La quantità gionaliera delle urine un pò superiore alla norma.

*L'esame del sangue.* L'esame del sangue eseguito l'11 settembre p. p. dimostra che i globuli rossi sono ridotti a circa 3 milioni e l'emoglobina al 50 %<sub>10</sub>. Un buon numero di globuli rossi presentano alterazioni morfologiche (dentellature ecc.).

*L'esame dell'escreato.* Le piccole quantità di escreato, che potetti sottoporre alle mie indagini non rivelarono, all'esame microscopico, la presenza di bacilli di Koch. Mostravano di contenere qualche raro diplococco, qualche cellula epiteliale e, spesso, emazie. Riusci negativa anche la ricerca di fibre elastiche. Noto che la malata ha assunto, anche per vari giorni, un grammo, di ioduro di potassio *pro die*.

#### SINTOMI SUBBIETTIVI.

La malata si è sempre lamentata di grave e continua prostrazione delle forze, di dolore alla regione anteriore destra del torace, esacerbantesi nella respirazione e di facile affanno di respiro. Ha accusato poi inappetenza insistente, senso di peso allo stomaco, stipsi e cefalea saltuaria.

#### III

#### CONSIDERAZIONI CLINICHE E DIAGNOSI.

Tutti ormai sanno, che nel giudizio di tubercolosi polmonare ha valore di prova assoluta la dimostrazione dell'esistenza dei bacilli di Koch, in una parte dell'organo malato o nell'escreato, che da questo proviene.

Ho perciò tentato se, nel nostro caso, fosse stato possibile ottenere questa prova.

Come più sopra ho accennato, io ho potuto ottenere un pò di escreato della malata. Infatti questa, durante i giorni in cui rimase in osservazione nel nostro Ospedale, aveva al mattino colpi di tosse, quasi sempre secca, ma che talvolta erano seguiti dalla emissione di piccola quantità di escreato. Questo si presentava di carattere muco-salivare e due o tre volte vi si notava, anche macroscopicamente, la presenza di una certa quantità di sangue.

Le ricerche microscopiche, portate sulle esigue quantità di escreato potuto raccogliere, non riuscirono a rivelare la presenza del bacillo di Koch. Questo escreato fu da me iniettato anche sotto la pelle e a ridosso del peritoneo di una cavia, sacrificata dopo 22 giorni dalla iniezione, con esito negativo.

L'esito negativo di questa ricerca non deve recare troppa meraviglia, essendo risaputo come spesso non si rinvengano i germi specifici nell'escreato di tubercolosi, non solo affetti da processi iniziali, ma anche da quelli bene sviluppati.

Ricordo, a questo punto, alcune parole di Augusto Murri, il quale dopo aver scritto, che il giudizio del medico circa la tubercolosi polmonare, sarebbe sempre facile se tutti i malati sputassero e se tutti gli sputi di tubercolosi contenessero bacilli,

dichiara, che purtroppo ci sono dei casi, in cui nessuna diligenza basta per procacciarsi la prova della presenza del bacillo tubercoloso nello sputo. E allora, come egli aggiunge, bisogna valersi di altri fatti. Bisogna cioè valersi dei fatti clinici, di quei fenomeni infine, che, in gran parte, anche prima della scoperta del bacillo tubercolare, venivano osservati e indagati, per formare la base obbiettiva alla diagnosi della tubercolosi polmonare. Analizziamo questi fatti.

L'anamnesi ci dice, che questa donna, la quale si era comportata sempre come una persona sana e che possedeva tutte le note esterne di un eccellente stato di nutrizione, venne invece presentando, dopo l'11 agosto 1910, in un'epoca più o meno vicina al sofferto infortunio, quel complesso di segni esteriori, che indicano un lento e profondo *decadimento* dell'organismo. Tale decadimento, secondo quanto assicura il Dott. Trerotoli, si sarebbe, poi, in qualche misura emendato così, che nell'ultimo periodo dell'annata, che seguì all'infortunio, la B... avrebbe offerto anche segni di tendenza ad un miglioramento. In ogni modo dobbiamo ricordare, che all'epoca in cui il Dott. Trerotoli compiva le sue indagini, egli trovava che i globuli rossi della malata (da 5 milioni per m. c. che sono nei soggetti normali) erano ridotti a 2 milioni e 900 mila.

Se non che, osservando la G... oggi, cioè a più di due anni di distanza dal partito infortunio, noi, per quanto attiene alle sue condizioni generali, non possiamo a meno di non riconoscere che il decadimento, se per un certo tempo poté subire una sosta, riprese ben presto le sue note caratteristiche ed assunse forse una tendenza lentamente progressiva. Io ho trovato, durante la mia osservazione, i globuli rossi della paziente aggirarsi intorno alla cifra di 3 milioni e il peso del corpo in diminuzione: da 58 Kg. a meno di 57, mentre sotto l'osservazione del Dott. Trerotoli, la malata da 58 Kg. era salita a 59.

Notiamo subito, che questo deperimento non può imputarsi a malattie del tubo digerente, di cui il soggetto non ha presentato alcun sintomo di qualche importanza.

Sappiamo, d'altra parte, che spetta al tubercolo, in genere, la proprietà d'indurre negli organismi un certo grado d'ipotrofia e di oligoemia, tanto che le malattie da esso originate si dissero sempre e si dicono ancora *consuntive*.

Noi non possediamo elementi, per sapere quale fosse il comportamento della *temperatura* della infortunata, nel periodo immediatamente successivo al trauma e dopo.

Sappiamo però, che durante il periodo della nostra osservazione, quest'andamento della temperatura fu decisamente anormale. Il più delle volte infatti si osservò che la temperatura ascellare, mentre nelle ore del mattino scendeva talvolta a 35,8, alla sera toccava e spessissimo superava il 37, innalzandosi sovente a 37,5, rimettendo durante la notte con sudori.

Ora, è una antica e solida osservazione, confermata da tutti i fisiologi, quella che ci ammaestra, come questo tipo di oscillazioni termiche sia appunto uno dei sintomi, che più facilmente accompagnano la presenza di un focolaio tubercolare.

Del resto, una caratteristica della temperatura, negli organismi affetti da tubercolosi è la sua singolare instabilità e la facilità con cui essa si eleva, per la più piccola cagione.

Un mezzo centim. cubo d'acqua distillata sotto la pelle di un tubercoloso, basta per far comparire la febbre, scrive Murri. Ed io, come ho riferito più sopra, l'11 Settembre p. p. iniettai sotto la pelle della G... un cent. cubo di siero fisiologico (acqua distill. sterilizz. con Cl-Na 0,75 %) e la sera osservai, che la temperatura della paziente era salita a 39,3! La mattina successiva, presso il mezzogiorno, ogni traccia di disordine termico era scomparsa.

Questi dati che si riferiscono alle condizioni generali dell'infortunata, sono fra gl'indizi più attendibili, per argomentare la presenza del germe tubercolare.

Debbo aggiungere qui, che la prova della oftalmoreazione, riuscita nella G... positiva, sia quando fu, nel Febbraio 1911, praticata dal Prof. Silvestrini e sia nell'Agosto 1911, quando fu eseguita dal Dott. Trerotoli, nonchè il saggio sul potere agglutinante del siero del sangue della malata stessa, che pure riuscì positivo (Dott. Trerotoli) avevano già acquisiti dei fatti che, per quanto possano aversi come non scervi di possibili eccezioni, sono tuttavia da ritenersi, anch'essi, come fra i più probabili indizi della presenza del bacillo tubercolare.

Passando ora ai dati, che ci offre l'esame obbiettivo dell'apparecchio respiratorio troviamo che essi concordano con quelli che ci fornisce la perizia del Dott. Trerotoli, con questa sola aggiunta, che alla mia osservazione il margine superiore del polmone destro (ossia dell'apice) si è trovato in modica misura abbassato. Questo significa che l'organo, in quella zona, ha subito un certo processo di retrazione, come appunto suole verificarsi nei processi lunghi di broncoalveolite tubercolare.

La riduzione del suono, il murmure respiratorio più debole ed aspro o accompagnato in certi momenti, nella regione dell'apice, destro, da rantolini, sia pure scarsi ma finissimi e la respirazione prolungata, sono tutti segni, che denunciano la presenza di un processo polmonare circoscritto e di andamento molto torpido.

Certo sono segni, che non hanno assunto mai, da che furono primamente in gran parte, eruiti anche dal Prof. Silvestrini, delle vaste proporzioni ma, anche come sono, bastano a mio avviso, a formulare una diagnosi.

Ricordo, a questo proposito, che Maragliano dichiara come i segni fisici sono, nella tubercolosi polmonare, patognomonici e primi a palesarsi sono gli acustici. Egli aggiunge « La presenza di qualunque anomalia acustica, localizzata esclusivamente all'apice polmonare, preceduta od accompagnata da alterazioni distrofiche, è un segno non dubbio di una tischezza incipiente ».

Se il focolaio morboso, durante il tempo ormai non più breve, da che si è stabilito, non ha assunto proporzioni più vaste, e non ha fatto divampare più larga estensione di territorio, cui vuol dire soltanto che il soggetto ha opposto e seguita per ora ad opporre valida resistenza alla ulteriore proliferazione del germe infettivo e anche vuol dire, che il bacillo tubercolare non ha trovato, nell'associazione eventuale di altri germi, quella funesta cooperazione, che pur troppo avviene, non infrequentemente di constatare.

Il fatto che la G... era dotata di robusta costituzione, non ha sofferto mai ma-

lattie in precedenza ed anche non ha per le forme tubercolari alcuna predisposizione ereditaria, può spiegare questo andamento, il quale non potrà certo meravigliare alcun medico, essendo a cognizione di tutti il fatto, che la tubercolosi ha un andamento quanto mai capriccioso. Essò è infatti, alle volte, così torpido da durare moltissimi anni, non producendo disturbi o producendone pochissimi, come alle volte è così rapido da spegnere in pochi giorni; ha soste che durano lunghissime e altre che sono fugaci; ha violenze distruttive formidabili, come ha, in certi casi fortunati, attitudini aggressive così scarse, da permettere una relativa guarigione.

Murri cita il caso di un medico che, a 20 anni, cominciò a soffrire di emottisi e di processi polmonari. Questi, ogni tanto, parevano guarire e ogni tanto si risvegliavano. In queste vicende, la vita del malato potè durare altri 50 anni. In lui, come osserva Murri, il bacillo aveva impiegato mezzo secolo a conquistare, palmo a palmo, il terreno!

RISPOSTA AL QUESITO.

Sulla base dei sintomi, che denotano il decadimento organico della G... insieme alla presenza di fatti obbiettivi, che la clinica ha consacrato come caratteristici delle forme broncoalveolistiche, considerando, sulla scorta del metodo per esclusione, che nessun'altra diagnosi, fuori che quella d'una forma tubercolare, incontra per così dire, il punto d'interferenza di tutti fenomeni sopra citati, giudico, che la G... sia effettivamente colpita da tubercolosi dell'apice del polmone destro.

**III. Quesito** — *Esiste, in caso affermativo al precedente quesito, nesso causale fra la malattia della G... e l' infortunio da essa subito l' 11 Agosto 1910?*

Dall'attento esame dell'anamnesi della malata noi dobbiamo, avanti tutto, rilevare se ella effettivamente si sia venuta a trovare, in un certo momento, in quelle condizioni organiche, che l'esperienza clinica ci dimostra essere estremamente favorevoli alla produzione di una forma di tubercolosi polmonare traumatica.

Elementi ereditari, che la predisponessero a questa forma, non se ne trovano nell'anamnesi. Elementi di predisposizione acquisita, prima dell'infortunio, nè pure emergono. La donna, è vero, si è dedicata al lavoro industriale assai per tempo, ancor giovinetta, e questa circostanza non è, spesso, estranea a quella diminuzione della resistenza individuale che può condurre allo svolgersi d'una forma tubercolare del polmone. Questa donna, però, ha compiuto sempre questo genere di lavoro, prima d'andare a marito e dopo, senza danni apparenti alla sua salute.

Le prove testimoniali, acquisite al magistrato, depongono com'ella prima dell'infortunio, godesse ottima salute, almeno per quello che può giudicarne un profano. Certo ella possedeva la sua intiera capacità lavorativa ed attese sempre alle sue mansioni abituali, senza interruzioni.

È vero che tutti i medici sanno, come talune persone possono essere affette da

focolai di tubercolosi, che decorre in una forma così asoletta e latente, da non generare il più piccolo disturbo al malato e nessuno può escludere che la G... fosse appunto, prima dell'infortunio, in queste concizioni.

È altrettanto vero, però, che questa questione si deve ritenere completamente estranea al dibattito, quando riflettiamo che la infortunata, qualunque fossero le sue condizioni anatomo-biologiche intime, e non rivelabili, godeva della sua intiera capacità al lavoro.

Essa ammalò e perde quella capacità, subito dopo l'infortunio e per cagione di questo. Questa successione di avvenimenti e questo nesso fra infortunio e malattia è ammesso anche dai Prof. Ruata e Pisenti almeno fino a una data epoca (17 Dicembre 1910) nella quale essi, pure dichiarando, che nella G... non esisteva alcuna lesione come postumo del trauma subito, convengono che venga prolungata la incapacità temporanea e quindi la malattia, fino a quel giorno. (17 Dic.).

Se non che, il giorno 5 Febbraio 1911, la malata va a farsi visitare dal Prof. Silvestrini, il quale riscontra in lei dei fatti oggettivi, che gli fanno giudicare essere la G... affetta da una forma di tubercolosi dell'apice polmonare destro.

Successivamente il giudizio diagnostico fu confermato dal Dott. Trerotoli, come oggi viene da me confermato.

Ricordati questi dati cronologici, vediamo quale epoca possa assegnarsi al primo esordire della forma tubercolare nella G... B.... essendo questo un dato importante per stabilire il nesso di causalità fra trauma e malattia.

Se si ammette che nessun segno di offesa polmonare esistesse il giorno 17 dicembre 1910, nel quale due chiarissimi medici ebbero a visitare la B.... non riscontrando in lei alcuna lesione, noi dobbiamo ritenere, che la forma abbia offerto segni palesi soltanto dopo quel giorno. Se il Prof. Silvestrini trovò, cinquanta giorni dopo, dei fatti oggettivi, che denunciavano la esistenza di una forma tubercolare, è da credere che tali fatti, considerata l'indole della malattia, debbano avere impiegato almeno qualche settimana a stabilirsi in un grado tale da rendersi rivelabili. E perciò noi dovremmo concludere che l'inizio della forma tubercolare sia almeno da fissarsi sui primordi del gennaio 1911 e cioè dopo 5 mesi dal trauma.

Ma chi può dire se il bacillo specifico non fosse già indovato nel polmone della G... (senza avere ancora provocato lesioni apprezzabili) anche all'epoca in cui questa fu visitata dai due sanitari, che non le riscontrarono alcun segno manifesto di malattia polmonare?

È perciò lo stabilire con precisione il tempo, che è trascorso dal trauma al primo iniziarsi della malattia è in questo caso, come in altri, una difficile impresa.

In ogni modo, anche se si dovesse ammettere questo tempo della decorrenza dai primi del gennaio 1911, noi verremmo a fissare un lasso di cinque mesi dal trauma, il che costituisce un termine che è ritenuto pienamente ammissibile e plausibile dalla generalità degli osservatori.

Che il trauma abbia posseduto la violenza necessaria a produrre una lesione pol-

monare lo rileviamo dalla semplice circostanza, che esso fu capace di produrre una emorragia. Noi sappiamo, d'altro canto, quanta importanza abbia il fatto emorragico nella produzione della tubercolosi polmonare traumatica.; e ci sembra di dover ritenere che, nel nostro caso, s'ia stato proprio esso il più valido fattore a determinare la condizione anatomica, che doveva aprire il varco allo sviluppo della malattia nella G...

Non credo sia da spender troppe parole per discutere se il sangue provenne dal polmone o dallo stomaco. I fatti morbosi che si sono svolti, dopo il trauma, nel polmone destro della G... dimostrano che la emorragia era di origine polmonare. Se, del resto, nel chirurgo accorso ad assistere l'infortunata subito dopo il trauma, potè sussistere, per un momento, il dubbio, che si trattasse di una emorragia gastrica, questo dubbio evidentemente si dileguò, quando la emorragia si ripetette dopo circa venti giorni dalla prima.

Una emorragia gastrica avrebbe avuto altri segni, cioè: sarebbe stata, come il più spesso accade, accompagnata da atti di vomito; il sangue emesso sarebbe stato piuttosto scuro se non addirittura nerastro, per l'azione del succo gastrico, che il sangue avrebbe dovuto subire nello stomaco ed avrebbe infine dato luogo alla emissione di feci, pure nerastre, per il passaggio del sangue nell'intestino. Aggiungo che io stesso ho trovato nell'escreato della G... tracce di sangue.

Sembra poi ozioso, per non dire illogico, cercare la sede della emorragia nello stomaco, quando il trauma andò a percuotere il petto, anzi la parte più alta del torace destro, (nella quale regione apparve anche la contusione esterna) e quando la quotidiana esperienza ammaestra, che un colpo sul petto è capacissimo di produrre emorragie dal polmone.

Io penso, del resto, che una emorragia dallo stomaco, come conseguenza di un traumatismo diretto sul torace, sarebbe sì potuta accadere per effetto di contraccolpo, quando però nello stomaco si fosse trovata già una condizione predisponente alla emorragia - come sarebbe la presenza d'un ulcera gastrica. Nel nostro caso, invece, nessun sintomo si rileva, nè prima nè dopo dell'infortunio, che anche lontanamente avvalorì la supposizione di un ulcera gastrica.

Rilevata l'importanza della emorragia noi dobbiamo riflettere, che l'esperienza clinica ha dimostrato come la tubercolosi traumatica ripeta il più spesso la sua causa da traumatismi diretti sul torace e più specialmente dalle cadute, con offesa al torace. La G... subì appunto uno di questi traumatismi.

Non dobbiamo dimenticare, da ultimo, la circostanza, che nella G... esiste anche il *rapporto topografico* fra il trauma e la malattia da questo prodotta, poichè la forma tubercolare si sviluppò appunto in corrispondenza della regione, che subì la violenza, cioè nel polmone destro.

Il Toinot assicura « non costargli essersi trovata alcuna eccezione alla legge di corrispondenza, che la tubercolosi polmonare si sviluppa dal lato percorso dal trauma ».

RISPOSTA AL QUESITO.

Per tutte le anzidette ragioni, ritengo che esista nesso di causalità tra il trauma e la malattia della G...

**IV. Quesito** — *Di qual grado e natura, in ulteriore caso affermativo, sia da valutarsi la invalidità della G... a senso della legge sugli infortuni.*

Affermata a carico della G... la diagnosi di tubercolosi polmonare traumatica, ed affermato il nesso di causalità, che esiste fra questa malattia e il trauma patito dalla stessa, il giorno 11 Agosto 1910, per infortunio sul lavoro, non ci resta che rispondere alla domanda, di qual grado e natura sia da valutarsi la invalidità della G...

L'egregio perito medico che mi precedette, considerando quanto lento e vario sia il decorso della tubercolosi e considerando come, in taluni casi, tal forma morbosa possa notevolmente migliorare o presentare una sosta o quello stato che i medici chiamano di guarigione clinica, credette fosse conveniente, nel Settembre 1911, che il giudizio definitivo venisse aggiornato a qualche mese più tardi, passato cioè l'inverno.

Il tempo trascorso da quell'epoca non ha portato sulla scena sostanziali elementi nuovi di giudizio - il che non reca alcuna meraviglia, a chi conosce appunto, per lunga esperienza, l'andamento di queste forme.

Quello che di più ho potuto rilevare io, all'esame obiettivo, è stata la presenza nell'apice del polmone destro, di qualche gruppetto di rantolini finissimi, ascoltando la malata di buon mattino.

Noi dobbiamo ricordare, che la forma clinica della tubercolosi polmonare da trauma non differisce per nulla dalle comuni e spontanee forme di broncoalveolite tubercolari, sia nella sintomatologia, sia nel decorso e sia nel giudizio prognostico.

La G... è affetta da una forma che, nella quasi totalità dei casi - come anche il popolo sa - riesce fatale. Se essa può, in qualche soggetto, raro meno sfortunato, conseguire uno stato compatibile con il prolungarsi della vita, è certo che quello stato riposa sopra un equilibrio quanto mai instabile e quasi sempre bisognevole, per mantenersi, di certe speciali condizioni di vita: soprattutto del riposo. È generalmente noto, infatti, come questi infermi vengano curati, negli speciali sanatori ad essi destinati, oltre che con la benefica influenza d'un'aria purissima, anche con la immobilizzazione protratta per quasi tutta la giornata.

In questi soggetti infatti ogni movimento, anche moderato, può suscitare accensioni febbrili e peggioramenti.

Non parliamo della necessità, che si impone ai malati di questo genere, di mettersi al coperto di ogni sinistra influenza, capace d'agire come causa reumatica, mentre è massima la loro sensibilità e vulnerabilità di fronte alle ricordate influenze.

Ciò posto, scaturirebbe evidente la conclusione, che il valore economico, industriale della G... sia divenuto assolutamente negativo.

In ogni modo animati, come dobbiamo sempre essere, dal più alto spirito di serena equanimità vogliamo, nel pronunciare il nostro giudizio definitivo, non perdere

di vista quella minima percentuale di probabilità, che la G... di fronte alla sorte che investe inesorabile la quasi totalità dei malati di tubercolosi, potrebbe avere, di conseguire cioè qualche miglioramento avvenire. E perciò noi riteniamo, che alla G... per causa dell'infortunio e della malattia da questo prodotta, è derivata una *invalidità permanente*, da non ritenersi assolutamente totale, ma da fissarsi nella misura dell'85,01° della *intera* capacità, che la sinistrata effettivamente possedeva prima dell'infortunio.

Dalle tabelle dell'Ufficio Imperiale tedesco risulta, che l'indennità in caso di tubercolosi polmonare traumatica è stata liquidata anche al 100,01°.

Anche nel caso riferito dal D'Ayala, fu liquidata una indennità in quella misura. Noi, pur sapendo che la G... non potrà mettersi nelle condizioni più favorevoli per conseguire miglioramenti cospicui, crediamo tuttavia, strettamente doveroso di tener presenti tutte le eventualità, sicuri di tutelare così gli interessi della giustizia.

RISPOSTA AL QUESITO.

La G... per effetto dell'infortunio sofferto l'11 Agosto 1910, presenta una *invalidità permanente* al lavoro di tal grado, che ha distrutto l'85,01° della capacità lavorativa della infortunata.

Foligno, 1 Ottobre 1912.



