

PRESUNTA ENURESI DA INFORTUNIO

Perizia medico-legale

del Prof. **GUSTAVO PISENTI** (Perugia)



Mi sono deciso a pubblicare la presente perizia, innanzi tutto per la rarità del caso. Che dalle disposizioni della legge sugl' Infortuni, operai disonesti tentino di trarre il maggior utile possibile, simulando talvolta mali inesistenti, o tentando di far apparire quelli esistenti assai più gravi di quanto realmente sono, è cosa ben nota. Ed è noto ancora come (specialmente per alcune forme morbose, come ad es. per l'ernia) si tenti assai volte di trar profitto da una malattia preesistente per attribuirli ad un infortunio; ma di una simulazione come questa che forma argomento della presente perizia, io non conosco una seconda.

E la pubblico anche perchè il caso è tipico per dimostrare come possano concorrere volontariamente, e involontariamente un cumulo di circostanze atte a celare la verità dei fatti, e come sia necessario che il perito, se vuol assolvere il compito suo con coscienza, nulla tralasci di ciò, che può condurre alla scoperta della verità.

L'operaio F. D., il giorno 9 maggio 1905 rimase stretto fra il carro mobile ed il piano fisso di una macchina, così da riportare delle lesioni che vennero diagnosticate per *contusione al dorso, alla spalla sinistra e al lato sinistro del collo, con lussazione dell'articolazione omero-scapolare sinistra*. Venne dapprima accolto nell'ospedale locale e poi a Milano nell'Isti-

tuto per gl'Infortuni del lavoro diretto dal Dott. Luigi Bernacchi, dove rimase per alcuni giorni, subendo le opportune cure, in seguito alle quali migliorò tanto da residuare soltanto una lievissima diminuzione di forza all'arto superiore di sinistra. Dai medici dell'Istituto venne inoltre notata una enuresi notturna.

Il F. ritornato a casa, non avendo accettato la liquidazione proposta dalla Società Assicuratrice per invalidità temporanea, si fece visitare dal Dott. B., il quale in un certificato portante la data del 29 settembre 1905, dichiarò che nel F. residuava: 1.° atrofia dei muscoli dell'arto superiore sinistro; 2.° nevrastenia traumatica; 3.° disturbi della minzione.

In base a questo certificato il F. con atto 11 ottobre 1905 conveniva l'Istituto assicuratore, sostenendo la invalidità permanente totale. La Società Assicuratrice offerse il 40%, a titolo di transazione, percentuale che il Tribunale non volle omologare, ritenendo che la somma offerta non corrispondesse al grado di invalidità di cui era affetto l'infortunato.

Riassunta la causa, il Tribunale ammetteva una perizia medica per stabilire il grado di invalidità di cui era affetto il F., e la affidava al Dott. C. di Roma, il quale concludeva (22 agosto 1906): « essere il F. affetto da disturbi nervosi per i quali è reso parzialmente e permanentemente inabile al lavoro; la riduzione della sua funzionalità al lavoro può dirsi che è ridotta ad un terzo del normale, e questo permanentemente ».

Senonchè la perizia in parola si presentava così imperfetta, così monca, così anticispecifica (il Dott. C. fra le altre cose scopriva che le costole sono in numero di 14 per lato!), così illogica nelle conclusioni in rapporto alle premesse, che lo stesso Tribunale vide la necessità di dover procedere ad una nuova perizia, e ne affidò l'incarico al Dott. T. il quale concludeva (8 marzo 1907):

« 1. — Che il F. è completamente guarito delle lesioni riportate il 9 maggio 1905;

« 2. — Che non riscontrasi alcun sintoma di neurosi traumatica.

« 3. — Che l'enuresi è indipendente dallo infortunio, e che non è permanente ».

L'infortunato F. non si arrese alle ragioni addotte dal perito Dott. T. e si affidò alle cure del Dott. L., il quale, nell'interesse dello stesso, stese una relazione Medico legale, confutando la perizia del Dott. F. e concludendo che « i disturbi della minzione sono dipendenti dal trauma, che sono permanenti, e che la funzionalità lavorativa è ridotta in modo permanente ad $\frac{1}{3}$ ».

In base a questo documento venne riassunta la causa chiedendosi la nomina di un terzo perito, o quella di un collegio peritale: il Tribunale respinse la domanda, e l'infortunato allora portò Appello avverso la Sentenza del Tribunale stesso.

Innanzi alla Corte di Appello venne prodotta una nuova perizia stragiudiziale del Dott. B., nella quale si escludeva la neurosi traumatica, ma si ammetteva che: « la perdita involontaria delle urine a cui il F. va sog-

« getto, non si possa far derivare che dal trauma da lui sofferto il 9 maggio 1905 ».

La R. Corte di Appello, di fronte a questi risultati così contraddittori, riteneva necessaria una nuova perizia, e ne affidava a me l'incarico.

Io tenni il F. in osservazione nel mio reparto dell' Ospedale per dodici giorni, sorvegliandolo io stesso, e facendolo sorvegliare dal personale di assistenza, praticando nello stesso tempo tutte quelle ricerche e quelle indagini che erano suggerite dal caso.

Per quello che riguarda la *lesione alla spalla*, non si trovò postumo alcuno — i movimenti tutti dell' articolazione scapolo-omerale erano liberi, ed i muscoli avevano riacquisito il loro volume normale: la restitutio ad integrum era completa.

Dall' esame somatico risultò che lo sviluppo organico era alquanto deficiente in rapporto alla età: il F. a 19 anni non pesa che 51 Kg.!

Nulla ho trovato a carico dei polmoni, del cuore, e degli organi addominali; le funzioni intestinali si compivano regolarmente. La pressione sulle apofisi spinose della colonna vertebrale non dava dolore alcuno. Le varie forme di sensibilità: tattile, termica e dolorifica ed elettro-faradica, saggiate in svariate regioni, apparivano normali.

Dei riflessi, alquanto vivace era il rotuleo, debole e tardo il faringeo, normali tutti gli altri e cioè: il plantare, (tenuto conto dello spessore della cute), il cremasterico, l' addominale, il congiuntivale ecc. Nulla di speciale nei riflessi vascolari cutanei, come nulla degno di nota risultò dallo esame elettrico. Si trovò una leggera riduzione del campo visivo specialmente per il rosso, più evidente a destra che a sinistra, con assenza di campo oscillante. La percezione dei colori era esatta, anche nelle più lievi sfumature.

Dei sensi specifici, quello della vista era normale. Così il gusto e l' olfatto; il tic tac di un orologio era meglio sentito a destra che a sinistra, alla distanza di 1 metro.

L' esame laringoscopico e rinoscopico, avendo praticato anche la rinoscopia posteriore, risultò negativo. Non c' era ipertrofia dei cornetti, nè vegetazioni adenoidi o polipoidi o nasofaringei.

L'esame dinamometrico diede risultati normali in proporzione allo scarso sviluppo muscolare del F.

L'esame degli organi genitali rivelò che la verga era normalmente sviluppata, senza tracce di alterazioni congenite (fimosi, aderenze prepuziali, etc.).

Dei testicoli, il sinistro si presentò po' più grande del destro, e alquanto dolente alla pressione. Lungo il funicolo di sinistra si notò un tumoretto tondeggiante, grande come una noce avellana, aderente al funicolo, indolente spontaneamente, doloroso alla pressione.

Il sondaggio uretrale con una Nelaton rivelò una eccessiva sensibilità della porzione membranosa dell'uretra. Il F. diceva che il passaggio è doloroso, perchè « gli fecero male » quando fu siringato un'altra volta. E da notare però che il fatto risale a circa due anni addietro.

Attraverso alla sonda l'urina usciva a goccia: portato l'orificio della sonda ad un piano di poco superiore a quello del pube, l'urina non usciva più: tolta la sonda, è invitato il F. a mingere, l'urina veniva nuovamente emessa, non però a getto. Contraendo fortemente i muscoli addominali, nuova urina in poca quantità veniva emessa: il getto, che in questo caso era appena discreto, veniva sospeso a volontà, col rilasciare i muscoli addominali.

Il F. perdeva le urine di notte e di giorno: la perdita non era continua. Io ho potuto constatarlo con una osservazione, prolungata. Di giorno, egli dice, si accorge della necessità di mingere perchè alcune gocce di urina escono, e gli bagnano le mutande e le coscie. Allora vuota la vescica: ma il vuotamento è incompleto. Egli è stato sondato dopo avere orinato; eppure nella vescica c'era ancora urina.

Anche durante la notte la perdita di urina non era continua. Io ho potuto assodare che nelle prime ore di sonno non c'era enuresi. Qualche notte l'urina veniva trattenuta in vescica per varie ore. L'enuresi però si ebbe per tutte le 11 notti passate nel mio reparto dell'Ospedale di Perugia. Nella notte, perdeva le urine senza svegliarsi. Interrogato il F. sulla quantità di urina che emetteva nelle 24 ore, rispondeva: molta. Però non è stato possibile misurare esattamente la quantità, perchè di notte riuscì difficilissimo raccogliarla. Anche quella della gior-

nata fu misurata male: un giorno, però, dal mattino alla sera, se ne raccolse gr. 1100 circa.

L'analisi chimica dell'urina ha mostrato una alta acidità, ed una quantità elevata, sopra la norma, di cloruri.

Il F. non accusò mai disturbi dolorifici a carico della vescica: il passaggio dell'urina attraverso l'uretra si effettuava senza dolore, o molestia. Non ha mai avuto malattie veneree o sifilitiche — dice di non aver mai usato con donne. L'erezione è normale, e raramente ha polluzioni notturne. L'estro venereo è tardo, ed egli stesso diceva di non sentir soverchi stimoli sessuali.

Interrogato se prima dell'infortunio era enuretico, rispose: no, affermando invece che la incontinenza era una conseguenza dell'infortunio. Invitato a mostrare le regioni del corpo che subirono l'azione traumatica accennava a tutto il tronco, al petto, al dorso, ai lombi, al sacro, all'addome, agli organi genitali, al terzo superiore delle coscie.

Nei precedenti della sua giovinezza nulla si trovò che avesse speciale interesse: della sua famiglia tutti sarebbero sani e robusti — il padre morì di una pustola carbonchiosa. Nulla seppe dire degli altri suoi parenti. Il F. mostrò di avere una intelligenza limitata: benché abbia oltre 19 anni, essendo nato il 2 febbraio 1889, c'è ancora in lui qualche cosa d'infantile, sia per lo sviluppo somatico che è piuttosto deficiente, sia per quello del sistema pilifero che non è certo superiore a quello di un giovanetto di 15 o 16 anni, sia ancora per l'insieme delle sue manifestazioni psichiche.

Qualche prova con testi mentali, confermò il concetto che di lui facilmente si forma chi lo prende in osservazione.

DISCUSSIONE.

Lunga e indaginosa assai fu la serie delle ricerche che dovetti fare sopra il F. D. sia per la difficoltà inerente al caso, sia ancora perchè *nella letteratura medica degl'infortunati sul lavoro, nessun caso esiste bene assodato, d'incontinenza d'urina pura e semplice, senza altre manifestazioni morbose, consecutiva a trauma.*

I casi pretestati come tali, vennero riconosciuti o effetto di frode o preesistenti all'infortunio. La frode nel F. si può

escludere. Ed avverto subito che io prescindo affatto dal valore dell'esperimento con un ipnotico, nel quale il Dott. T. ha fede eccessiva, giacchè fra le altre cose non tutti gli ipnotici agiscono allo stesso modo (e non è certo indifferente usare la morfina o la scopolamina, perchè la morfina agisce sullo sfintere della vescica, e la scopolamina, forse, sulle contrazioni del detrusore), ciò che dimostra come esistono centri diversi e distinti per le varie funzioni alle quali sono deputate le varie parti della vescica. Ad ogni modo questo esperimento, dico, se non serve affatto a differenziare una dall'altra le varie forme della incontinenza, si volle che servisse a confermare fino ad un certo punto che il F. è veramente in *incontinente di orina*, e non già un simulatore. Io non l'ho ripetuto perchè ho ragioni di indole scientifica che mi persuadono a non accordargli che una limitatissima importanza; esso non avrebbe facilitato molto il compito affidatomi.

Io ho dovuto innanzi tutto cercar di stabilire la verità in torno alle lesioni riportate nell'infortunio del 9 maggio 1905.

È una ricerca che sono costretto a fare ogni qualvolta mi occorra di stendere una perizia, giacchè l'esperienza di una dozzina d'anni di esercizio nel campo degli Infortuni del lavoro, mi ha persuaso che spesso un po' per i racconti dell'infortunato, un po' per l'arte di taluni poco onesti patrocinanti, un po' per la buona fede, talvolta eccessiva, dei medici che stendono certificati, la verità del fatto viene così malmenata, da non arrivar più a riconoscerla.

Questa ricerca s'impondeva, perchè dalla lettura dei documenti esistenti in atti, e dalle descrizioni delle lesioni date dai vari periti, appariva questo strano particolare, che quanto più ci si allontanava dall'epoca dell'infortunio, e tanto più nelle descrizioni dell'infortunio crescevano in estensione ed in gravità le riportate lesioni.

Un primo certificato del Dott. M. parla di *contusione alla spalla e al collo, e di lussazione della spalla sinistra*; una sede come ben si vede, alta e abbastanza bene delimitata.

Ma nella perizia del Dott. C. si parla di un ingrossamento (ah! povera anatomia!) fra la XIII^a e XIV^a costola, da *frattura dell'arcata costale sinistra*. Il Dott. I. ha dimostrato che

la frattura non c'è stata, e che il leggero ingrossamento è insignificante e forse congenito (ultime due false costole).

Ma intanto per avere una *frattura* dell'arcata costale bisogna che l'azione violenta abbia agito sul luogo, o molto da vicino, e quindi si utilizza questo argomento per estendere la sede della lesione; e siccome si vorrebbe sostenere che ci sia stato una specie di tamponamento, si ragiona così: se la compressione s'è esercitata anteriormente, si sarà avuta anche posteriormente; ed ecco nella perizia del Dott. B. comparire un accenno ad una contusione della regione dorso lombare, e dell'addome, con commozione degli organi addominali!

Ma nella successiva perizia del Dott. L. l'importanza maggiore viene subito data alle lesioni della regione dorso-lombare, anzi « più specialmente alla regione lombare » tanto, che secondo il Dott. L. « *il povero F. è stato schiacciato nella regione lombare* »!

Eppure nei primi certificati, che rispecchiano il vero stato del F. nel momento, e nei giorni immediatamente susseguenti all'infortunio *non c'è una parola sola* che autorizzi a parlar di lesioni nella regione dorso lombare!

Ed anche il tempo di degenza all'ospedale dopo l'infortunio si allunga. Il Dott. B. che ebbe in cura il F. dice che rimase all'ospedale *parecchio tempo*. Ma il Dott. L. aggiunge che fu ricoverato all'ospedale in « grave stato » (e questo non risulta da nessun documento), ed il « parecchio tempo » del Dott. B. si allunga tanto da formare « due mesi ». Data questa diversità di descrizioni e di affermazioni, le quali diventano sempre più confuse per quanto le perizie ed i certificati sono fatti in tempo remoto rispetto all'infortunio, dovetti fare un nuovo lavoro di indagini per risalire alle fonti.

E siccome il Dott. L. trasse i dati della permanenza all'ospedale, da un *Giornale nosologico dell'ospedale*, così desiderai anch'io di consultare questo documento nel quale oltre i dati relativi al tempo di degenza avrei potuto trovare anche quelli relativi alla qualità della lesione, alla sede, alla estensione, alla gravità, etc.

E infatti per cortesia del Chiarissimo Direttore dell'ospedale, potei vedere la cartella nosologica riferentesi al F. ed ho trovato che il *Giornale nosologico* si riduceva semplicemente

alla diagnosi fatta nel momento dell'entrata, ed alla data di uscita! E così vidi:

1. — Che la diagnosi fu di « *Lussazione della spalla sinistra* », e null'altro.

2. — Che entrato il 10 maggio 1905 « esce guarito il 25 dello stesso mese ».

La degenza, che nel certificato fatto nell'interesse dell'operaio appariva di 2 mesi fu adunque di 14 giorni, e la lesione risulta localizzata esclusivamente alla spalla.

Naturalmente l'esito di « guarigione » va interpretato nel senso di « guarigione chirurgica », non già per quello che riguarda il completo ristabilirsi della funzione nei rapporti colla legge sugli Infortuni, tanto è vero che quando l'infortunato entrò nell'Istituto di Milano due mesi dopo, persistevano ancora dei postumi.

Dunque la causa violenta agì esclusivamente alla spalla, e nelle zone limitrote, e non nella parte bassa del torace, e nell'addome, sia anteriormente che posteriormente. La frattura dell'arcata costale non c'è mai stata. Non l'ha vista il Dott. M. che ha fatto il 1° certificato. Io, d'altra parte, so come sia attento ed acuto osservatore il Dott. B.: se la frattura ci fosse stata egli l'avrebbe rilevata, come sarebbe stata vista all'Istituto del Dott. Bernacchi.

La frattura fu una scoperta dal Dott. C. da mettersi insieme alla scoperta di due costole in più di quelle che ci sono.

Ma ecco, che per un fatto abbastanza comune di contagio mentale, lo stesso Dott. B. il quale non segnò l'esistenza di una frattura costale nella cartella nosologica, e non ne parlò affatto nel certificato del 29 settembre 1905, avendone visto parola nella Perizia del Dott. C. ne fa anch'egli menzione nella perizia del febbraio 1908; e la stessa frattura compare poi ampliata, e sotto le apparenze di *grave* nella sbagliata perizia del Dott. C., senz'altro utilizzata e sfruttata nella perizia del Dott. L.

La verità è che la frattura dell'arcata costale non è mai esistita, essa comparve unicamente perchè faceva comodo per sostenere che il trauma agì oltre la spalla. Riesce perciò evidente che il trauma non si estese al di là della spalla, e tanto meno al dorso e alla regione lombare; e meno ancora al sacro e al terzo superiore delle coscie, come vorrebbe

l'infornuto. È evidente però che questa tendenza ad estender la sede della lesione, e ad avvicinarla alla regione lombare ha uno scopo ben chiaro: essa tende a facilitare la spiegazione della origine traumatica della enuresi, in quanto che la fisiologia insegna che nella parte più bassa della regione lombare, e di quella più alta della sacrale, hanno sede i centri che presiedono alla funzione della minzione, e da queste zone emergono i filetti nervosi che si portano alle varie parti della muscolatura della vescica.

Ma intanto, anche rispetto alla enuresi, io devo notare che la tabella nosologica dell'ospedale non ne fa parola. Se ne fa menzione la prima volta nel 2° certificato definitivo del Dott. M., e poi nelle note dei medici dell'Istituto di Milano (agosto 1905) e successivamente nel certificato del Dott. B., del settembre 1905.

Questo silenzio della tabella nosologica, e questo apparire in certificati tardivi, servi a radicare la credenza che l'enuresi potesse essere un postumo tardivo del trauma, manifestatosi qualche tempo dopo l'infornuto.

A me parve interessante fare qualche indagine in proposito, e recatomi all'Ospedale dove venne accolto l'infornuto volli interrogare anche il personale di assistenza dell'Ospedale, e da una Suora, presente il Direttore dell'Ospedale, seppi (ed il ricordo in lei era esatto e preciso, come era esatto il ricordo della causa della morte del padre del F., e del letto che occupava, e di altri particolari) che il F. sino dal primo momento del suo ingresso allo spedale perdeva le orine a letto, e che le perdeva senz'accorgersene per nulla, e senza dar al fatto alcuna importanza, come se si trattasse di cosa abituale.

Rimane perciò assodato questo: che l'infornuto perdeva le orine a letto sino dal primo giorno di degenza all'ospedale, senza che questo fatto lo preoccupasse affatto. Ed è questo un particolare che va tenuto presente.

Ora la interpretazione di questa enuresi, muta col mutar dei periti.

Il Dott. C. ammette che sia conseguenza della paura subita, e che debba perciò imputarsi a fatti di nevrosi traumatica.

Il Dott. F. nega la nevrosi traumatica, ed afferma che *la enuresi è indipendente dall'infornuto.*

Anche il Dott. B., che pur stese la perizia' stragiudiziale nell'interesse del F., esclude la neurosi traumatica, ed ammette invece che per il forte trauma alla colonna vertebrale sia rimasto « *un certo grado di eccitamento o meglio di facile eccitabilità del centro che presiede alla funzione della minzione* », senza che ci sieno state lesioni spinali vere e proprie.

Il Dott. L. invece, il quale ha trovato, ed io non sono arrivato a capir come, che ci sono stati fatti di commozione spinale, ammette anche che si sia formato qualche piccolo focolaio emorragico midollare, dal momento che, secondo il suo modo di vedere, il trauma avrebbe agito « *precisamente sulla regione dove risiede la innervazione della vescica* ».

Ora di questa presunta lesione anatomica del midollo lombare è meglio trattarne subito.

Non è concepibile la lesione anatomica spinale, sotto forma di emorragia a focolaio del midollo spinale, come immagina il Dott. L. perchè per quanto egli cerchi di ridurre al minimo possibile la grandezza del focolaio emorragico, così da limitarlo esclusivamente al centro di Budge, o centro vescico-spinale, la sintomatologia sarebbe stata assai più complessa, almeno nei primi momenti che seguirono al trauma, giacchè oltre la fenomenologia propria di una lesione a focolaio del midollo, si sarebbero avuti fenomeni secondari a carico di elementi midollari non distrutti, ma momentaneamente sospesi nella loro funzione dalla compressione: in un primo tempo adunque i fenomeni avrebbero dovuto essere gravi ed estesi, poi meno gravi e limitati. Ora se i fenomeni gravi ed estesi del primo tempo si fossero avuti, essi si sarebbero imposti sicuramente all'attenzione del medico curante Dott. B. che come ho detto è acuto e valoroso osservatore.

E se mi fosse concessa una incursione nel campo dottrinale, io potrei dimostrare che è arbitraria cosa, parlare di emorragia del centro di Budge, quando noi non ne conosciamo nell'uomo esattissimamente nè la sede nè la estensione, e quando le ricerche farmacologiche dimostrano in base al diverso modo di comportarsi del detrusore o dello sfintere sotto l'azione di svariate sostanze, come non uno, ma più centri debbano esistere e non bene localizzati, ognuno dei quali ha un'azione speciale sulla complessa funzione della minzione.

Per ciò che riguarda l'uomo, noi sappiamo questo soltanto, che la sezione *completa* del midollo dà, oltre i fatti di paralisi di disturbi della sensibilità, e di modificazioni dei riflessi, la perdita della tonicità degli sfinteri, con perdita di feci e di urine. E nel caso speciale del F. potrei anche dire che è arbitrario e illogico e irrazionale anche, parlare di una lesione emorragica di questo centro, per causa traumatica, quando il trauma non ha agito che sulla spalla, e sulla porzione più alta del tronco e del collo!

Ed ecco perchè il perito Dott. L., del quale, per la lunga consuetudine che ho di lui, sono il primo ad ammirare l'ingegno e l'abilità, insiste sullo *schacciamento* della regione dorso lombare, anzi più precisamente lombare, per girare a questo modo una difficoltà che sarebbe stata insormontabile, quella di dimostrare che uno o più centri nervosi che hanno sede nella parte più bassa del midollo lombare e in quello sacrale sono rimasti lesi da un trauma alla spalla sinistra senza nessun'altra lesione a carico delle altre zone del midollo spinale!

Ma il Dott. L. non s'è accorto che tentando di sfuggire ad una difficoltà, è caduto in una contraddizione duplice: 1° quella di ammettere che un tamponamento di tutto il tronco, dal collo, alle coscie, dia come postumo la sola incontinenza di urina, senza nessun altro fenomeno; 2° che una lesione organica del midollo si trasformi in una semplice manifestazione nevrastenica (!) monosintomatica.

E perciò, o l'una o l'altra cosa: o l'enuresi dipende da lesione organica, ovvero dipende da forma nevrastenica.

Ma i due periti che sostengono le ragioni del F. sono in pieno disaccordo.

Il Dott. L. ammette la lesione anatomica spinale, tanto che egli crede alla esistenza di « qualche leggera emorragia ».

Il Dott. B. la esclude dicendo: « non vi sono state delle lesioni spinali vere e proprie ».

Il Dott. L. ammette che « sono frequentissime queste forme nervose limitate a certi organi », e che nel caso in parola « si avrebbe una forma di nevrastenia localizzata a questa funzione, senza che sia bisogno di trovare i segni di una nevrastenia generale ».

Ed il Dott. B. non crede invece « che sia il caso di par-

larne, basando la diagnosi di nevrosi traumatica, sopra un solo sintoma: la perdita delle urine ».

Parrebbe dunque che di una lesione anatomica non fosse il caso di parlare: rimangono perciò in discussione, la forma della enuresi istero-traumatica, e quella banale della enuresi semplice, manifestazione di uno stato nevropatico infantile nulla avendo trovato che autorizzi a creder la non esclusiva manifestazione riflessa, legata a lesioni di altri organi.

Il Dott. T. conclude la sua perizia dicendo che non si trovano sintomi di nevrosi traumatica e che l'enuresi è indipendente dall'infortunio.

Ma è chiaro che se è indipendente dall'infortunio, ma ve ne utilizza la esistenza poco tempo dopo, vuol dire che preesisteva, e preesistendo dato che non sia di esclusiva origine riflessa, rientra nel quadro delle enuresi infantili che sono appunto legate ad uno stato nevropatico dei fanciulli, nel quale oltre l'enuresi, si hanno altre manifestazioni nevropatiche più o meno appariscenti.

Ora che nell'infortunato ci sieno delle manifestazioni a carico del sistema nervoso tali da deporre per uno stato nevropatico, è indubbio; anche all'Istituto di Milano ne vennero trovate.

Io stesso trovai un leggiero parziale restringimento del campo visivo, un po' tardo e lento il riflesso faringeo: e questi, come ognuno sa, sono indici da utilizzarsi per il giudizio diagnostico.

Io ho trovato ancora che c'è nell'organismo del F. sia dal lato somatico che dal lato psichico, qualche cosa d'infantile.

Il modo stesso di comportarsi della funzione urinaria, depone per la banale origine nevropatica della enuresi, la cui manifestazione non è purissima, in quanto che oggi è complicata da fenomeni riflessi, per la insorgenza di quel piccolo tumoretto *di data recente*, forse una cisti dolorosa del funicolo, e che è il punto di partenza di nuovi stimoli anormali.

Ma ad onta di questa complicità, la quale non ha nulla a che fare col trauma, la diagnosi di enuresi nevropatica, complicata forse ad enuresi riflessa è l'unica che s'imponga senza ricorrere ad artifici i quali se possono servire a dimostrare l'abilità del perito, non giovano ai fini della giustizia.

Io richiamo l'attenzione sopra qualche particolare. Dissi che il F. venne riconosciuto per enuretico sino dal suo primo ingresso all'ospedale di T.

Ora è evidente che, se l'enuresi fosse stata un fenomeno comparso come conseguenza del trauma, l'infortunato l'avrebbe fatto rilevare, giacchè si tratta di uno di quei disturbi che non può passare inosservato in chi ne è colpito improvvisamente, per quanto si voglia supporre limitata l'intelligenza di un giovanotto. E la sua importanza in ogni caso non sarebbe passata inosservata al medico curante, quando avesse potuto intravedere un nesso, anche remoto, fra infortunio ed enuresi.

Orbene nulla di tutto questo: il fatto fu accertato, ma nessuna importanza gli venne data. Esso fu interpretato evidentemente come la logica e la scienza medica volevano: una banale enuresi.

Ma io ho voluto fare qualche cosa di più: ho voluto fare qualche indagine su taluni membri della sua famiglia, e sopra alcuni suoi parenti, essendo ormai noto che, certe tare nevropatiche ereditarie danno talvolta delle manifestazioni eguali nei discendenti ed ho trovato *che proprio una cugina del F., a nome I., è anch'essa enuretica; e anch'essa avendo subito un infortunio, pretesta, come postumo di questo, una incontinenza di orina e vorrebbe citare per i danni l'Istituto assicuratore!*

Io credo di poter concludere.

Nella letteratura medica degli infortuni del lavoro, casi d'incontinenza di orina pura e semplice come postumi d'infortunio, non esistono. Che un trauma *ad una spalla* dia come manifestazione unica permanente, quando tutti gli altri fenomeni sono scomparsi, una incontinenza, è assurdo; e l'assurdità è dimostrata anche dal continuato tentativo dell'interessato e dei suoi patrocinatori di far credere che il trauma abbia agito non solo alla spalla, ma più specialmente sulla regione lombare e sacrale, dove hanno sede i centri di innervazione della vescica.

Che i periti stessi i quali stesero le perizie stragiudiziali in favore del F. si trovino incerti sul modo di giudicare la incontinenza, lo si desume non solo dalle contraddittorie maniere d'intendere le alterazioni secondarie al trauma, ma anche da un'altro fatto che qui piacemi rilevare: l'Istituto As-

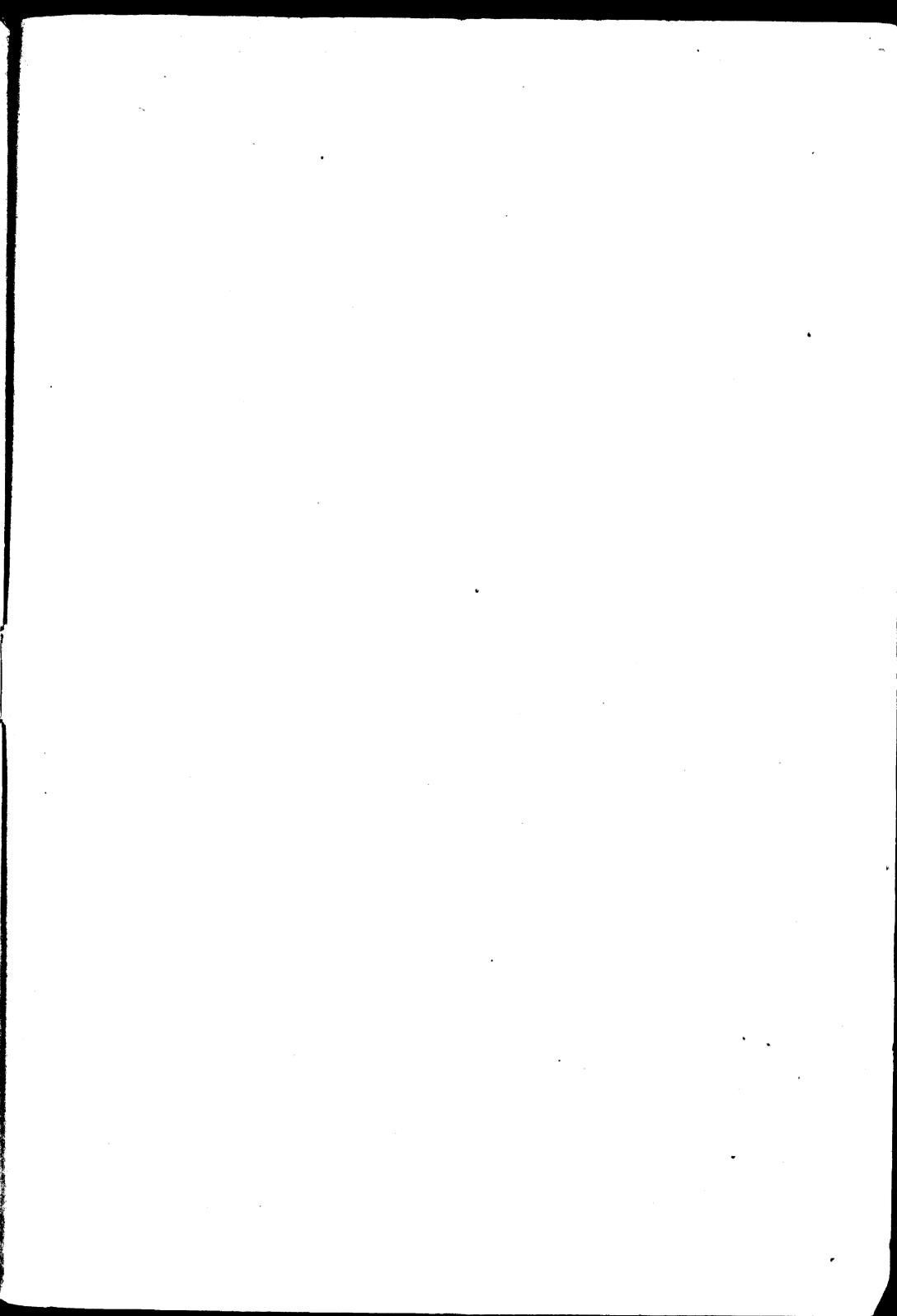
sicuratore, aveva offerto il 40 % a titolo di transazione: eb- bene, dei medici fiduciari dell'operaio, il Dott. B. non fa valu- tazioni di sorta, ed il Dott. L. finisce col valutare l'inabilità parziale permanente al 33 %. Meno adunque di quello che l'I- stituto aveva offerto! Ora se davvero l'incontinenza fosse stata causata dal trauma, è mai possibile che il perito fiduciario dell'infortunato l'avesse valutata meno di quello che era di- sposto a valutarla l'Istituto assicuratore? La bassa valutazione fa credere ch'egli stesso non fosse poi molto sicuro di quanto affermava l'infortunato.

L'insieme dei fenomeni presentati dal F. a carico della minzione; il modo loro di manifestarsi, per quanto turbato forse da fenomeni riflessi a carico del funicolo malato; i risultati della osservazione allo spedale di T.; i caratteri somatici e psichici dell'infortunato; la esistenza di altri enuretici nei suoi collaterali, dimostrano nella maniera più chiara, che il F. è *affetto da incontinenza pura e semplice, la quale preesisteva al trauma, e che perciò con questo nulla ha che fare* (1).

(1) Il Tribunale accolse le mie conclusioni, e rigettò la domanda dell'infortunato.



3655



PERUGIA
UNIONE TIPOGRAFICA COOPERATIVA
(Palazzo Provinciale)

1910
